

# **INTRODUCTION AUX THERAPIES**

## **D'APPRENTISSAGE<sup>1</sup>**

Louis Guérette m.d.  
Département de Psychiatrie  
Hôpital Notre-Dame

### **1) Pertinence de l'apprentissage en psychothérapie**

a) La grande majorité des comportements humains sont appris. Essayons d'identifier des comportements humains qui ne soient pas appris et l'on découvrira vite que tous les comportements mêmes les plus instinctuels ou les plus biologiques (la faim ou la soif, le désir sexuel, la douleur, le fonctionnement du système nerveux), comportent toujours une dimension apprise non négligeable.

b) Par conséquent les comportements normaux comme pathologiques sont aussi appris pour la plupart. Pour le behavioriste, les patients consultent pour apprendre des comportements qui sont absents de leur répertoire (par ex. s'affirmer, se détendre, communiquer mieux) ou pour désapprendre des comportements fâcheux qui sont présents dans leur répertoire (par ex. pulsions sexuelles déviantes, phobies, colère).

c) Ces comportements heureux ou fâcheux qu'il faut apprendre ou désapprendre, ce sont les lois de l'apprentissage, démontrées et étudiées en laboratoire, qui permettront au thérapeute behaviorale de les modifier pour le bénéfice de ses clients. Et ces lois de l'apprentissage, on

---

<sup>1</sup> La plupart des définitions qui suivent sont empruntées largement à l'excellent volume de Malcuit, G. et Pomerleau, A.: Terminologie en conditionnement et apprentissage. Les Presses de l'Université du Québec. 1977.

peut les déduire à partir d'une formule simple dont on verra plus loin l'usage:

**antécédents → réponse → conséquences**

### 2) Les notions de "conditionnement" et "apprentissage":

Le terme "conditionnement" fait référence à un changement de comportement par suite de l'exposition à des conditions particulières de l'environnement. Le conditionnement est un terme descriptif recouvrant le fait qu'il y a changement dans la forme, la configuration ou la fréquence d'un comportement comme résultat de l'association préalable de paires de stimuli (S-S) et/ou d'une paire de réponse-stimulus (R-S). On distingue généralement deux types de conditionnement ("opérant" et "classique") selon le genre d'association formée entre stimuli et réponses (voir plus bas).

Le concept d'apprentissage est plus large que celui de conditionnement: l'apprentissage englobe tous les changements de comportement consécutifs à l'expérience. Le concept de conditionnement est plus spécifique et précis: il décrit les opérations qui entraînent les changements.

### 3) Les notions de "stimulus" et de "réponse":

Un stimulus (S) est tout agent ou condition globale, observable et mesurable (ou potentiellement mesurable) qui affecte l'organisme (entraîne un effet quelconque). Le terme stimulus recouvre les événements physiques et sociaux de l'environnement, de même que les événements internes de l'organisme (ex: tension exercée par un muscle sur ses récepteurs) et qui ont un effet sur l'organisme et son comportement. Un stimulus (S) peut être introduit (ex: bruit), enlevé (ex: la lumière qui s'éteint), modulé (ex: son de plus en plus fort). Il peut déclencher un comportement (ex: un bruit intense déclenche un sursaut) ou suivre un comportement (ex: illumination de l'écran de T.V. après avoir tourné le bouton). Un stimulus peut-être défini de façon stricte, c'est à dire selon les

paramètres d'un élément de l'environnement (ex: son de 500 Hz à 70 db). Il s'agit alors d'une définition "moléculaire". Ou encore, il peut être défini de façon plus "molaire", c'est à dire un ensemble d'éléments qui forment une situation ou condition globale (ex: la situation-stimulus "salle de cours"). La définition d'un stimulus peut également se faire en termes d'énergie physique spécifique qui touche les récepteurs sensoriels (ex: la lumière qui touche la rétine) mais en psychologie, on utilise plutôt une définition fonctionnelle du stimulus, c'est à dire une définition du stimulus selon l'effet qu'il a sur le comportement.

Une réponse est au sens strict tout comportement de l'organisme déclenché par un stimulus (exemple: les pleurs déclenchés par une fessée ou par une photo qui rappelle un être cher qu'on a perdu); dans un sens plus large, il s'agit de tout comportement soit déclenché par l'environnement, soit déployé pour modifier l'environnement (exemple: les pleurs émis pour attirer la sympathie). En clinique, on entendra ici par réponse tout comportement qu'on cherche à modifier, mais, soulignons-le, exprimé en termes observables et mesurables, donc en termes opérationnels: par exemple le nombre de minutes qu'un écolier étudie à chaque jour, la façon de manger ou de se vêtir d'un schizophrène chronique, les verbalisations positives d'un mari à son épouse, le rythme cardiaque d'un patient arythmique, la quantité d'aliments ingérés dans un repas d'anorexique ou d'obèse, etc...

Le behaviorisme étant caractérisé par un effort particulier pour agir sur ce qui est observable et mesurable de façon systématique, les notions de stimulus et de réponse se prêtent admirablement à cet effort d'objectivation. Tout thérapeute désireux d'adopter avec un client une approche behaviorale s'efforce d'abord de concevoir le problème de son client en terme de réponse car, comme on le verra, ce n'est que de cette façon qu'il pourra appliquer de façon fructueuse ses connaissances au problème clinique présenté; il cherchera ensuite à identifier les stimuli qui déterminent cette réponse.

Exerçons-nous par exemple à déterminer avec le plus d'objectivité possible la ou les "réponses" qu'on cherchera à modifier chez un patient qui se plaindrait

- de dépression....?
- de pédophilie....?
- de phobie...?
- de fétichisme ...?
- de manie...?
- de problèmes de dépendance
- de blessures narcissiques
- de timidité...?

Et cherchons ensuite, dans chacun de ces cas quels sont les stimuli qui pourraient être en cause...?

Notons, une fois cet exercice accompli, comment l'effort ainsi fait pour penser en termes de réponse, ouvre la porte à des avenues thérapeutiques jusque là insoupçonnées. Cet effort que nous venons de faire représente de plus une belle application de la méthode scientifique en psychothérapie.

Une fois ces clarifications faites, nous pouvons maintenant modifier notre formulation initiale; celle ci, de

**antécédents → réponse → conséquences**

devient maintenant:

**stimulus → réponse → stimulus**

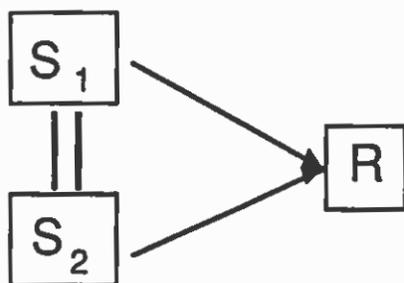
ou, plus simplement:

**S → R → S**

puisque, comme on l'a vu, tout ce qui détermine une réponse, qu'il la précède ou qu'il la suive, est appelé un stimulus.

Les applications cliniques des théories de l'apprentissage se classent sous quatre catégories distinctes dont on verra les principes dans les cours qui suivront:

**4) Le conditionnement classique**, (ou répondant) a été mis en lumière par les travaux de Pavlov et vise à mettre en relation par association deux stimuli, de sorte que le second acquière éventuellement le même pouvoir que le premier sur la réponse. On peut illustrer cet effet de la façon suivante:



Le conditionnement répondant consiste en l'association par contiguïté de deux stimuli. Par le couplage répété d'un stimulus ( $S_1$ ) n'ayant au départ aucune propriété particulière de déclenchement et d'un stimulus ( $S_2$ ) déclenchant de façon stable et persistante une réponse ( $R$ ), le premier en arrive à déclencher une réponse identique.

En d'autres termes:

- 1)  $S_1 \rightarrow$  rien
- 2)  $S_2 \rightarrow R$
- 3)  $S_1 + S_2 \rightarrow R$
- 4) (éventuellement):  $S_1 \rightarrow R$

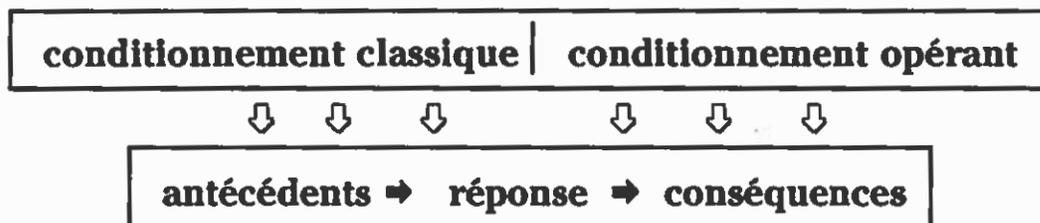
Le conditionnement répondant ou classique s'applique de façon privilégiée au système nerveux autonome. Les expériences bien connues de Pavlov (que l'on verra en détail plus loin) en donnent une bonne illustration et leurs applications cliniques s'exprime dans le principe d'inhibition réciproque: "Si une réponse contraire à celle qui provoque l'anxiété est émise en présence de stimuli anxiogènes de telle sorte qu'elle supprime totalement ou partiellement cette anxiété, l'association entre ces stimuli et l'anxiété sera affaiblie. De même, si une réponse anxiogène est provoquée en présence de stimuli appétitifs, l'attrait envers ces stimuli s'affaiblira" (J. Wolpe).

Application courante: le bruit du Bell-Boy près d'un résident lorsqu'il n'est pas de garde.

Application clinique: le traitement d'une phobie par désensibilisation systématique. Mary Cover Jones. Le petit Albert de

Watson. Si vous avez vu le film "Clockwork Orange" (en français "L'orange mécanique"), vous avez pu assister à une démonstration futuriste (mais pas du tout impossible) de conditionnement classique appliqué à traitement un délinquant.

**5) Le conditionnement opérant**, mis en lumière par les travaux de Skinner, s'applique à associer postérieurement certains stimuli à des réponses que l'on désire renforcer. En un sens on peut dire que si le conditionnement classique tente de modifier une réponse en agissant sur ses antécédents (en associant par contiguïté les stimuli qui la précèdent pour la déclencher) le conditionnement, lui, tentera plutôt de modifier une réponse en agissant sur les stimuli qui le suivent, donc sur ses conséquences.



Le conditionnement opérant s'appuie sur le mouvement volontairement émis par le sujet pour obtenir une conséquence et dépend par conséquent du système nerveux périphérique plutôt que du système nerveux autonome. Il s'exprime bien par la loi de l'effet qui dit à peu près que " les comportements récompensés ont tendance à se répéter et que les comportements punis ont tendance à disparaître" (Thorndike).

Application courante: le système de punitions et de récompenses à l'école; rappelez-vous le très beau film d'Arthur Penn: "The Miracle Worker" (en français: Miracle en Alabama).

Application clinique: l'éducation d'un déficient mental ou d'un enfant autistique. Education des enfants en général. Vie conjugale. L'impuissance apprise (Seligman). L'économie de jetons.

Notons en passant que l'application contre toute attente du conditionnement opérant au système nerveux autonome par Neil Miller a donné lieu à l'une des thérapies les plus étonnantes du siècle: la rétroaction biologique. Jusque là on croyait que l'association de un ou plusieurs stimuli par contiguïté pouvait modifier les réponses du système nerveux autonome, par exemple l'excitation sexuelle ou l'angoisse, alors que les punitions et récompenses limitaient leurs effets au système nerveux périphérique, donc au contrôle volontaire de l'individu sur ses actes. Or Neil Miller<sup>2</sup>, par une série d'expériences ingénieuses, a pu démontrer la réponse du système nerveux autonome à la punition et à la récompense. La thérapie de rétroaction biologique en a découlé.

**6) L'apprentissage social** que l'on doit aux travaux d'Albert Bandura, considère les comportements sociaux (tels que s'affirmer, défendre son point de vue, parler en public, négocier, etc...) comme des comportements qui peuvent s'apprendre par imitation, feedback, renforcement positif et pratique fréquente.

Application courante: un étudiant qui se pratique devant ses amis pour la présentation de son séminaire.

Application clinique: le traitement d'un timide qui développe des migraines plutôt que d'exprimer son mécontentement.

**8) L'apprentissage cognitif** considère les pensées exactement comme des paroles ou des actes, c'est-à-dire comme des comportements susceptibles d'être modifiés par les lois de l'apprentissage.

Application courante: la "pensée positive", le "gros bon sens", le raisonnement juste, le stoïcisme en philosophie.

Applications cliniques: la restructuration cognitive, l'entraînement à la solution de problèmes, l'auto-verbalisation, les théories de l'attribution.

Applications industrielles: les "think-tanks", les séminaires de créativité, etc...

---

<sup>2</sup> Miller, Neil E. (1969): The learning of visceral and glandular responses. Science 163:434-445.

Les thérapies dites cognitives dont on fait de plus en plus état aujourd'hui, ne font appel en fait qu'à un seul type d'apprentissage cognitif: la restructuration cognitive, alors que, comme on le verra, les possibilités du modèle sont en réalité beaucoup plus riches.

# LE CONDITIONNEMENT

## CLASSIQUE

Louis Guérette m.d.  
Hopital Notre-Dame

### A- LES TRAVAUX D'IVAN PAVLOV

#### I- INTRODUCTION:

L'avènement de Pavlov et d'une théorie matérialiste de la psychée humaine fut favorisé par certains précurseurs en philosophie et en science ainsi que par le climat résolument matérialiste de l'époque.

#### 1) Les précurseurs de Pavlov

- Aristote: les lois primaires d'association des idées entre elles:

- les idées s'associent par contiguïté
- les idées s'associent par similarité
- les idées s'associent par contraste

- Les empiristes anglais des 17e, 18e et 19e siècle: en opposition au dualisme cartésien qui séparait fermement le corps et l'esprit, Locke, Hume, Hartley, John Stuart Mill, ont contribué à répandre les lois d'Aristote qui cherchent à comprendre sur un plan matériel le fonctionnement de l'esprit. Ils ont émis des hypothèses à l'effet que la pensée se développe à partir de sensations, ces expériences s'associant pour former des idées simples, ces idées simples pour former des idées complexes, etc... toujours par association.

- Sechenov (1863): "Les réflexes du cerveau". La pensée consiste en l'inhibition des réflexes.

- Thorndike (1911): la loi de l'effet (voir les notes sur le conditionnement opérant).

2) La problématique scientifique de l'époque était directement issue du dualisme cartésien et s'inspirait des matérialistes français du 18e siècle ("Les vertus et les vices sont des produits comme le vitriol et le sucre", "le cerveau sécrète la pensée comme l'estomac les sucs digestifs").

Ivan Pavlov (1849-1936) était d'abord un physiologiste dont les travaux extrêmement originaux sur la physiologie digestive et les réflexes salivaires lui valurent le prix Nobel en 1904. C'est par inadvertance qu'il en arriva à distinguer les réflexes "psychiques" (réflexes conditionnés) des réflexes "physiques". Il les étudia en grand détail pour en arriver à développer une théorie purement matérialiste du cerveau et du comportement, dans le prolongement un peu des empiristes anglais et de Sechenov. Cette entreprise ambitieuse s'avéra un échec partiel et, ironiquement, Pavlov est maintenant plus renommé comme psychologue que comme physiologiste.

## II- LE CONDITIONNEMENT CLASSIQUE:

Décrivons d'abord une expérience fondamentale et devenue classique: un chien dont on mesure la salivation reçoit sa nourriture 2.5 secondes après qu'on l'a exposé à une sonnerie de cinq secondes. Après chaque dix essais, on ne présente pas de nourriture après la sonnerie mais la salivation est quand même mesurée. Après cinquante essais, le nombre de gouttes de salivation provoquée par le son seul passe de 0 à 60; la salivation devient ainsi une réponse conditionnelle et le son un stimulus conditionnel.

### 1) phénomène d'acquisition de la réponse (lien S-R):

a) Association par contiguité: définition des termes et hypothèses explicatives de Pavlov.

Stimulus conditionnel (SC): la sonnerie, lorsqu'elle provoque la salivation.

Réponse conditionnelle (RC): la salivation provoquée par la sonnerie

Stimulus inconditionnel (SI): la nourriture provoquant la salivation

Réponse inconditionnelle (RI): la salivation devant la nourriture

b) Conditionnement de second niveau et conditionnement sémantique: ( S-S-S-S-R.) "higher order conditioning". L'exemple clinique le plus éloquent en est le déplacement de l'anxiété selon la chaîne associative: ainsi, j'ai une réaction d'angoisse dans la rue, plus tard dans toutes les rues, et enfin à tout endroit hors de chez moi. Les mots, comme

les objets matériels, peuvent aussi acquérir de la même façon des propriétés anxiogènes

c) Facteurs d'acquisition de la réponse conditionnelle:

- 1- intensité du stimulus inconditionnel
- 2- nombres de présentations avec renforcement
- 3- état de l'organisme (déprivation, surstimulation, stress...)
- 4- relation temporelle entre SC et SI. Voir le tableau en annexe et noter le décalage idéal de 0.5 secondes entre SC et SI dans le conditionnement optimum, c'est à dire la séquence qui produit la meilleure réponse conditionnelle. (Spooner et Kellog, 1947)
- 5- type de stimulus inconditionnel: vulnérabilité particulière du système digestif par exemple.
- 6- vulnérabilité phylogénétique. (Seligman, Valentine, etc..).

d) Aspects cliniques du phénomène: phobies, réactions du système nerveux autonome, comportements d'approche ou d'évitement, association d'idées, etc...

2) Phénomène d'extinction:

Le phénomène d'extinction est l'affaiblissement graduel de la réponse conditionnelle puis sa disparition lorsqu'elle n'est pas accompagnée du renforcement. Ainsi le chien cessera graduellement de saliver au bruit de la sonnerie si on ne lui présente pas de temps à autre la nourriture.

Cependant, si par la suite on ne répète plus l'expérience pendant un certain temps puis qu'on lui fait réentendre à nouveau la sonnerie, l'animal pourra se remettre à saliver à environ 50% de la quantité initiale. Ce phénomène étonnant se nomme "recouvrement spontané" et peut nous aider à comprendre la récurrence apparemment inexplicable de certaines phobies qu'on croyait disparues. En effet, l'extinction doit être considérée comme un phénomène actif causé par deux types d'inhibiteurs: l'inhibiteur interne (extinction) et l'inhibiteur externe (distraction). Ainsi, lorsque une réponse subit une extinction, elle le fait par l'action de l'inhibiteur interne, lequel peut aussi subir une extinction lorsque l'expérience est longtemps sans être répétée. On peut même inhiber l'inhibiteur interne (extinction) en utilisant l'inhibiteur externe (distraction), phénomène qu'on appelle désinhibition. Pour résumer:

## a) phénomène d'inhibition externe (distraction):

SC → RC

SC + Inhib. ext → pas de RC

## b) phénomène de recouvrement spontané:

SC Inhib. int. → extinction de la RC

SC + extinction de l'inhib. int. par le temps → RC

c) phénomène de désinhibition (inhibition de l'inhibition):

SC + SI → RC

SC sans SI → extinction éventuelle de la RC

SC + Inhib. ext. + Inhib. int. → réapparition de RC

Sur le plan clinique le phénomène d'extinction a inspiré à Isaac Marks les thérapies d'immersion ("flooding") et d'implosion ("implosion") au cours desquelles le comportement d'évitement n'est plus associé avec le soulagement de la peur comme cela se produit habituellement dans la vie quotidienne du phobique: ainsi, on enfermera par exemple un claustrophobe dans un ascenseur (avec son accord) jusqu'à ce que la réaction de panique cesse, de sorte que, lorsque le patient quittera la situation, il n'éprouvera pas le soulagement qu'il ressentait auparavant à chaque fois qu'il fuyait. La désensibilisation par exposition simple est aussi basée sur ce principe.

3) Phénomène de généralisation:

C'est le processus par lequel une réponse déclenchée par un stimulus conditionnel peut aussi être déclenchée par d'autres stimuli plus ou moins similaires à ce dernier et qui partagent donc, dans une mesure proportionnelle à leur ressemblance, les propriétés du stimulus conditionnel. Cette ressemblance donne donc lieu à un gradient de généralisation de la réponse apprise. On en verra des exemples frappants dans les expériences de Kupelov (variation des hertz d'un stimulus sonore), les expériences de Sovetov (variation dans les zones gastriques stimulées) et les expériences de Guttman et Kalish (variation de la couleur d'un stimulus visuel). Les expériences ingénieuses de Markosian sur l'inhibition de la coagulation sanguine ont aussi démontré l'existence d'un gradient de généralisation au niveau sémantique.

En clinique, la généralisation permet de comprendre pourquoi l'effet thérapeutique de la désensibilisation peut s'étendre à d'autres éléments non inclus dans la hiérarchie initiale. Au niveau de la pathogenèse, ceci nous fait voir aussi comment la crainte du père dans l'enfance peut s'étendre plus tard à toutes les figures d'autorité ou comment l'inconfort causé par une mère trop envahissante peut conduire à l'évitement de toutes les femmes. Ce phénomène est aussi illustré par l'extension croissante de la réponse phobique: ainsi on peut même rencontrer parfois des claustrophobes qui finissent par craindre les ceintures de sécurité, les fermetures éclairées bloquées, les ceintures et cravates ou jusqu'au vernis à ongles! Il y a ici un parallèle intéressant à faire avec le concept analytique de déplacement.

Une application intéressante du principe de généralisation en psychopathologie: le développement du masochisme sexuel: Le stimulus conditionnel n'a pas besoin d'être neutre pour acquérir les propriétés du stimulus inconditionnel; il suffit qu'il soit plus faible en intensité que ce dernier; ainsi, la seringue, même si elle pique, acquiert des propriétés appétitives. Azrin a expliqué ainsi le développement du masochisme sexuel: "Si un stimulus punitif qui supprime un comportement à haute intensité est introduit à faible intensité et suivi d'un renforçateur positif (SI) puis augmenté graduellement d'intensité, il acquerra des propriétés renforçantes secondaires même à haute intensité." Et voilà pour Sacher-Masoch!.

#### 4) Phénomène de discrimination:

Comme on vient de le voir, la réponse conditionnelle tend normalement à suivre, selon un gradient de généralisation, tout stimulus qui ressemble au stimulus conditionnel. Si, cependant, le renforcement n'est présenté qu'en présence du seul stimulus conditionnel, l'organisme ne répondra éventuellement qu'à ce dernier; on dit alors qu'il discrimine. Ceci est évidemment plus facile à mettre en évidence en laboratoire où l'expérimentateur contrôle bien toutes les variables. En clinique, au contraire, le sujet évolue plutôt vers une généralisation puisque, dans les phobies par exemple, toute réponse anxieuse (RC) est habituellement suivie et renforcée par l'échappement ("escaping") ou l'évitement ("avoiding").

En clinique, la discrimination est un facteur important de toute thérapie dans la mesure où elle permet de défaire le lien entre la RC et le SC pour le

relier clairement au seul SI envers lequel d'autres méthodes thérapeutiques pourront être employés; par exemple, je puis en arriver à discriminer entre la menace réelle représentée pour moi par ma mère trop envahissante lorsque j'étais petit et la menace irréaliste que représentent maintenant toutes les femmes. C'est ainsi que la psychothérapie défait le lien pathologique entre le passé et le présent, l'imaginaire et le réel, la situation globale et le conflit spécifique, etc...

### **III- LA NEVROSE EXPERIMENTALE**

#### **1) Conflit excitation-inhibition:**

L'expérience de Shenger-Krestovnikova (1921) est demeurée célèbre: lorsqu'un chien voit un cercle et qu'il avance vers son écuelle, on lui donne à manger, mais lorsqu'il voit une ellipse et qu'il avance, on ne lui donne rien. Lorsqu'il discrimine bien les deux stimuli, on fait en sorte que le cercle prenne de plus en plus la forme d'une ellipse (axes 9/8); incapable de choisir et tiraillé entre l'excitation et l'inhibition, l'animal devient irritable, tendu, insomniaque, gémit ou hurle et les fonctions principales du système nerveux autonomes sont perturbées.

#### **2) Les mécanismes de production de la névrose expérimentale:**

Suite à l'expérience qu'on vient de décrire, Pavlov continua à chercher les déterminants de la névrose dans les processus d'apprentissage et finit par en identifier quatre:

- a) stimulation extrême des processus inhibitoires.
- b) stimulation extrême des processus excitatoires.
- c) conflit entre l'excitation et l'inhibition
- d) altération de la condition physiques des sujets.

#### **3) L'inhibition transmarginale:**

L'inondation des laboratoires de Pavlov à Léningrad en 1924 fut une expérience extrêmement traumatisante (et, cette fois, non planifiée) pour les chiens qui la subirent, mais donna l'occasion à Pavlov d'étudier deux questions qui le préoccupaient.

Il put d'abord constater que les animaux, pourtant tous traumatisés par l'expérience, n'en gardaient pas tous des séquelles aussi sévères, ce qui

l'amena à développer la notion de "force du système nerveux", c'est à dire la capacité individuelle de chaque sujet de tolérer neurophysiologiquement l'excitation inhérentes à de telles expériences.

Les chiens traumatisés ayant subi d'importantes modifications au niveau des apprentissages effectués avant le désastre, il put aussi noter que les conditionnements antérieurs et les caractéristiques normales des sujets tendaient à disparaître, ce qui ressemblait beaucoup aux effets de la névrose expérimentale. Il nomma "inhibition transmarginale" cet état de déstructuration profonde et put démontrer que ce phénomène avait un seuil d'apparition variable selon les "caractères" des sujets et se produisait en trois phases:

a) phase "équivalente" où l'organisme produit des réponses égales à des stimuli forts et faibles. L'équivalent clinique en serait l'anesthésie émotionnelle des grands traumatisés.

b) phase "paradoxe" où les stimuli faibles provoquent une réponse plus forte que les stimuli forts. L'équivalent clinique en serait l'hyperréactivité des traumatisés au moindre stimulus.

c) phase "ultra-paradoxe" où **les réponses conditionnées sont inversées**. Par exemple, le chien traumatisé s'attache alors à ceux qu'il détestait et inversement. Il n'est pas interdit de penser ici à certaines conversions religieuses qui suivent de grandes épreuves. Et si vous vous laissez associer ici avec le lavage de cerveau ("brain-washing"), il ne s'agit pas d'une coïncidence; la dictature stalinienne voyait dans les travaux de Pavlov d'importantes applications pratiques et le supportait en conséquence. Le célèbre roman d'Arthur Koestler "*Le zéro et l'infini*" ainsi que le film de Costa-Gavras "*L'aveu*" nous donnent des informations précieuses sur les applications pratiques de ce dont on parle.

#### 4) Typologie des systèmes nerveux:

Ayant observé des différences marquées dans les réactions de ses sujets à des expériences similaires, Pavlov tenta de les classier suivant plusieurs critères:

- a) vitesse de formation des réflexes conditionnés
- b) stabilité de ces réflexes

c) rapidité de leur extinction

d) réaction aux stimuli excessifs: seuil d'apparition de l'inhibition transmarginale.

Il en arriva ainsi à décrire trois facteurs principaux (forme, équilibre et mobilité du système nerveux) dont les combinaisons présidaient à la formation de quatre grands types de caractère. Ceux-ci n'ont plus guère de validité scientifique aujourd'hui et ressemblaient assez à la vieille typologie d'Hippocrate:

- 1) très excitatoire ou "excité" (le colérique)
- 2) très inhibitoire ou "inerte" (le mélancolique)
- 3) plutôt excitatoire ou "labile" (le sanguin)
- 4) plutôt inhibitoire ou "inhibé" (le flegmatique)

Selon Pavlov, les deux premiers types surtout seraient plus sensibles au développement de réactions pathologiques (inhibition transmarginale).

On peut maintenant comprendre comment, avec Pavlov, le vieux rêve des matérialistes radicaux du XVIII<sup>e</sup> siècle semblait devenir une possibilité; la pensée se réduit à une émanation des réflexes et la subjectivité humaine n'est plus une forteresse inattaquable. L'idéal totalitaire peut désormais s'accomplir puisque la personne humaine est maintenant indéfiniment modifiable, comme la nature toute entière d'ailleurs (c.f. l'affaire Lyssenko), par "l'ingénieur social" et pour le plus grand bonheur de l'homme. Grâce à Marx et Pavlov, l'histoire comme la psychologie devient une science absolument exacte.

On a bien déchanté depuis, mais il faut dire en toute justice que Pavlov ne s'était jamais fait le chantre frénétique de ces idéaux totalitaires dont la société russe n'a encore pu se dépêtrer. De plus, la plus grande partie de ces découvertes se sont avérées fondées et se révèlent un apport précieux à l'arsenal thérapeutique contemporain.

#### 6) La névrose expérimentale après Pavlov

On se contentera de citer quelques auteurs qu'il faut absolument connaître et dont les travaux sont bien documentés dans le manuel de Kaplan et Friedman.

a) Lidde: rôle de l'immobilisation physique dans la formation des névroses expérimentales ("the barber-shop syndrome").

b) Masserman Conditionnement aversif très marqué. Etude des traitements possibles de la névrose expérimentale: ECT, lobotomie, bromures, rééducation, réexploration, pression de l'environnement, etc...

c) Stroebel: importance du contrôle sur les stimuli aversifs: "the executive monkey".

d) Wolpe: traumatisme sans conditionnement

e) Seligman: concept d'"impuissance apprise"

## **B- LES SUCESSEURS DE PAVLOV**

### **1- JOHN B. WATSON (1878-1958)**

Il s'agit ici d'un individu extrêmement coloré, innovateur et controversé. Qualifié par Bertrand Russel de plus brillant psychologue depuis Aristote, il servit de modèle à Aldous Huxley pour son personnage de psychologue tout-puissant dans "*Le meilleur des mondes*". Connu comme un Don Juan invétéré (aurait couché avec 640 femmes en quatre ans, dit la légende), il fut renvoyé de son université en 1920, au sommet de sa gloire, pour avoir eu une liaison avec une de ses étudiantes (qui devint d'ailleurs sa femme) ce qui le poussa à connaître la fortune matérielle comme psychologue industriel en organisant les campagnes publicitaires du savon Lux, du café Yuban et des chiffons Scott Towels. Pour couronner le tout, son fils William, très négatif envers son père, devint psychanalyste et se suicida. En dépit de cette carrière tapageuse, il demeure excessivement important pour nous en raison de :

1) sa position de behavioriste radical ("rabid behaviorism") qui nie complètement l'inobservable, sinon dans son existence (position la plus extrême), du moins dans son utilité (position modérée). En ce sens, il s'opposa aux canons de la psychologie américaine de cette époque, Titchener et William James, qui défendaient la primauté de la conscience sur le comportement.

2) ses expériences qui ont fait époque, d'abord avec Rayner (le cas du petite Albert) en 1920 puis avec Mary Cover Jones en 1924; ces expériences démontraient le rôle du conditionnement classique dans le développement des réponses phobiques et aussi dans leur traitement.

3) son impact énorme sur la psychologie américaine qui, sous son impulsion s'embarqua carrément dans une direction matérialiste et pragmatique déjà sous-jacente dans la culture ambiante.

### **II-HANS J. EYSENCK (1916- )**

Ce psychologue britannique extrêmement prolifique et versatile a néanmoins manifesté une profondeur et une constance remarquable dans un cheminement qui se veut fidèle à la méthode scientifique et relié à

chaque instant à l'observable et au mesurable. On retiendra à tout le moins:

1) Ses attaques systématiques et persistantes envers la psychanalyse qu'il considère comme radicalement non-scientifique et qui culmineront dans "*The effect of Psychotherapy*" (1960), un petit volume extrêmement controversé et qui vise à montrer, par des analyses statistiques, que les thérapies dynamiques sont absolument inefficaces. Cette oeuvre aura eu, entre autres mérites, celui de stimuler chez les analystes, un souci de tenter de démontrer désormais un peu plus rigoureusement les effets de leur entreprise. Le mouvement subséquent d'évaluation des résultats de la psychothérapie (Malan, Strupp, etc...) doit beaucoup à ce stimulus initial. Aujourd'hui, même si l'on reconnaît des fautes à l'oeuvre de 1960, ses principes fondamentaux sont reconnus et appliqués (c.f. la politique américaine d'aujourd'hui sur l'efficacité des psychothérapies).

2) Sa popularisation, dès le début, des thérapies comportementales, à travers un volume qui va devenir un classique dans tous les milieux cliniques de cette époque: "*Behavior Therapy and Neuroses*".

3) Sa construction d'une théorie scientifique de la personnalité (1957) sur des bases organiques empruntées à Pavlov et à l'aide d'un appareillage statistique très élaboré. Les cinq axes principaux en sont: introversion, extroversion, intelligence, "neuroticism" et "psychoticism". Dans "*The Dynamics of Anxiety and Hysteria*" (1957), Eysenck propose une théorie de l'introversion-extroversion basée sur les concepts pavloviens d'excitation et d'inhibition et selon laquelle les introverts (à prédominance d'excitation) formeraient des réflexes conditionnés plus facilement que les extroverts (à prédominance d'inhibition).

### III- JOSEPH WOLPE

Joseph Wolpe, d'origine sud-africaine, s'est d'abord fait connaître pour ses travaux sur les névroses expérimentales: par exemple, des animaux recevaient des chocs dans une salle X, puis étaient nourris dans une salle Y qui ressemblait de plus en plus à la salle X jusqu'à ce que la salle X ne provoque plus de réactions d'évitement chez le sujet. Eventuellement, il appliqua ses découvertes à la clinique, notamment via son principe d'inhibition réciproque: si une réponse contraire à celle qui provoque l'anxiété est émise en présence de stimuli anxiogènes de telle sorte qu'elle

supprime totalement ou partiellement cette anxiété, l'association entre ces stimuli et l'anxiété sera affaiblie. De même, si une réponse anxiogène est provoquée en présence de stimuli appétitifs, l'attrait envers ces stimuli s'affaiblira.

#### IV- JOHN DOLLARD ET NEIL MILLER

Ces chercheurs américains, qui combinent à eux deux un nombre impressionnant de diplômes en psychologie, psychothérapie, sociologie, anthropologie, psychophysiologie et psychanalyse, ont tenté, en 1950, de réconcilier la théorie psychanalytique avec la théorie de l'apprentissage, entreprise qui devait forcément apparaître un jour ou l'autre.

Malheureusement, leur ouvrage, "Personality and Psychotherapy" (McGraw-Hill), qui devint un classique à l'époque, a quelque peu sombré dans l'oubli depuis, bien que les concepts et les idées demeurent toujours d'actualité.

**John Dollard** (1900- ) est psychologue, sociologue et anthropologue; il fut longtemps professeur à Yale dans ces trois disciplines. Il était aussi psychanalyste (Berlin) et superviseur de psychothérapie.

**Neil Miller** (1909- ) est psychologue et psychanalyste (Vienne) et professeur à Yale. Il devint chef du laboratoire de psychophysiologie de l'université Rockefeller et président de l'A. P. A. vers 1949. Son nom est maintenant associé surtout à l'apprentissage viscéral opérant ("biofeedback").

Ensemble, ils écrivirent et publièrent chez McGraw Hill en 1950 un ouvrage se proposant de reformuler la théorie freudienne en termes des théories de l'apprentissage dans le but de "combiner la vitalité de la psychanalyse à la rigueur des sciences naturelles expérimentales et aux phénomènes de la culture". "Personality and Psychotherapy" fut un succès immédiat dans les milieux académiques et cliniques qu'il marqua assez profondément durant toutes les années 50.

Leur thèse portait fondamentalement sur l'idée que tous les éléments importants de l'expérience sont associés entre eux ("attached") par apprentissage et deviennent grâce à ce lien les organisateurs fondamentaux



- Stades anal et oral:** périodes cruciales d'apprentissage des principales attitudes envers les problématiques humaines.
- Complexe d'Oedipe:** idem
- Fixation:** conditionnement très marqué (par exemple, par des renforcements excessifs).
- Personnalité:** réponses habituelles.
- Symptôme:** habitude apprise et renforcée quoique inadéquate.
- Gain secondaire:** renforcement (opérant).
- Psychothérapie:** modification des "cue producing responses".

*"The neurotic is a person who is in need of a stock of sentences that will match the events going on within and without him. The new sentences make possible an immense facilitation of higher mental processes. With their aid, he can discriminate and generalize more adequately... By labelling a formerly unlabeled emotional response, he can represent this response in reasoning." (page 281).*

- Interprétations:** "relabellings"
- Perlaboration:** pratique de nouveaux apprentissages
- Transfert:** généralisation
- Contre-transfert:** généralisation
- Associations libres:** associations déjà formées.

## **C- LES TECHNIQUES DE CONDITIONNEMENT CLASSIQUE**

Ces techniques ont en commun l'application systématique du principe d'association par contiguïté en cherchant à produire soit un phénomène d'inhibition réciproque, soit un phénomène d'extinction.

### **I- TECHNIQUES BASEES SUR L'INHIBITION RECIPROQUE:**

Dans ce modèle, l'anxiété (ou toute autre réponse indésirable) est considérée comme la réponse conditionnelle et la relaxation (ou toute autre réponse souhaitable) comme une autre réponse conditionnelle compétitive à la première et qui prédominera si elle s'exprime plus fortement durant les sessions de thérapie. Durant celles-ci on essaiera donc de combiner le stimulus inconditionnel avec un agent qui entraîne une autre réponse que la réponse considérée comme pathologique. Le thérapeute peut compter sur un certain choix d'agents à utiliser:

Agents positifs:

- anxiolytiques
- relaxation\*
- réponse sexuelle
- colère
- affirmation de soi
- pensées différentes ("attention shifting")\*
- détente en imagination\*
- toute autre réponse satisfaisante (par ex: manger)

Agents négatifs:

- aversion chimique (apomorphine)
- aversion électrique (légers chocs)\*
- aversion en imagination
- aversion visuelle

### **I) Désensibilisation systématique:**

1) construction d'une hiérarchie de situations anxiogènes par ordre d'intensité

2) développement d'une réponse antagoniste (par ex: la relaxation) susceptible d'inhiber la réponse à éliminer.

3) association successive de chaque item de la hiérarchie avec la réponse de contre-conditionnement, en allant de l'item le moins anxiogène à l'item le plus anxiogène, en prenant bien soin de n'avancer dans la hiérarchie (in vivo ou in vitro) que lorsque un item anxiogène cesse de l'être.

Applications: phobies, obsessions, dysfonctions sexuelles, anxiété sociale.

---

## **2) Levée de l'aversion ("aversion relief")**

La levée de l'aversion joue un grand rôle dans le développement des réponses d'évitement; en effet, à chaque fois qu'un patient fuit un objet phobique et en éprouve du soulagement, la réponse d'évitement se trouve renforcé d'autant. Mais ce phénomène peut être utilisé de façon thérapeutique, comme l'a démontré un psychiatre montréalais dans les années soixante (Leslie Solyom, du Allan Memorial). La technique consiste à interrompre un stimulus aversif au moment même où une situation anxiogène est évoquée sur bobine. On l'a surtout utilisée avec les phobies.

## **3) Reconditionnement orgasmique ("orgasmic reconditioning")**

Il s'agit ici du renforcement des fantasmes sexuelles désirées en les combinant avec la phase orgasmique de la masturbation. Inversement et par le même processus, les fantasmes sexuelles déviantes ne sont plus associées avec le renforcement très puissant que constitue le plaisir orgasmique. La masturbation est donc encouragée, mais dans la mesure où elle respecte certaines règles... Ceci constitue une technique auxiliaire absolument essentielle dans les thérapies de déviations sexuelles.

## **4) Aversion:**

Depuis le film célèbre de Stanley Kubrick, "L'orange mécanique", l'aversion est probablement devenue la technique behaviorale la plus connue. Elle consiste, comme on l'a vu dans le film, à combiner un stimulus agréable mais indésirable (la violence sexuelle ou la musique de la IX<sup>e</sup> symphonie de Beethoven dans le film) avec un autre stimulus déplaisant (dans le film, une injection d'apomorphine), de façon à ce que des comportements initialement appétitifs deviennent éventuellement répugnants au sujet.

L'application clinique en est évidemment les déviations sexuelles, mais aussi l'alcoolisme (c.f. les travaux remarquables de Voetglin en 1940), certains comportements compulsifs (kleptomanie, trichotillomanie, tics), les toxicomanies, les obsessions.

### **5) Arrêt de la pensée: ("thought-stopping". "faradic disruption")**

L'association d'un stimulus aversif (choc électrique, bruit violent, interpellation) avec des pensées obsédantes et incontrôlables se révèle très efficace. Après une certaine période de pratique, le patient se révèle incapable de produire, même dans son esprit, la pensée obsédante qui le tracassait tant auparavant. Ceci jette une lumière intéressante sur le phénomène psychodynamique du refoulement. On appliquera cette technique avec succès dans les ruminations obsessionnelles, les pensées hypochondriaques, etc...à la condition bien entendu de posséder un appareil qui peut donner ce genre de choc. (Facile à se procurer pour environ \$70.00). Notons que n'importe quel stimulus douloureux peut aussi très bien faire l'affaire, telle une bande élastique qu'on fait rebondir sur la peau.

## **II- TECHNIQUES BASEES SUR L'EXTINCTION**

### **1) Déconditionnement simple:**

Il s'agit d'une exposition répétée, graduelle ou non aux stimuli conditionnés, sans que la réponse conditionnée puisse être émise. On ne parle pas ici d'inhibition réciproque puisque on ne tente pas de noyer la réponse anxieuse sous une réponse opposée, mais plutôt de présenter le stimulus anxiogène à de si petites doses que la réponse anxieuse ne peut se développer, de sorte que l'organisme s'habitue peu à peu à une réponse normale.

Les applications en sont bien entendu la désensibilisation simple des phobies mais aussi toutes les techniques d'exposition graduelle réunie sous l'appellation de "contrôle du stimulus" ("stimulus control") qu'on voit appliquée dans les problèmes d'obésité, de tabagisme, etc....

### **2) Immersion ("flooding"):**

Exposition massive aux stimuli conditionnés jusqu'à ce que la réponse conditionnée disparaisse. La principale application en est bien entendu la

phobie. Les sessions d'immersion durent nécessairement plus longtemps que les sessions de désensibilisation puisqu'on ne doit les cesser que lorsque le client se sent à peu près bien, mais par contre un traitement réussi nécessite en général beaucoup moins de sessions que la désensibilisation systématique.

### **3) Implosion ("implosion"):**

Identique à l'immersion, mais en imagination. C'est le thérapeute qui propose à son client les fantaisies les plus horribles qu'ils puissent imaginer ensemble, jusqu'à ce que la lassitude, l'ennui ou l'habituation prédominent sur la peur.

### **4) Pratique négative ("negative practice"):**

Répétition volontaire d'un comportement compulsif jusqu'à ce qu'il n'évoque plus de réactions de soulagement, donc qu'il perde son renforcement. On l'appliquera dans les tics, bégaiement, trichotillomanies.

### **5) Arrêt de la réponse ("response prevention"):**

C'est le blocage volontaire de la réponse compulsive en présence des stimuli qui la déclenchent habituellement. Il s'agit là d'une des techniques les plus efficaces pour contrôler les compulsions, si elle est bien utilisée. L'anxiété initiale est très forte, mais si par n'importe quel moyen (distraction, relaxation, volonté, etc..) on peut empêcher le patient de céder à l'impulsion initiale de ~~céder~~ à son rituel, bientôt l'anxiété diminue de façon marquée, de sorte que le stimulus initialement anxiogène se trouve associé de plus en plus à des réponses d'indifférence et perd ses propriétés perturbatrices.

### **6) Le conditionnement imaginé ("covert conditioning")**

Ces techniques, imaginées par Cautela en 1960, tiennent également du l'inhibition réciproque ou de l'extinction. Essentiellement, il s'agit d'un modèle impliquant une vision médiationnelle de l'apprentissage où les pensées et non plus seulement les objets et comportements extérieurs peuvent être considérés comme des antécédents, des réponses ou des conséquences. En d'autres termes, on se sert de fantaisies au lieu situations réelles pour modifier les réponses.

**réponse intrapsychique**

antécédents → | antéc. → réponse → conséquence → | → conséquences

- Applications:
- Sensibilisation imaginée (ex: alcoolisme)
  - Renforcement positif imaginé (ex: étude, obésité)
  - Renforcement négatif imaginé (ex: obésité)
  - Extinction imaginé (ex: toxicomanie)
  - Modelage imaginé (ex: phobie, timidité).

L'avènement de ce modèle médiationnel, même s'il n'a pas exercé immédiatement l'influence que Cautela aurait souhaité, a amené les behavioristes à passer du rigorisme scientifique de laboratoire à des considérations plus intra-psychiques mais moins strictement observables et mesurables. Bientôt les behavioristes vont réaliser qu'en sacrifiant un peu (mais pas trop) de leur prétentions scientifiques, ils peuvent se préoccuper de ce qui se passe à l'intérieur du cerveau. Cette boîte mystérieuse dont, à la suite de Watson, ils se refusaient à postuler le contenu. Pour ce faire, il leur suffira d'accepter comme un fait scientifique ce que leur client leur rapporte de ses pensées qu'on qualifiera, pour la forme, de "comportements verbaux sub-vocalisés". L'époque du cognitivisme n'est désormais pas loin.

**D- BIBLIOGRAPHIE**

Toutes les références qui suivent sont distribuées avec les notes de cours et doivent avoir été lues pour participer de façon profitable au cours. Celles qui ne sont pas distribuées, accessibles par les bibliothèques hospitalières, valent facilement l'effort qu'on fera pour se les procurer.

Carr, John (1974): Behavior Therapy in a case of multiple sexual disorders. J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. Vol.5, pp. 171-174, Pergamon Press

Cohn, C., Kron, R. et Brady, J. P. (1976): A case of blood-illness-injury phobia treated behaviorally: The Journal of Nervous and Mental Disease: Vol 162, No. 1.

Gaudette, Gilles, Boisvert, J-Marie et Sabourin, Guy: Traitement d'une phobie des appareils médicaux chez un déficient mental atteint d'une maladie de Hodgkin. L'Union médicale du Canada, Février 1983

Gurman, Allan (1973): Treatment of a case of public-speaking anxiety by in vivo desensitization and cue-control relaxation. J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. Vol.4 pp. 51-54 Pergamon Press

Macdonald, M. et Bernstein, Douglas (1974): Treatment of a spider phobia by in vivo and imaginal desensitization. J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. Vol.5, pp. 47-52, Pergamon Press

Marshall, Robert, et Watts, Mary, (1975): Behavioral Treatment of Functionnal Aphonia. J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. Vol.6, pp. 75-78, Pergamon Press

Melamed, Barbara et Siegel, Lawrence: Self-directed In Vivo Treatment of an Obsessive Compulsive Checking Cheking Ritual. J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. Vol.6, pp. 31-35, Pergamon Press

Ratliff, Richard et Stein, Norman: Treatment of neurodermatitis by Behavior Therapy: a case study. Behav Res. & Therapy, 1968, Vol 6, pp. 397 à 399. Pergamon Press.

Rehm, Lynn et Rozensky, Ronald (1974): Multiple behavior therapy treatment with a homosexual client: a cas study. J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. Vol.5, pp. 53-57, Pergamon Press

Rifkin, B.G.: The treatment of cardiac neuroses using systematic desensitization. Behav. Res. & Therapy, 1968, Vol 6, pp. 239 à 241. Pergamon Press.

## Questions d'examens

# Le Conditionnement classique

Louis Guérette m.d.  
Hôpital Notre-Dame

### A - Questions théoriques:

1) Dans l'expérience classique d'Ivan Pavlov, la salivation qui suit la présentation de nourriture est appelée...

- a) R.C. (réponse conditionnelle)
- b) R.I. (réponse inconditionnelle)
- c) S.C. (stimulus conditionnel)
- d) S.I. (stimulus inconditionnel)

2) ...et la cloche qui précède la présentation de nourriture deviendra:

- a) R.C.
- b) R.I.
- c) S.C.
- d) S.I.

3) A quoi correspondent les notions suivantes dans le cadre des modèles opérants et classiques?

Cond. opérant

Cond.classique

a) extinction

b) renforcement

c) généralisation

4) Qu'est-ce qu'un conditionnement sémantique?

5) Donnez trois facteurs d'acquisition de la réponse conditionnée?

6) Qu'est-ce qu'un conditionnement "rétroactif" et quelle est son efficacité en laboratoire?

7) Qu'est-ce qu'un conditionnement "de trace" et donnez-en une illustration importante dans le monde animal?

8) Quelle est la différence entre les conditionnements différés et "de trace"?

9) Dans les travaux de Pavlov, la production de névrose expérimentale était reliée à la production d'un état de:

- a) inhibition paradoxale?
- b) inhibition réciproque?
- c) inhibition du complément?
- d) inhibition sexuelle?

- e) inhibition transmarginale?
- f) inhibition rétroactive?
- g) inhibition névrotique?
- h) inhibition du résident?

10) Le S.C. a-t-il besoin d'être absolument neutre pour acquérir par association les propriétés du S.I. et produire éventuellement la R.C.?

11) Esquissez la théorie behaviorale du masochisme.

12) Qu'entendait Pavlov par "inhibiteur externe" et "inhibiteur interne"?

13) Comment Pavlov démontrait-il que l'inhibition est un phénomène actif?

14) Décrivez l'expérience de Shenger-Krestovnikova (1921).

15) Lors de la production de névrose expérimentale par Pavlov, comment se comporte l'organisme dans

- a) la phase équivalente?
- b) la phase paradoxale?
- c) la phase ultra-paradoxale?

16) Donnez quatre mécanismes de production de la névrose expérimentale selon Pavlov?

17) Citez trois traitements appliqués par Masserman à ses chiens atteints de névrose expérimentale.

18) Qu'est-ce que l'impuissance apprise, comment le phénomène fut-il démontré en laboratoire et par qui?

19) Quelle théorie contemporaine de la personnalité est basée sur la typologie pavlovienne des systèmes nerveux?

20) Qu'entend-t-on par behaviorisme radical et à quel psychologue cette expression est elle associée?

20) Énoncez le principe d'inhibition réciproque et le nom de son auteur?

21) Que savez-vous de la "théorie des deux facteurs" de Mowrer? Lire Kaplan et Friedman pourrait vous aider à ce sujet.

## **B - Questions cliniques:**

22) Citez quatre agents positifs et quatre agents aversifs d'inhibition réciproque utilisables en clinique?

23) Qu'est-ce que le phénomène de "levée de l'aversion" (aversion relief)?

24) Dans le reconditionnement orgasmique, si le patient se déclare incapable d'excitation sexuelle face à une fantaisie non-déviate, que peut alors suggérer le thérapeute? (si ce dernier ne souffre pas d'inhibitions dans son vocabulaire...).

25) Donnez la différence entre immersion et implosion?

26) Quel est le critère de terminaison d'une séance d'implosion ou d'immersion?

27) Quel est le traitement behaviorale le plus utilisé pour les rituels obsessionnels-compulsifs?

28) Quel critère utiliseriez-vous pour décider de traiter une phobie par méthodes behaviorales ou par psychothérapie classique?

29) Citez trois conditions pathologiques où vous pourriez utiliser l'aversion électrique?

30) Jean Baptiste Thibodeau se présente pour une incapacité radicale d'utiliser les urinoirs publics, ce qui présente un gros problème

pour lui puisqu'il est chauffeur d'autobus. Esquissez un plan de traitement pour son problème.

31) Jeanne Dubé est incapable de traverser les ponts, ce qui lui cause un problème relationnel important puisque son ami, d'une générosité princière, insiste pour aller passer une semaine avec elle à Old Orchard ou à Saint Donat et qu'elle demeure sur la rue Mentana. Que faire? Analyse opérante, classique et dynamique.?

32) Pour mieux comprendre Jeanne Dubé, faites une analyse exhaustive des ponts de l'île de Montréal, en termes des difficultés phobiques qu'ils représentent et déterminez les plus agréables et les plus terrifiants.

- a) Pont Champlain
- b) Pont Mercier
- c) Pont-tunnel Louis-Hyppolite Lafontaine
- d) Pont Jacques Cartier
- e) Pont Le Gardeur
- f) Pont Lachapelle
- g) Pont Papineau-Leblanc
- h) Pont Viau
- i) Pont Pie IX
- j) Pont de la Concorde

33) J'éprouve un désir sexuel irrésistible pour les petits garçons (7-13 ans) en costume de bain. Quel stratégie de traitement me proposez-vous?

34) "J'apprécie l'intelligence et la pertinence de vos suggestions, docteur, mais je ne vois pas encore clairement pourquoi mon attirance sexuelle pour les enfants de mon propre sexe (ou de l'autre) devrait-être un sujet de poursuite légale dans une société évoluée?" Que répondez-vous?

## APPENDICE

### PAVLOV ET LA NÉVROSE EXPÉRIMENTALE

#### 1) le conditionnement classique

Décrivons d'abord une expérience fondamentale et devenue classique: un chien dont on mesure la salivation reçoit sa nourriture 2.5 secondes après qu'on l'a exposé à une sonnerie de cinq secondes. Après chaque dix essais, on ne présente pas de nourriture après la sonnerie mais la salivation est quand même mesurée. Après cinquante essais, le nombre de gouttes de salivation provoquée par le son seul passe de 0 à 60; la salivation devient ainsi une réponse conditionnelle et le son un stimulus conditionnel.

Stimulus conditionnel (SC): la sonnerie, lorsqu'elle provoque la salivation.

Réponse conditionnelle (RC): la salivation provoquée par la sonnerie

Stimulus inconditionnel (SI): la nourriture provoquant la salivation

Réponse inconditionnelle (RI): la salivation devant la nourriture

Selon Pavlov, la réponse conditionnelle est acquise à cause d'une association par contiguïté entre les stimulus conditionnel et inconditionnel qui finissent par partager la même réponse. Les facteurs influençant le développement de cette réponse conditionnelle sont:

- 1- intensité du stimulus inconditionnel
- 2- nombres de présentations avec renforcement
- 3- état de l'organisme (déprivation, surstimulation, stress...)
- 4- relation temporelle entre SC et SI: il existe un décalage idéal de 0.5 secondes entre SC et SI dans le conditionnement optimum, c'est à dire la séquence qui produit la meilleure réponse conditionnelle. (Spooner et Kellog, 1947)
- 5- type de stimulus inconditionnel: forte vulnérabilité du système digestif par ex.
- 6- vulnérabilité phylogénétique. (Seligman, Valentine, etc..).

Le phénomène d'extinction est l'affaiblissement graduel de la réponse conditionnelle puis sa disparition lorsqu'elle n'est pas accompagnée du renforcement. Ainsi le chien cessera graduellement de saliver au bruit de la sonnerie si on ne lui présente pas de temps à autre la nourriture.

#### 2 Conflit excitation-inhibition:

L'expérience de Shenger-Krestovnikova (1921) est demeurée célèbre: lorsqu'un chien voit un cercle et qu'il avance vers son écuelle, on lui donne à manger, mais lorsqu'il voit une ellipse et qu'il avance, on ne lui donne rien. Lorsqu'il discrimine bien les deux stimuli, on fait en sorte que le cercle prenne de plus en plus la forme d'une ellipse (axes 9/8); incapable de choisir et tiraillé entre l'excitation et l'inhibition, l'animal devient irritable, tendu, insomniaque, gémit ou hurle et les fonctions principales du système nerveux autonomes sont perturbées. S'agirait-il ici d'une forme particulière d'*information overload*?

#### 3) Les mécanismes de production de la névrose expérimentale:

Suite à l'expérience qu'on vient de décrire, Pavlov continua à chercher les déterminants de la névrose dans les processus d'apprentissage et finit par en identifier quatre:

- a) stimulation extrême des processus inhibiteurs.
- b) stimulation extrême des processus excitateurs.
- c) conflit entre l'excitation et l'inhibition
- d) altération de la condition physiques des sujets.

#### **4) L'inhibition transmarginale:**

L'inondation des laboratoires de Pavlov à Leningrad en 1924 fut une expérience extrêmement traumatisante (et, cette fois, non planifiée) pour les chiens qui la subirent, mais donna l'occasion à Pavlov d'étudier deux questions qui le préoccupaient.

Il put d'abord constater que les animaux, pourtant tous traumatisés par l'expérience, n'en gardaient pas tous des séquelles aussi sévères, ce qui l'amena à développer la notion de "force du système nerveux", c'est-à-dire la capacité individuelle de chaque sujet de tolérer neurophysiologiquement l'excitation inhérente à de telles expériences.

Les chiens traumatisés ayant subi d'importantes modifications au niveau des apprentissages effectués avant le désastre, il put aussi noter que les conditionnements antérieurs et les caractéristiques normales des sujets tendaient à disparaître, ce qui ressemblait beaucoup aux effets de la névrose expérimentale. Il nomma "inhibition transmarginale" cet état de déstructuration profonde et put démontrer que ce phénomène avait un seuil d'apparition variable selon les "caractères" des sujets et se produisait en trois phases:

a) phase "équivalente" où l'organisme produit des réponses égales à des stimuli forts et faibles. L'équivalent clinique en serait l'anesthésie émotionnelle des grands traumatisés.

b) phase "paradoxe" où les stimuli faibles provoquent une réponse plus forte que les stimuli forts. L'équivalent clinique en serait l'hyperréactivité des traumatisés au moindre stimulus.

c) phase "ultra-paradoxe" où les réponses conditionnées sont inversées. Par exemple, le chien traumatisé s'attache alors à ceux qu'il détestait et inversement. Il n'est pas interdit de penser ici à certaines conversions religieuses qui suivent de grandes épreuves. Et si vous vous laissez associer ici avec le lavage de cerveau ("brain-washing"), il ne s'agit pas d'une coïncidence; la dictature stalinienne voyait dans les travaux de Pavlov d'importantes applications pratiques et les supportait en conséquence. Le célèbre roman d'Arthur Koestler "*Le zéro et l'infini*" ainsi que le film de Costa-Gavras "*L'aveu*" nous donnent des informations précieuses sur les applications pratiques de ce dont on parle.

#### **5 Typologie des systèmes nerveux:**

Ayant observé des différences marquées dans les réactions de ses sujets à des expériences similaires, Pavlov tenta de les classer suivant plusieurs critères:

- a) vitesse de formation des réflexes conditionnés
- b) stabilité de ces réflexes
- c) rapidité de leur extinction
- d) réaction aux stimuli excessifs: seuil d'apparition de l'inhibition transmarginale.

Il en arriva ainsi à décrire trois facteurs principaux (forme, équilibre et mobilité du système nerveux) dont les combinaisons présidaient à la formation de quatre grands types de caractère. Ceux-ci n'ont plus guère de validité scientifique aujourd'hui et ressemblaient assez à la vieille typologie d'Hippocrate:

- |  |  |
|--|--|
| 1) très excitateur ou " <u>excité</u> " ( <i>colérique</i> ) | 2) très inhibiteur ou " <u>inerte</u> " ( <i>mélancolique</i> )  |
| 3) plutôt excitateur ou " <u>labile</u> " ( <i>sanguin</i> ) | 4) plutôt inhibiteur ou " <u>inhibé</u> " ( <i>flegmatique</i> ) |

Selon Pavlov, les deux premiers types surtout seraient plus sensibles au développement de réactions pathologiques (inhibition transmarginale).

# LE CONDITIONNEMENT OPERANT

Louis Guérette m.d.  
Hopital Notre-Dame

## I-DEFINITION:

Référons-nous à la formulation fondamentale du behaviorisme:

**antécédents → réponse → conséquences**

Le conditionnement opérant vise à modifier une réponse en agissant sur les conséquences de cette réponse et non pas, comme dans le conditionnement classique, sur ce qui l'accompagne ou la précède. On entend par réponse tout comportement qu'on cherche à modifier, par exemple le nombre de minutes qu'un écolier étudie à chaque jour, la façon de manger ou de se vêtir d'un schizophrène chronique, les verbalisations positives d'un mari à son épouse, le rythme cardiaque d'un patient arythmique, la quantité d'aliments ingérés dans un repas d'anorexique ou d'obèse, etc... Au lieu de chercher à modifier les circonstances qui précèdent ou accompagnent ces comportements, on cherchera à leur créer des conséquences qui augmenteront (si elles sont agréables) ou diminueront (si elles sont désagréables) la fréquence de leur émission par le patient. Le conditionnement opérant est parfois appelé aussi conditionnement instrumental en ce sens que la réponse opère la conséquence ou, en d'autres termes, devient l'instrument de la conséquence.

## II-CONSIDERATIONS HISTORIQUES:

On retiendra ici les noms de deux chercheurs importants:

## le conditionnement opérant

**E.L. Thorndike**, après de multiples observations du comportement de chats placés contre leur gré dans des boîtes d'où ils apprenaient à sortir de plus en plus rapidement, publiait en 1911 un ouvrage dans lequel il décrivait ce qui devint connu de tous les étudiants de la psychologie comme la **Loi de l'Effet**: "Si une connexion Stimulus-Réponse est suivie d'un état satisfaisant (ou insatisfaisant), sa probabilité d'occurrence dans le futur est accrue (ou diminuée). Cela est assuré de façon automatique par une réaction inconnue des neurones; ça ne dépend ni du plaisir sensoriel ni de l'intensité de la récompense" (Animal Intelligence, 1911).

Quant à **B.S. Skinner**, ses recherches et son enseignement de plusieurs années aux Etats-Unis sont à la base de presque tous les concepts et les techniques présentés dans ce cours. Nous décrirons plus en détail lors du cours ses travaux sur le conditionnement des pigeons.

### III-INSTRUMENTS THERAPEUTIQUES:

La problématique du conditionnement opérant se résumant comme on l'a dit plus haut à réussir à augmenter ou à diminuer la fréquence d'émission d'un comportement précis par le sujet, plusieurs instruments s'offrent au thérapeute pour parvenir à cette fin.

#### A- Pour augmenter la fréquence d'émission d'un comportement:

1- **le renforcement positif**: présentation d'un stimulus plaisant. Ex: le salaire d'un travail.

2- **le renforcement négatif**: retrait d'un stimulus déplaisant. A ne pas confondre avec la punition (voir plus bas); le renforcement négatif, malgré son nom, a des effets agréables. Ex: le soulagement qu'éprouve un enfant à cracher un médicament désagréable au goût augmente la probabilité qu'il le recrache à nouveau la prochaine fois. Ou encore, le soulagement éprouvé par un drogué en sevrage en s'injectant de l'héroïne augmente la probabilité de reprise de cette drogue.

3- **le renforcement vicariant**: le renforcement est

## le conditionnement opérant

appliqué ici non pas au sujet lui-même mais à un autre individu que le sujet peut observer. Ex: la récompense donnée par l'institutrice à l'élève studieux incite les autres à redoubler d'ardeur.

4- **le principe de Premack:** les réponses à hautes probabilités, qui sont les réponses les plus fréquemment émises (et présumément préférées), peuvent servir à renforcer celles à basse probabilité, qui sont moins émises. La contingence de renforcement positif appropriée consiste alors à faire suivre l'émission d'une réponse à basse probabilité par la possibilité d'émettre une réponse à haute probabilité. Par ex: un enfant peut aller jouer dehors (comportement à haute probabilité) seulement s'il range au préalable sa chambre (comportement à basse probabilité).

B- **Pour diminuer la fréquence d'émission d'un comportement:**

1- **la punition par présentation d'un stimulus déplaisant.** Ex: l'amende qui suit une infraction au code de la route diminue la probabilité de récidive.

2- **la punition par retrait d'un stimulus plaisant:**  
Ex: l'anorexique qui ne mange pas perd sa sortie de fin de semaine.

3- **l'extinction:** c'est l'absence totale de renforcements et de punitions. Théoriquement, un comportement qui n'est strictement pas renforcé ni puni s'éteindra. Ex: le personnel hospitalier ignore complètement la pseudo crise convulsive d'une patiente histrionique.

4- **le développement d'une réponse incompatible** avec la réponse à modifier. Ex: un obèse peut manger tout ce qu'il désire à la condition expresse de boire trois grands verres d'eau juste avant.

5- **l'augmentation du coût de la réponse:** c'est le déplacement de la conséquence aversive avant la réponse. Ex: un obèse peut manger tout ce qu'il désire à la condition expresse d'aller le chercher chaque fois au magasin, item par item.

6- **la punition vicariante** (voir plus haut)

## le conditionnement opérant

On retiendra la distinction entre les renforçateurs **primaires**, c'est à dire ceux qui possèdent par eux mêmes des propriétés renforçantes (ex. nourriture, cigarettes, contact physique, etc...), et les renforçateurs **secondaires**, c'est à dire ceux qui acquièrent leur propriétés renforçantes symboliquement ou par convention (ex: jetons, diplômes, argent, médailles, etc...). Dans certains programmes thérapeutiques complexes tel l'économie de jetons ("token economy"), il sera plus facile d'utiliser des renforçateurs secondaires que primaires.

### IV- INDICATIONS DU CONDITIONNEMENT OPERANT:

Tous les comportements ayant nécessairement des conséquences, il n'y a pratiquement pas de problèmes qui ne puisse être modifié, ne fût-ce qu'en partie, par une approche opérante qui manipulerait ses conséquences. Cependant, tous les comportements ne se prêtent pas avec la même facilité à cette approche et les chances de succès sont très variables. Les problèmes qui suivent ont été abordés avec succès par une approche opérante souvent bien documentée dans la littérature.

- problèmes d'études.
- problèmes de discipline.
- autisme infantile. Voyons particulièrement les travaux remarquables d'Ivor Lovaas sur le développement du langage et de la socialisation par des méthodes opérantes chez ces enfants.
- arriération mentale.
- patients psychiatriques chroniques et régressés. (pour développer la socialisation et des habitudes de propreté et d'autonomie).
- délire chronique et persistant.
- somatisations multiples.
- comportements histrioniques.
- délinquance.
- anorexie nerveuse.
- douleur psychogénique. (on renforce les comportements actifs et orientés vers l'extérieur et on fait l'extinction des comportements de plaintes etc...)
- dépression (on renforce ici les comportements positifs et on fait de l'extinction des comportements dépressifs).

## le conditionnement opérant

- phobies et obsessions. (surtout lors de l'hospitalisation, pour supporter un programme d'exposition).

### V- SEQUENCE DES PROCEDURES A SUIVRE:

1) Faire une première définition approximative du comportement cible. C'est ici que le thérapeute va tenter de traduire la plainte du patient (par ex: "l'hystérie") en comportements précis et observables (par ex: se livrer à tels comportements maladaptés que nous qualifions d'histrionique).

2) Etablir une ligne de base qui nous indiquera la fréquence du comportement avant traitement et nous permettra aussi de noter les antécédents et les conséquences du comportement. Si l'on fait appel à l'entourage ou au personnel hospitalier, on peut se livrer à des observations périodiques (par ex: 15 minutes à toutes les deux heures) ou une observation constante; on peut aussi demander au patient d'être son propre observateur.

3) Identifier les antécédents et les conséquences de la réponse cible à partir des données recueillies dans la ligne de base. Par ex: il sera révélateur de noter que tout le département se réunit autour de la patiente lorsqu'elle a une "crise d'épilepsie", que le personnel devient très nerveux lorsqu'elle parle de se jeter par la fenêtre, mais qu'elle ne provoque que peu d'attention lorsqu'elle tente de parler de ses problèmes personnels.

4) Déterminer les renforçateurs et les comportements à probabilité élevée. par ex: cette patiente aime fumer, parler, jouer aux cartes et essayer des produits de beauté.

5) Choisir un comportement cible, dans toute la série des comportements qui manifestent le problème du patient. Il est crucial que ce comportement choisi pour l'intervention soit **observable, mesurable** et relativement **facile à modifier**. Par ex: on s'attachera aux crises de colère et aux pseudo crises d'épilepsie, mais on ne touchera pas encore aux autres symptômes.

Il est important ici de ne pas se concentrer uniquement sur la punition ou l'extinction de certains comportements, mais aussi de chercher à renforcer certains autres comportements qui peuvent servir de

## le conditionnement opérant

réponses substitutives. Par ex: nous allons en même temps renforcer fortement la patiente par notre attitude accueillante et notre disponibilité lorsqu'elle cherchera à communiquer de façon adéquate sur ses problèmes personnels.

Il est également nécessaire de connaître autant que possible le sens symbolique des comportements cibles. Par ex: si la patiente manifeste par ses crises intempestives son désir d'embêter sa famille et de manifester confusément d'autres besoins, on cherchera à clarifier ces questions et à encourager d'autres canaux d'expression.

5) Construire un programme dans lequel les comportements cibles sont associés avec des attitudes bien claires de l'entourage. Il importe que le programme soit **graduel** (façonnement), **facile à comprendre, facile à appliquer, sans ambiguïtés**, et ne donne pas lieu à des confrontations stériles. De préférence, on ne commence pas avec une liste de douze comportements-cibles à modifier à la fois. Si le personnel ne parvient pas à s'entendre sur ce qui constitue une pseudo-crise convulsive, rayez-la de votre liste de cibles potentielles.

Assurez-vous que le programme soit appliqué avec consistance et constance par tous les membres de l'équipe et qu'en cas d'équivoque (il y en a toujours), une personne soit habilitée à trancher la question. Soyez souvent présent pour reviser le programme, maintenir le moral des troupes et pallier aux difficultés que vous n'aviez pas prévues (il y en a toujours aussi).

6) Si la chose est possible, établissez le programme avec le patient lui-même et utilisez ses suggestions; certains patients initialement rébarbatifs se prêteront à l'entreprise avec enthousiasme.

Une copie du programme doit être distribuée à tous les intervenants concernés ainsi qu'au patient et parfois à sa famille si on le juge utile. La signature des parties au bas du programme a souvent un effet positif sur la coopération du patient.

### **VI-- PRINCIPES GENERAUX:**

a) **INSTANTANEITE**: plus le renforçateur est rapproché de la réponse,

## le conditionnement opérant

meilleur est l'apprentissage; c'est pourquoi l'alcoolique, pourtant amplement puni à long terme de son alcoolisme, continue à chercher un soulagement pathologique à court terme.

b) CONSISTANCE: le manque de consistance est une arme à deux tranchants (voir les cédules à renforcement intermittent). En clinique, cependant, la manque de consistance est à peu près synonyme de manque d'apprentissage. et d'échec du programme.

c) BIENVUEILLANCE: ne pas confondre contrôle avec agression ou représailles. Attention au contre-transfert. En fait, un des avantages immenses des programmes opérants, c'est qu'il nous permettent de "punir" le patient, sans que nos propres émotions négatives soient stimulées. C'est le programme en quelque sorte qui punit le patient; le thérapeute, lui, peut demeurer imperturbablement empathique et bienveillant, puisque le programme prend soin des aspects disciplinaires du problème. Néanmoins, surtout lorsqu'on utilise un tel programme pour modifier un trouble du caractère, il est facile de se laisser aller à des émotions vengeresses en en dressant les contingences.

d) RENFORCEMENT POSITIF: Utilisez le renforcement positif ou l'extinction de préférence à la punition. Il y a pour cela d'excellentes raisons:

1) la punition peut comporter un effet pervers de renforcement en soi (masochisme).

2) le sujet puni tendra à s'éloigner du thérapeute.

3) le sujet puni pourra se modeler d'après ces méthodes (c'est pourquoi, entre autres, les enfants battus deviennent souvent des batteurs d'enfants).

4) le ressentiment et le désir de vaincre le thérapeute en faisant échouer le programme peuvent devenir chez un sujet puni une motivations plus forte que celle de se débarrasser de ses symptômes.

5) la punition peut simplement supprimer le symptôme sans qu'il y ait vraiment d'apprentissage; au moindre répit dans le système, le symptôme resurgira triomphalement; c'est le cas par exemple dans les prisons.

e) FEEDBACK: lorsqu'indiqué, le feedback donné au patient est un facteur thérapeutique important. On peut même établir une feuille de route

## le conditionnement opérant

quotidienne ou hebdomadaire sur laquelle les progrès du patient sont notés.

f) ATTITUDE CONSTRUCTIVE: pensez moins à faire disparaître des comportements qu'à les remplacer par d'autres plus gratifiants et plus adaptés.

g) LONG TERME: si possible, impliquez l'environnement extérieur (famille, amis) dans le traitement. Pensez au congé éventuel et à la poursuite à l'extérieur des apprentissages acquis.

h) LOI DU PREMIER PECHE MORTEL: ne construisez pas le programme de punitions de façon à ce que le patient s'enfoncé dans un déficit irréversible d'où il ne pourrait plus se tirer, ce qui détruit toute motivation pour continuer le traitement. Par exemple, si chaque incartade vaut à un garçonnet une amende de vingt-cinq sous sur son allocation hebdomadaire de un dollard, que ferez-vous après la quatrième gaffe? En d'autres termes, si le premier péché mortel nous vaut l'enfer, pourquoi se priver d'en faire d'autres!

i) EVITER LA VIOLENCE: ne jamais établir de règles qu'on ne pourrait imposer sans violence ou sans contestations trop vives. Ceci signifie de toujours chercher dans la mesure du possible à gagner l'accord du patient avant de commencer le traitement (ce n'est pas toujours possible) et, de toutes façons, ne jamais choisir de contingences qu'on n'a pas les moyens physiques de réaliser (par ex: mettre en isolement).

j) SYMBOLISME: ne pas perdre de vue le symbolisme des comportements cibles et construire le programme en conséquences. Si le symptôme comporte des aspects agressifs ou des besoins d'attention, par exemple, assurez-vous de faciliter leur expression par un canal plus approprié.

k) CONTROLE INTERNE: viser à promouvoir éventuellement le contrôle de l'intérieur plutôt que de l'extérieur. Importance d'en arriver à des renforçateurs intrinsèques (par ex: le sens moral, la satisfaction du devoir accompli, le sentiment de progresser vers un but librement choisi, etc...), car dans la vie réelle, les renforçateurs extrinsèques (la reconnaissance d'autrui, etc...) ne sont pas toujours consistants ou sont même parfois carrément absents (en d'autres mots: "il n'y a pas de justice!"; la vie est un

## le conditionnement opérant

programme de conditionnement opérant en partie mal administré!).

### VI - LES CEDULES DE RENFORCEMENT:

Une cédule de renforcement détermine le mode selon lequel les renforçateurs sont donnés; elle peut être construite en fonction de la quantité de temps écoulé entre les renforcements (**intervalles**) ou en fonction de la quantité de réponses émises entre les renforcements (**proportions**).

D'autre part, ces quantités peuvent être **fixes**, ce qui signifie que les renforçateurs sont émis à tous les x temps ou à toutes les x réponses, ou elles peuvent être **variables**, ce qui signifie que le renforçateur est émis de façon imprévisible pour le sujet (bien que, statistiquement, on puisse découvrir que le renforçateur est émis en moyenne à tous les x temps ou à toutes les x réponses).

Ce qui est intéressant, c'est que, selon le genre de cédule de renforcement qu'on choisit d'utiliser, on obtient un comportement du sujet tout à fait différent. Il existe quatre types classiques de cédules, illustrés dans la figure 1 et dont nous allons maintenant voir les caractéristiques.

#### 1) cédules à proportions fixes:

Les renforçateurs sont donnés à toutes les x réponses. C'est le cas du travail à la pièce en usine ou bien de la vente à commission; c'est aussi ce qui vous arrive (normalement...) lorsque vous déposez une pièce dans une machine à café. Cette cédule est caractérisée par:

- un taux élevé et stable de réponses
- un arrêt des réponses tout de suite après l'extinction
- une brève pause après chaque renforcement suivie d'une augmentation rapide des réponses jusqu'au prochain renforcement. Bref, cette cédule assure un travail soutenu et abondant.

#### 2) cédules à proportion variables:

Les renforçateurs sont donnés en moyenne à toutes les x réponses mais pour le sujet, ils paraissent distribués au hasard, ce qui lui permet

## le conditionnement opérant

d'espérer un renforçateur après chaque réponse, même après une longue série non renforcée. C'est le cas des jeux qu'on appelle "de hasard" (cartes, chevaux, loteries, machines à sous, etc...) mais aussi celui de la pêche au lancer léger. Les caractéristiques en sont:

- un taux très élevé et stable de réponses
- pas de pause après le renforcement (puisque un autre renforcement pourrait suivre immédiatement)
- une persistance très longue des comportements après l'extinction, puisqu'on ne sait pas qu'il y a extinction.

Cette cédule explique très bien pour un behavioriste le comportement du joueur compulsif. Elle explique aussi la redoutable persistance de l'enfant qui pleure au moment du coucher jusqu'à ce que ses parents, excédés, viennent lui tenir compagnie sans savoir qu'ils renforcent ainsi un comportement qui n'est pas près, pour leur malheur, de s'éteindre,

### 3) cédules à intervalles fixes:

Ici, le renforçateur est émis à tous les x jours, heures ou minutes, indépendamment des réponses. Le travail à salaire hebdomadaire en est un bon exemple et présente toutes les caractéristiques de ce genre de cédule. En effet:

- le taux de réponse est faible puisque le renforçateur n'en dépend pas. C'est là une des origines de la faible productivité du fonctionnarisme.
- il y a une pause après chaque renforcement avec retour graduel à la production qui s'accélère jusqu'au renforcement suivant; en effet, il y a beaucoup moins d'employés à l'hôpital le lundi que le vendredi de la paye!
- l'extinction est variable, selon les circonstances.

### 4) cédules à intervalles variables

C'est la cédule utilisée par un professeur qui pose des questions à ses étudiants à tous moments et déclenche un examen sans avertissements. Le comportement d'écoute et d'étude des étudiants est ainsi renforcé à intervalles variables, ce qui produit généralement un taux de réponse modéré mais extrêmement soutenu, avec une extinction très longue.

## VII- CONCLUSION

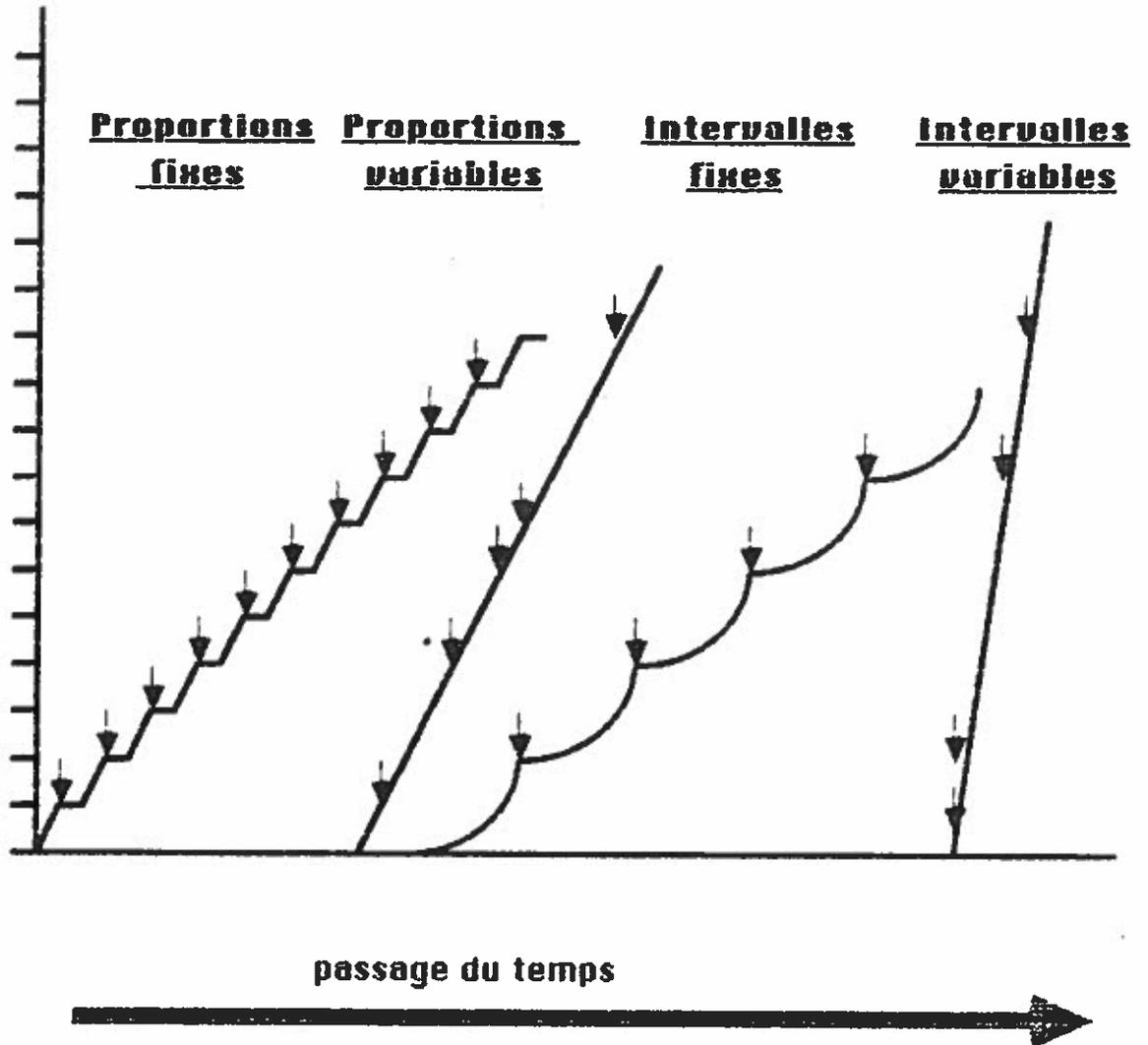
Au début des années 70, B.S. Skinner publiait un volume de philosophie et psychologie sociale intitulé "**Beyond Freedom and Dignity**" qui fut extrêmement critiqué. Il y soutenait que, tous les comportements qui découlent d'une volition ayant leurs renforçateurs évidents ou cachés, ce sont les comportements dont nous ne connaissons pas les renforçateurs que nous avons tendance à admirer, à considérer comme "libres" ou que nous trouvons "dignes". Faites en vous-mêmes l'expérience en identifiant autour de vous les comportements que vous jugez dignes ou admirables et interrogez-vous donc sur leurs renforçateurs profonds?

## VIII- BIBLIOGRAPHIE

Il n'existe pas à ma connaissance de bons exposés du conditionnement opérant dans les manuels de psychiatrie générale. Pour une idée globale de ces techniques, on pourra chercher le chapitre approprié dans des manuels spécialisés en thérapie behaviorale; mais pour découvrir des conseils pratiques sur l'approche de difficultés particulières, on lira quantité de cas cliniques rapportés brièvement et abondamment dans les revues spécialisées.

# CEDULES DE RENFORCEMENT

PERFORMANCES  
CUMULATIVES



Les flèches indiquent le moment, irrégulier ou régulier, où le renforcement est émis. Notez bien comment la façon dont le renforcement est distribué influence la forme de la courbe et donc la performance des sujets.

# L'APPRENTISSAGE SOCIAL

Louis Guérette m.d.  
Hopital Notre-Dame

## I- FONDEMENTS THEORIQUES:

### a) description du problème:

La vie sociale impose aux individus la nécessité de communiquer entre eux pour exprimer leurs besoins, et ceci de la manière la plus propre à amener la satisfaction de ces besoins. Or, certaines personnes, pour des raisons que nous discuterons plus loin, éprouvent des difficultés marquées à s'exprimer de façon efficace et les frustrations qui en découlent peuvent jouer un grand rôle dans l'éclosion et la perpétuation des problèmes émotifs. Par exemples:

- un étudiant est incapable de s'exprimer en public et finit par abandonner ses cours plutôt que de participer aux séminaires (phobie sociale..?) Que faites-vous?
- des jeunes gens, qui n'osent pas demander des rendez-vous sentimentaux ou en accepter, se plaignent de solitude et de sentiments dépressifs (dépression?..). Que faites-vous?
- une secrétaire, trop timorée pour s'opposer aux demandes déraisonnables de son patron, développe des migraines importantes (trouble psychosomatique..?). Que faites-vous?
- un couple est au bord de la séparation parce qu'ils ne peuvent négocier fructueusement leurs problèmes quotidiens (trouble conjugal...?). Que faites-vous?

Les situations que nous venons de décrire sont très fréquentes, en particulier, comme des études l'ont démontré, chez les patients psychiatriques de toutes sortes, et leurs conséquences sont doubles:

1- d'une part, l'individu non-assertif<sup>1</sup> est frustré dans ses besoins et ses aspirations; c'est la conséquence la plus apparente de ce problème et souvent la seule que les clients pourront percevoir.

---

<sup>1</sup>Pour l'usage qu'on en fait ici, les termes "*assertif*" et "*assertion*" sont des anglicismes. En français, "*assertion*" signifie "une proposition affirmative ou négative qui énonce une vérité de fait" et "*assertif*" qualifie tout ce qui "tient de l'assertion". En anglais, "*assertion*" a aussi le sens d'affirmation de soi et "*assertive*" qualifie l'individu qui s'affirme. L'usage qu'on fait ici de ces termes constitue donc un anglicisme que je me suis permis par manque de vocabulaire français qui rende exactement la nuance désirée.

2- d'autre part, et c'est là une conséquence beaucoup plus nocive et plus insidieuse que la précédente, les clients développeront intérieurement une image de soi dévalorisée, faible et dépressive, ce qui diminuera d'autant leur confiance en eux et la qualité de leurs performances sociales futures. Ce cercle vicieux pourra se perpétuer et se renforcer durant des années.

### **b) hypothèses étiologiques:**

Les hypothèses conventionnelles expliquent ces comportements maladaptés et inefficaces par la "timidité", le "manque de confiance en soi", un "complexe d'infériorité", une "mauvaise image de soi", un "complexe d'Oedipe mal résolu", etc... Les behavioristes, eux, soutiennent que:

- 1) ces comportements maladaptés sont appris
- 2) ces comportements peuvent être désappris
- 3) à leur place, l'individu peut apprendre à émettre des comportements plus efficaces.

Pour préciser cette position, trois hypothèses behaviorales ont été développées:

1) **Andrew Salter**, dans les années 40, s'appuyant sur les travaux expérimentaux de Pavlov et les concepts d'excitation et d'inhibition, identifiait le manque d'assertion à une inhibition cortico-émotive trop puissante et tentait de développer des réponses d'excitation chez ses patients. Quoique Salter ait été un psychothérapeute innovateur, productif et efficace, cette théorie n'est plus défendable aujourd'hui .

2) **Joseph Wolpe**, dans les années 60, reliait le manque d'assertion à l'anxiété et à l'inhibition réciproque, un peu comme s'il s'agissait d'une phobie développée par conditionnement classique. Il appuyait partiellement sa position sur les travaux du russe Simonov qui rapporte l'existence dans le mésencéphale de centres distincts pour la colère et l'anxiété, capables de s'inhiber réciproquement. Pour traiter une phobie, le thérapeute devait donc faire appel à l'inhibition des réponses anxieuses par la stimulation de réponses assertives; de même, pour traiter l'inhibition sociale, on pouvait en faire des hiérarchies qu'on associait à de la relaxation tout comme s'il s'agissait d'une phobie. Quoiqu'encore applicable parfois, cette théorie est offre moins de possibilités que celle de **Mc Fall** qui a cours aujourd'hui..

3) R.M. Mc Fall, dans les années 70, développe la thèse selon laquelle les comportements sociaux adaptés sont absents du répertoire du client parce qu'ils n'ont jamais été appris. Les comportements mésadaptés continuent, eux, à être émis parce qu'ils sont renforcés à court terme (par le soulagement de l'anxiété, par exemple). Il s'agirait donc ici d'appliquer un schème behaviorale de conditionnement opérant aux comportements sociaux dont on désire augmenter la fréquence. On voit donc ici comment Wolpe adoptait le point de vue du conditionnement classique alors que Mc Fall est influencé plutôt par Skinner et le conditionnement opérant. La thèse de Mc Fall est la plus acceptée aujourd'hui et ce sont ses développements pratiques que nous allons maintenant étudier.

On a vu dans des cours précédents que le conditionnement opérant peut être efficace pour modifier des comportements qui sont émis fréquemment par l'individu (manger, délirer, être agressif, etc...). Malheureusement, les comportements assertifs que l'on voudrait renforcer chez un patient timide sont précisément émis trop rarement pour qu'on puisse penser à les renforcer; d'autre part, il paraîtrait peu pertinent de punir les comportements non-assertifs qui, eux, sont plus fréquents mais risquent par contre d'être amplifiés et non réduits par la punition .

Le problème consiste donc, avant tout renforcement, à trouver une façon d'amener le sujet à émettre des comportements assertifs qu'on pourra ensuite renforcer. La solution à ce problème a été développée par les travaux du psychologue américain Albert Bandura qui a étudié le rôle de l'observation, de l'imitation et du modelage dans l'apprentissage.

Bandura soutient avec raison que si, dans la phylogénèse, les comportements de l'homo sapiens n'avaient été déterminés que par les lois des conditionnements classique et opérant dans leur acception la plus stricte, la race humaine serait probablement éteinte aujourd'hui; en d'autres termes, si chacun de nos lointains ancêtres avait dû subir personnellement la morsure du serpent pour apprendre à l'éviter, serions-nous ici aujourd'hui pour en parler? Heureusement, l'être humain comme beaucoup de mammifères, peut apprendre de façon vicariante, c'est à dire en observant les conséquences des comportements qui sont punis ou renforcés chez ses congénères.

De plus, chez l'humain du moins, les comportements, pour être appris, n'ont pas à être émis ni renforcés immédiatement par leurs conséquences (en fait, ils sont souvent appris bien avant que d'être émis dans la réalité); en effet, ils peuvent être renforcés par l'anticipation de leur conséquences positives ou négatives; par exemple, l'heure d'étude que j'ai faite aujourd'hui est susceptible d'être répétée parce que, même si elle n'a pas été agréable en soi, je suis capable de m'imaginer les conséquences positives qui en découleront dans un lointain (...?) futur et que la simple évocation de ces conséquences heureuses est en soi agréable. Si l'on réunit donc ces deux éléments (anticipation et apprentissage vicariant), on en arrive au coeur de la théorie de l'apprentissage social de Bandura qui pourrait être représentée ainsi:

Renforcement	➔	Attention	➔	Stimulus	➔	Encodage	➔	Réponse anticipée
				modèle		Cognition		
				(Imitation)		Répétition		

En résumé, l'apprentissage social consiste pour un individu à incorporer une réponse dans son répertoire 1) par pratique imitative et 2) parce qu'il anticipe, à long terme, une renforcement à cette réponse. Par ailleurs, lorsque cette réponse est renforcée dans l'immédiat par la réaction positive de l'entourage ou du thérapeute, il s'agit alors d'une simple application du conditionnement opérant. On verra plus loin comment les deux méthodes, opérante et sociale, vont se combiner dans la thérapie.

## II- INDICATIONS DU TRAITEMENT PAR APPRENTISSAGE SOCIAL:

Les indications les plus courantes sont les suivantes:

1) Soumission: Manque d'affirmation de soi dans les situations de conflits potentiels (par ex: le patient n'ose pas discuter les demandes déraisonnables d'un ami).

2) Inhibition: Absence d'habiletés sociales générales dans toutes les relations avec autrui (par ex: le patient est d'incapable d'adresser la parole à des étrangers ou des figures d'autorité)

3) **Agression**: Comportement trop agressif, même physiquement violent, dans les situations conflictuelles. On considère souvent, à tort, qu'il s'agit là d'un excès d'assertion alors que l'analyse plus poussée du problème révèle bien souvent que les patients qui sont les plus violents sont en réalité craintifs, incapables d'être à la fois calmes et fermes. Ils craignent fortement d'être incapables de se défendre devant autrui et en sont réduit à utiliser d'emblée et impulsivement des moyens démesurés.

4) **Inaptitude à la négociation**: En thérapie de couple, l'apprentissage social joue un rôle crucial dans le traitement des individus très déficitaires au niveau des habiletés de négociations et qui ne peuvent concevoir les relations intimes et quotidiennes qu'en termes de domination totale ou de soumission totale.

5) **Inhibition affective**: Incapacité de communiquer des sentiments chaleureux ou positifs. La capacité de parler de soi, de se révéler, d'aborder des sujets intimes, de "communiquer", de donner du "feed back" positif ou affectueux est aussi une question d'habileté sociale et, dans cette mesure, sera modifiable par l'apprentissage.

Notons tout de suite que des cinq indications qui précèdent, seules les deux premières sont généralement reconnues par la psychologie populaire comme indiquant une déficience au niveau de l'apprentissage social. Une perception plus complexe et plus exacte de l'apprentissage sociale enrichira considérablement l'efficacité du thérapeute.

Il n'y a donc finalement que très peu de patients, dans une population psychiatrique externe qui ne pourraient bénéficier d'une approche de ce type, ne serait-ce que brièvement. Qu'on pense aux schizoïdes, aux borderlines, aux anorexiques, aux névrotiques de toutes espèces, aux psychotiques en rémission, etc.. Un bon exercice consisterait ici à passer en revue tous les patients dont vous avez la charge et d'évaluer dans quelle mesure l'apprentissage pourrait leur être bénéfique.

### **III- TECHNIQUES DU TRAITEMENT:**

#### **I) Identifier le problème:**

Il demeure crucial de se rappeler que le patient consulte très rarement pour un déficit social mais très souvent pour les

conséquences de ce déficit, par exemple, dépression reliée à la solitude ou la mauvaise estime de soi, problèmes psychosomatiques reliés à la frustration chronique, problèmes sexuels, mésentente conjugale, etc... C'est la responsabilité du thérapeute que de savoir déchiffrer le déficit social dans le discours de son patient et d'en tirer les conséquences les plus appropriées pour la thérapie. Un article joint à ce cours illustre la présentation protéiforme du déficit d'habiletés sociales.

## **2) Convaincre le patient de cette lecture de son problème:**

Cette étape n'est pas toujours facile à traverser et pourtant elle est essentielle: vous ne pourrez jamais convaincre votre patient de participer vraiment à la thérapie s'il ne comprend pas ou s'il ne partage pas les postulats de base de votre intervention, d'autant plus que, les thérapies comportementales, beaucoup plus que les autres modèles thérapeutiques, s'appuient sur un effort quotidien fourni par le patient.

Les patients sont souvent inconscients de leur problème d'assertion dont ils ne ressentent les conséquences aversives que de façon insidieuse et à long terme; en effet, les épisodes d'inhibition sociale qu'ils vivent leur sont si désagréable qu'ils font tout leur possible pour ne jamais y être confrontés et, s'ils le sont, pour les oublier rapidement. C'est donc dire qu'il ne sera pas rare pour un thérapeute d'avoir à passer plusieurs sessions à clarifier cette question avec son patient, et même de lui faire faire un essai d'auto-observation pour qu'il puisse constater par lui-même ses difficultés de même que la détérioration de l'image de soi qu'elles entraînent. On peut aller jusqu'à dire qu'une partie essentielle de l'entraînement aux habiletés sociales consiste à rendre le patient plus conscient des situations où ces habiletés s'imposent. Mieux vaut passer plusieurs semaines à cette étape préparatoire que de s'engager prématurément dans une entreprise dont le bien-fondé n'apparaît pas évidente au patient et qu'il abandonnera prématurément.

## **3-Bien évaluer la problématique présentée:**

Il s'agit ici de déterminer avec précision où, quand et comment le patient émet des comportements non-assertifs, de façon à construire un plan d'intervention qui convienne à ses besoins. On peut avoir recours à l'observation ou au questionnaire.

**Questionnaires:** Le questionnaire peut être tout à fait informel et souvent peu susceptible d'amener des informations pertinentes pour les

raisons que nous avons exposées plus haut. Le thérapeute peut aussi, de façon plus structurée, proposer au patient plusieurs situations typiques d'assertion en lui demandant quelles seraient alors ses réactions. Par exemple: "Au restaurant, vous commandez un filet mignon et le serveur vous apporte une salade au poulet. Que faites-vous?". Le patient répondra souvent qu'il n'interviendra pas et il sera alors judicieux pour le thérapeute de faire évoquer par le patient les émotions et les pensées qui surgissent alors chez lui, mettant ainsi en évidence à la fois la problématique et la pertinence de la thérapie. Une série de situations standards d'assertion sont distribuées avec ce cours.

Enfin, il existe des échelles d'assertion validées pour la population québécoise (le Rathus, par exemple). Il s'agit d'une trentaine de questions simples auxquelles le patient répond et que le thérapeute cote ensuite selon une échelle pré-établie.

**Observations:** cette modalité d'évaluation est préférable car plus objective. Le thérapeute peut alors jouer des situations d'assertion avec le patient dans le bureau même, enrôlant au besoin dans l'expérience des collègues, étudiants ou secrétaires. On prendra soin alors de bien noter les déficits spécifiques du patient, en regard des grandes composantes du comportement assertif qui sont:

éléments composant le comportement	ASSERTIF	NON-ASSERTIF
<b>POSTURE</b>	droite, assurée, tête haute, épaules droites	craintive, tassée sur elle-même, affaisée, tête basse
<b>GESTES</b>	souples, appropriés, soulignant le discours,	limités, stéréotypés, défensifs, saccadés, rigides.
<b>REGARD</b>	direct mais vivant, expressif,	fuyant, au sol, implorant, fixe, hagard
<b>VOIX</b>	bien modulée, claire,	étouffée, geignarde, faible, tremblante, monocorde
<b>CONTENU VERBAL</b>	clair, ni trop long ni trop bref, sans équivoques	pauvre, obscur, tangentiel ou circonstanciel, implorant

On peut aussi faire du patient son propre observateur et initier un programme d'auto-observation conçu avec précision; cette technique, plus naturelle au patient que la première, comporte néanmoins l'inconvénient de ne pas révéler les variables décrites ci-haut. Il peut donc être très utile de combiner ces deux approches.

Lorsque l'évaluation est terminée, on doit alors savoir précisément quelles sont les situations les plus difficiles pour le patient et quels

sont ses comportements cognitifs, physiques et verbaux qui nécessitent le plus de modifications.

#### **4- Déterminer des objectifs raisonnables:**

Le choix d'objectifs appropriés est essentiel au succès de l'entreprise. On doit commencer par des objectifs simples, faciles à atteindre et qui donneront au patient un sentiment initial de succès. Une erreur fréquemment faite par un novice consiste à lancer prématurément le patient à l'assaut de son "persécuteur" le plus formidable, entraînant le plus souvent un échec retentissant et une baisse bien compréhensible de motivation. Pour les mêmes raisons, les variables non-verbales doivent être modifiées l'une après l'autre et non pas toutes ensemble. On utilise donc ici le processus de "**façonnement**" ("shaping") qui se caractérise par l'établissement d'objectifs **modestes et cumulatifs** et dont les behavioristes, comme on a pu maintes fois le constater, font un usage abondant.

#### **5)- Effectuer la modification proprement dite du comportement:**

Dans son essence, le traitement consiste à faire apprendre et pratiquer au patient, dans le bureau du thérapeute, de nouvelles habiletés sociales qu'il pratiquera ensuite dans sa vie quotidienne à mesure qu'il devient plus conscient des situations qui appellent ce type de réponse.. Pour ce faire, le thérapeute dispose d'un certain nombre d'outils qui maximisent l'apprentissage:

a) **le jeu de rôle** ("role playing") sur des situations standardisées ou des situations réelles, avec le thérapeute ou des assistants occasionnels, de façon schématique ou très élaborée. Il peut porter sur une simple phrase comme sur toute une conversation.

b) **le modelage** ("modelling") par le thérapeute des comportements à apprendre par le patient. Le thérapeute ne doit pas oublier les implications thérapeutiques de la distinction entre "master model" et "coping model" et ajuster sa performance en conséquence.

c) **la rétroaction** (feedback) du thérapeute au patient ou inversement sur la performance qui vient d'être effectuée. Le feedback du thérapeute a pour fonction d'**informer** le client sur sa performance et de **renforcer** les performances adéquates sur un mode

opérant. Ici comme ailleurs, le renforcement positif est privilégié par rapport à la punition (critique). Un bon feedback doit être assez précis et limité pour permettre le changement; il est aussi non punitif mais supportif et encourageant de façon à stimuler le patient à le mettre en pratique.

d) le façonnement ("shaping"), dont on a parlé plus haut, implique le choix de situations simples et faciles dont la maîtrise rapide par le client lui procurera une confiance en soi croissante. De façon générale, un patient devrait pouvoir affronter ses amis avant son patron, son conjoint avant ses beau-parents, un serveur de restaurant avant un policier et réclamer des informations avant d'exiger une augmentation de salaire!

e) la pratique "in vivo" de tâches graduées dans la vie quotidienne, choisies par le patient et le thérapeute et la discussion subséquentes des résultats obtenus. Le thérapeute, pour conseiller adéquatement le client sur le choix des situations appropriées, devra posséder une connaissance élaborée de son environnement et de ses activités.

f) l'auto-observation, dans la mesure où elle est précise et complète, permet de mieux analyser les situations déjà vécues, identifier de nouvelles situations pathologiques que le client n'aurait pas bien identifiées et choisir les zones d'intervention appropriées à son niveau de performance. Elle l'encourage aussi à évaluer sa performance, à mieux se prendre en charge et à se renforcer de façon continue. Voici un exemple de feuille d'auto-observation:

date et heure	situations	ce que j'ai fait	ce que j'aurais voulu faire

A chaque entrevue, le thérapeute se voit donc confronté à plusieurs tâches qu'il abordera dans l'ordre qui lui paraît le plus approprié:

- reviser et investiguer plus à fond les notes prises par le patient
- explorer plus en détail (sur les plans comportementaux, cognitifs, psychodynamiques, etc..) certaines situations
- pratiquer des situations choisies,
- planifier les objectifs de la semaine qui vient, etc...
- et ceci en plus, bien entendu, de toutes les autres approches thérapeutiques que son éclectisme personnel lui dicterait.

### **L'APPROCHE DE GROUPE:**

Comme on l'a sans doute déjà deviné, l'apprentissage social se prête particulièrement bien aux approches de groupe. Par exemple, R. Liberman (1975) conduit des groupes de 4 à 16 clients avec un ou deux thérapeutes et où la séquence est la suivante:

1) après discussion du groupe, jeux d'une situation problématique réelle d'un patient.

2) feedback du groupe sur la performance et renforcements.

3) reprise de la scène par un modèle.

4) reprise de la scène par le patient concerné

5) feedback puis répétition des étapes 3, 4 et 5 autant que nécessaire avec renforcement verbal approprié.

6) discussion et établissement par le groupe d'une tâche que le sujet devra accomplir dans les jours qui suivent. Répétition des étapes 1 à 6 pour d'autres membres du groupe dans la mesure où le temps le permet.

7) retour à la session suivante sur les tâches effectuées: feedback sur la tâche et renforcement; établissement de nouveaux objectifs.

### **IV- CRITIQUE DE L'APPRENTISSAGE SOCIAL**

Les procédures que vous venez de voir exposées ont été souvent critiquées, surtout au début, par les thérapeutes traditionnels. Nous avons résumé ici les principales critiques ainsi que la réponse que le behaviorisme y apporte.

**CRITIQUE:** Il n'y a pas vraiment là de thérapie, mais plutôt création d'une facade superficielle qui ne vise tout au plus qu'au conformisme social.

**REPONSE:** Il est vrai que les conduites pratiquées peuvent sembler artificielles au début et dictées par des critères généralement acceptés de comportement, mais au fur et à mesure que l'individu peut les utiliser, il se sent de plus en plus capable de les modifier selon sa propre personnalité et ses désirs. De toutes façons, le thérapeute se doit de toujours viser à faire émerger les véritables souhaits de son client et de lui apprendre à les moduler adéquatement.

**CRITIQUE:** Si le problème social est déterminé par un conflit plus profond, la thérapie ne vise pas à régler ce conflit mais plutôt à le réprimer.

**REPONSE:** En supposant qu'il y ait vraiment un conflit plus profond, (ce qui n'est pas toujours vérifié ni vérifiable), il n'y a pas de mal à le réprimer si celui-ci ne réémerge pas par la suite de façon pathologique<sup>1</sup>. De plus, un conflit intérieur enraciné dans des événements très lointains, (par ex. un problème d'inhibition face à l'autorité causé par des difficultés avec les parents dans l'enfance), peut très bien être corrigé par des expériences positives dans la vie présente (par exemple le développement par l'assertion d'une meilleure image de soi), sans que le patient ne doive reprendre consciemment toute la problématique avec ses parents. Savoir si la conscience est essentielle au changement et à la croissance est une problématique que nous avons déjà abordé à maintes reprises dans ce cours et notamment à propos de l'approche éricksonnienne.

**CRITIQUE:** Il n'y a pas vraiment d'apprentissage. Le patient ne change que pour obtenir l'amour de son thérapeute.

**REPONSE:** D'abord, le désir d'être aimé par les parents est un facteur puissant d'apprentissage chez les enfants (conditionnement opérant). Mais ceci ne rend pas les enfants névrotiques pour autant car dès que la sécurité émotionnelle leur est acquise, ils se développent de façon de plus en plus autonome. De même, les patients désireux d'être aimés de leur thérapeute peuvent très bien être amenés, par ce désir, à faire des expériences de croissance qui les conduiront à devenir graduellement indépendant de l'amour du thérapeute; c'est en fait ce qui se produit la plupart du temps.

Par ailleurs, tous les patients désirent normalement jouir de l'amour ou tout au moins de l'estime de leur thérapeute. Mais ce facteur n'est pas toujours suffisant en soi pour les inciter à changer de comportement et il est préférable de savoir également leur enseigner clairement comment le faire.

---

<sup>1</sup>N'oublions pas que le behaviorisme ne souscrit pas à la théorie discutée selon laquelle tous les comportements maladaptés sont nécessairement l'expression d'un conflit sous-jacent.

**VI- BIBLIOGRAPHIE:**

BANDURA, Albert (1969): *Principles of Behavior Modification*, Holt, Rinehart and Winston.

LIBERMAN, R.P. (1975): *Personnal Effectiveness*, Research Press.

SMITH, M.J. (1975): *When I Say No, I Feel Guilty*, Bantam Book

WOLPE, J. (1969): *The Practice of Behavior Therapy*, Pergamon Press

# DIFFICULTÉS CLINIQUES

## PROPRES AU MODELE

### BEHAVIORAL

Louis Guérette, m.d.  
Département de psychiatrie  
Hopital Notre Dame

#### INTRODUCTION:

Les commentaires que je vais exprimer ici sur les difficultés propres à l'approche behaviorale doivent être jugées avec un certain relativisme parce que:

a) Il y a déjà longtemps que j'ai laissé le travail exclusivement behavioral. Limitations possibles de mes connaissances quant aux développements récents.

b) J'ai une position résolument éclectique qui se soucie peu de défendre un modèle plutôt qu'un autre; j'ai donc tendance à chercher certaines solutions hors du champ de l'apprentissage au sens étroit du terme.

Néanmoins, il me reste de ma "période" behaviorale:

- une tendance à faire des analyses fonctionnelles
- une tendance à me centrer plutôt sur le comportement observable que sur des idées théoriques
- une tendance à opérationnaliser mes concepts
- une tendance à vouloir rechercher activement des résultats et à vouloir les mesurer à court terme.
- une tendance à vouloir faire "apprendre" de nouvelles réponses à mes clients.

Je me considère donc finalement comme encore assez proche du courant behavioral.

Je vais donc me centrer ici sur quatre types de problèmes qui sont susceptibles à mon avis de faire échec à une approche

behaviorale stricte précisément parce qu'elle est behaviorale (plutôt que biologique, herméneutique ou relationnelle, par exemple); ceci dit, je suis bien conscient que bien des behavioristes sont plus éclectiques que l'étroitesse des modèles théoriques pourrait le laisser croire et font face avec succès à ces obstacles.

## I- ETATS BIOLOGIQUES

La théorie behaviorale est holistique et totalitaire tout aussi bien que la théorie psychanalytique ou la théorie existentielle: à la limite, tous les comportements sont appris à quelques rares exceptions.

Il y a beaucoup plus de phénomènes cliniques d'origine biologiques que l'on croit généralement et la liste s'allonge de jour en jour. Ceci ne signifie évidemment pas que l'on ne peut agir sur eux par des moyens behavioraux mais bien entendu la contrainte biologique pèsera alors plus lourdement que dans d'autres situations purement apprises. Quels résultats est-il alors raisonnable d'attendre et au prix de quels efforts, voilà toute la question.

### 1) Exemples:

a) les dépressions endogènes, surtout dans leurs formes inusitées. Ex: patient dont l'auto-dépréciation délirante l'amène à s'accuser de simuler la dépression pour manipuler l'entourage, apparition récente de phobies sociales, patients qui deviennent non assertifs lorsque déprimé et produisent une multitude de verbalisations irrationnelles, etc...

b) certains états d'angoisse qui représentent en fait des états dépressifs endogènes atypiques. Ces cas peuvent parfois se présenter comme des problèmes de toxicomanie aux tranquillisants mineurs. (Ex: Lachapelle). Autres cas d'angoisse: hyperthyroïdie, syndrome de Cushing ou d'Addison, prolapsus de la valve mitrale.

c) quelques rares cas de pathologie cérébrale sévère. (Ex: résident en chirurgie avec méningiome, référé pour relaxation).

d) obsessions-compulsions (Quel traitement est le plus profitable et le plus économique?)

e) anorexie - boulimie (comme ci-haut)

f) syndrome de Gilles de la Tourette. Voir les attaques de Shapiro contre les approches behaviorales de ce syndrome dans les années 1975.

g) hyperactivité (parfois chez l'adulte) Médication?

h) épilepsie temporale causant de la dépersonnalisation ou de vagues états anxieux ou dépressifs en phase prodromale. (Ex: Micheline Ouellet).

## 2) Intervention:

Elle portera principalement ici sur l'établissement d'un diagnostic assez précis pour justifier une investigation par un autre professionnel.

a) Diagnostic: Il faut avoir la puce à l'oreille

- si la présentation correspond à quelques grandes catégories bien connues décrites ci-haut
- si présence d'histoire familiale
- si symptômes très incompatibles avec le comportement ou la psychologie habituels du client.
- si apparition sans facteurs déclenchants évidents.
- si persistance du problème malgré l'apparente bonne volonté du patient de changer.

b) Traitement: référer à un médecin; médication sans plus d'hésitation; toute la question portera alors sur l'indication de faire un traitement behavioral en parallèle. A discuter cas par cas; la littérature est peu convaincante à ce sujet.

## II- ANALYSE FONCTIONNELLE IMPOSSIBLE:

Le behavioriste postule en général que son client sait d'entrée de jeu ce qu'il désire retirer d'une thérapie et peut exprimer ce désir clairement. Voilà un postulat que rien ne justifie car bien que les problèmes de phobie, d'obsessions ou de migraines soient généralement d'une analyse facile et nette, il n'en est pas de

même de la majorité des problèmes présentés par les patients en consultation générale.

### 1) Exemples:

- Aucune consistance dans les circonstances d'apparition des problèmes rapportés (par exemple, douleur "psychosomatique" inexplicable).

- Qualité massive, insistante, urgente des symptômes, avec réaction furieuse du client à toute tentative de comprendre plutôt que de soulager instantanément. Il s'agit ici de problèmes de dépression, de rage ou d'anxiété qui caractérisent les patients qualifiés de "borderline" dans d'autres modèles.

- Plaintes floues, vagues, de type existentiel avec une insatisfaction globale et constante sans plus de précisions (parfois caractéristique des structures caractérielles dites "narcissiques").

- Le client exprime en brève succession des sentiments positifs puis négatifs envers le même stimulus.

### 2) Intervention:

Soulignons d'emblée qu'il faut être prêt à attendre assez longtemps et pousser l'exploration par toutes les méthodes possibles. Parmi celles-ci:

- une approche relationnelle (Rogers ou autre) peut parfois permettre au client de produire finalement toutes les données nécessaires à une compréhension adéquate.

- des techniques d'amplification empruntées à la gestalt peuvent souvent aider à clarifier ce qui paraît de prime abord obscur. Exemple:

- lorsque les symptômes semblent contradictoires, il faut se rappeler que d'autres écoles ont su comprendre que l'aversion envers un stimulus ne devait pas toujours être prise au pied de la lettre et qu'elle s'adresse parfois non pas au stimulus lui-même, mais plutôt aux conséquences qui s'en suivraient si le client s'abandonnait à la séduction que le stimulus exerce sur lui. Exemples: la répulsion envers la sexualité, certains éléments phobiques, etc...

- de façon générale les théories de Kohut sur l'organisation narcissique et de Kernberg sur la personnalité "borderline" nous fournissent des outils d'intervention que les théories behaviorales pourraient probablement arriver à construire, mais avec beaucoup plus de lourdeur.

Cette dernière considération pose la

problématique générale de la place de l'herméneutique dans le champ des thérapies, qu'elles soient biologiques ou psychologiques, "scientifiques" ou "existentielles".

### III- MOTIVATION INSUFFISANTE:

Le behavioriste postule en général que son client est vraiment motivé dès le départ pour changer son comportement et la théorie, bien que très marquée par l'idée de "motivation", laisse peu de place à la possibilité que la motivation du patient puisse se révéler tout à fait vacillante. Les théories psychanalytiques, par contre, sont presque entièrement basées sur cette idée de motivation défaillante (inconscient, résistances, mécanismes de défense etc...).

1) Description: Tableau bien connu: le patient sabote le "record keeping", ne fait aucun des exercices thérapeutiques prescrits, manque les rendez-vous, ce qui ne l'empêche pourtant pas parfois de se plaindre amèrement de l'absence de résultats. Il existe des formes plus subtiles où le patient se confond en excuses et en admiration pur le thérapeute mais ne s'améliore pas plus pour autant.

#### 2) Exemples classiques:

- alcoolisme: un test facile et infaillible: l'antabuse.
- obésité:
- troubles conjugaux: plus intéressés à se venger, à se montrer victime, etc...

Explication: La motivation n'est pas de travailler au changement. Quelle est-elle?

- se donner bonne conscience
- guérir sans effort
- démontrer son état de victime (couple)
- exercer une vengeance sur l'entourage (couple)
- se faire écouter

De façon générale, les gains secondaires sont trop importants pour être abandonnés.

#### 3) Intervention:

- diagnostic précoce; y penser dans tous les cas qui trainent, surtout dans les cas de problèmes appétitifs.
- chercher les gains secondaires ignorés jusque là et

intervenir sur eux si la chose est possible. Exemple: obèse qui craint la vie sociale et sexuelle et se sert de son obésité comme bouclier.

- clarification sans culpabilisation, c'est à dire en donnant la chance de l'admettre sans perdre la face.

- mise en évidence du problème de façon absolument claire et non réfutable par le patient (antabuse, prise de notes)

- accent systématique mis sur les conséquences négatives du comportement (par exemple arrestation d'un kleptomane)

- intervention cognitive sur le sens de souffrir ou de faire un effort (c.f. Albert Ellis)

- intervention paradoxale (Ex: Milton Erickson)

- laisser le patient se pendre avec sa propre corde.

- en dernier recours, cesser la thérapie, mais de façon non culpabilisante. Il reste une chance que le client revienne plus tard mieux motivé. Même si "the pigeon is always right", le thérapeute a aussi ses limites.

#### V- LE PROBLEME DU "WORKING THROUGH" INTERMINABLE:

Le behavioriste postule qu'un fois les procédures d'apprentissage appliquées comme il se doit au comportement observable du client, l'amélioration de celui-ci devrait s'en suivre. Or, parfois non...

a) Position du problème: l'analyse fonctionnelle du comportement semble raisonnablement bien faite, le patient semble suffisamment motivé et accomplit ses tâches thérapeutiques comme il se doit, mais l'amélioration est nulle ou médiocre; de plus, les facteurs biologiques ont été éliminés de même que les gains secondaires.

#### b) Etiologie et traitement:

- Bandura a déjà produit une analyse intéressante de ce phénomène pour en arriver à développer le concept de "**self-efficacy**": le patient a parfaitement foi en la validité du traitement mais absolument aucune confiance en sa propre capacité d'en tirer des bénéfices. Il s'agit d'un problème universel en psychothérapie: peu importe le nombre de fois que le patient applique les consignes et obtient des succès, le facteur crucial de la guérison demeure le sentiment intime qu'il arrive à développer de

sa propre capacité à surmonter les difficultés. Bandura prescrivait essentiellement un effort thérapeutique quantitativement (mais non qualitativement) plus grand. Par la suite, des doses accrues de "mega behavior therapy" ont été recommandées, avec certains succès.

- Par ailleurs, si l'exploration des fantasmes du patient sur ce qui le terrifie dans une situation particulière n'est pas poussée à fond, d'une part toute exposition à une situation qui n'évoque que superficiellement cette situation risque d'être inefficace et d'autre part, les tentatives de désensibilisation auront peu de chances de toucher ces éléments. Le fait que ces fantasmes soient aversifs explique précisément pourquoi ils ne sont pas facilement accessibles à la conscience, un phénomène qui ne contredit en rien les postulats behavioraux. Exemple.

Patiente (d'un air un peu détaché mais tendu):

"J'ai peur de paniquer sur l'autoroute"

Thérapeute (gentiment mais avec insistance):

"Qu'est ce que vous voulez-dire "paniquer"

Patiente (un peu agacée):

"Perdre la tête, je sais pas moi..."

Thérapeute:

"Et qu'est-ce que vous feriez si vous perdiez la tête?"

Patiente (après bien des hésitations et avec difficulté):

" Je me déshabillerais et je crierais... (ou bien) je me frapperais la tête sur mon auto jusqu'à ce que je me fracture le crâne..."

Thérapeute: "Pouvez bien visualiser cette scène dans tous ses détails" etc...etc....

- Un peu dans le même ordre d'idée, si un raisonnement paraît irrationnel au thérapeute qui s'empresse d'en faire la dénonciation au client, il se peut fort bien que ce dernier s'empresse d'acquiescer aux propos du thérapeute, alors qu'en réalité il n'est aucunement convaincu et que ses angoisses demeurent inchangées malgré une restructuration cognitive apparemment sans erreurs. En voici un exemple (grossier, je l'avoue):

Patient:

"J'ai peur de devenir fou"

Thérapeute:

"Hmm...Croyez-vous que ce soit rationnel?"

Patient(avec emphase):

"Evidemment non!!"

Thérapeute (trionphalement):

"Vous voyez bien!"

- Enfin, toutes choses semblant égales, les gens varient dans leur vitesse d'apprentissage et cette contrainte doit être prise en considération dans l'appréciation des résultats d'un traitement. Voilà un autre sujet important qui a bénéficié de bien peu d'attention dans la littérature.

#### CONCLUSION:

Le modèle behaviorale dans sa pureté comporte des limitations épistémologiques qui ne doivent pas nécessairement contrecarrer le thérapeute dans son action. Au fond, l'analyse peut être souvent poussée plus loin qu'on ne le fait d'habitude si on se permet d'être inspiré par d'autres modèles, quitte par la suite à faire une traduction qui ne sera pas toujours maladroite ni grossière. En un mot, l'entreprise héroïque de Dollard et Miller dans les années cinquante était peut-être prématurée et il est sans doute préférable pour le développement ultérieur de la thérapie comportementale qu'elle n'ait jamais vraiment "décollé" mais elle garde tout de même une valeur exemplaire pour le thérapeute contemporain.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>John Dollard et Nell Miller: *Personnalité and Psychothérapie* McGraw Hill Paperbacks 1950

LES  
THERAPIES  
COGNITIVES

**Louis Guérette m.d.**

**Hopital Notre Dame**



## **INTRODUCTION**

Les thérapies d'apprentissage cognitif sont basées sur une conception particulière qui consiste à considérer les processus cognitifs comme des **comportements appris** à la fois dans leur forme et dans leur contenu. Dans la mesure où l'on convient de considérer un type de cognition particulière comme une **réponse** à modifier (en l'augmentant ou en la diminuant), on aura le choix entre un certain nombre de techniques exposées ici:

- Auto-observation
- Auto- instruction
- Restructuration cognitive
- Entraînement à la solution de problèmes
- Entraînement aux habiletés de contrôle
- Arrêt de la pensée
- Application des théories de l'attribution

L'approche cognitive est donc loin de se limiter aux théories de Beck comme on le croit généralement et comporte de multiples points de vue dont nous allons maintenant étudier l'application en psychothérapie.

# **L'AUTO-OBSERVATION**

Louis Guérette m.d.  
Hopital Notre-Dame

Cette technique consiste à demander au client de noter la fréquence et certains facteurs caractéristiques entourant l'apparition, entre les sessions de thérapie, du symptôme-cible ou de tout comportement dont le thérapeute et le client désirent voir augmenter ou diminuer la fréquence ou simplement mieux comprendre les composantes. On classe cette technique dans les thérapies d'apprentissage de type cognitif puisqu'elle vise à faire apprendre au client, par la répétition et la discrimination, certains comportements cognitifs qu'on estime bénéfiques.

## **1- INDICATIONS DE L'AUTO-OBSERVATION:**

1) Pour pousser l'investigation d'un symptôme-cible ou de ses facteurs émotionnels ou environnementaux. (Par ex: le patient se plaint d'anxiété occasionnelle et ne peut préciser plus, mais l'auto-observation révèle que les symptômes ne se produisent que les jours où il visite son ex-épouse).

2) Pour s'assurer de la motivation d'un client qui ne semble pas très motivé à travailler sur lui-même ni durant ni entre les sessions. S'il refuse ou bâcle son auto-observation, vous pourrez remettre sérieusement en question sa présence en thérapie, puisqu'il s'agit là d'une tâche extrêmement simple et facile que seule la mauvaise volonté peut compromettre.

3) Pour augmenter l'implication du client dans sa thérapie en en faisant une affaire de 24 heures par jour.

4) Pour augmenter la discrimination et l'insight du patient qui, en notant et en revisant ses observations ne peut que percevoir plus clairement certains déterminants de son comportement, et ce de façon répétée.

5) Pour établir une ligne de base avant de commencer un traitement, ou bien, par la suite, pour vérifier l'évolution du traitement de façon indépendante du rapport subjectif du patient. (Par ex: après six mois de thérapie intensive, ce patient intéressant et enthousiaste présente toujours une moyenne de quatre migraines par semaine comme au début...!). Lorsque l'évolution est positive, on peut aussi se servir de ces données pour donner du feedback au patient et le maintenir dans ses bonnes dispositions; il est parfois révélateur de constater que certains patients qui se sont améliorés de façon substantielle sur le plan factuel, continuent néanmoins à se lamenter avec la même frénésie qu'au début du traitement.

6) Pour bloquer l'émergence d'un comportement pathologique en demandant au patient de l'enregistrer avant de s'y livrer (Par ex: rituels obsessionnels, crises de boulimie, dispute conjugale, crise de colère contre un enfant, alcoolisme, etc...).

7) Pour provoquer un effet thérapeutique en soi. Cet effet se produit souvent au début, mais il faut noter qu'il ne se maintiendra probablement pas (effet dit "lune de miel") si l'auto-observation n'est pas, à brève échéance, combinée à d'autres méthodes thérapeutiques.

8) Pour développer la relation avec soi-même. Certains patients sont passés d'eux-même de l'auto-observation à la tenue d'un journal quotidien autonome et indépendant de la thérapie.

9) Pour clarifier le but de la thérapie lorsque celui-ci n'est pas très clair; (par ex. le patient ne se plaint que de vagues sentiments d'insatisfaction).

## **2- CONTENU DE L'AUTO-OBSERVATION:**

Les objets de notre étude se révéleront aussi multiples que les indications de la procédure et peuvent être notés de façon continue (par ex. toutes les crises d'angoisse) ou périodique (par ex. la tension artérielle à toutes les six heures). On pourra ainsi vouloir noter:

a) le symptôme-cible qui justifie la consultation (pensées négatives, envie de boire, migraines, épisodes de panique, crises de colère, etc...)

b) les comportements positifs que le patient, dans le cadre du plan de traitement, a réussi à émettre (comportement assertif, exposition à l'objet phobique, sensation de bien-être, etc...)

c) les émotions qui précèdent ou suivent le symptôme-cible et peuvent ainsi le déterminer (par ex. anxiété avant la prise d'alcool, colère avant la migraine, honte après abus alimentaires, etc...)

d) la réaction de soi-même ou de l'entourage au symptôme-cible (pour évaluer le rôle des renforçateurs)

e) l'intensité du phénomène observé (par ex. sur une échelle de un à dix ), pour mieux en suivre l'évolution

f) la réponse alternative qu'on aurait voulu substituer au symptôme-cible et pourquoi on n'a pu le faire (par ex. s'affirmer au lieu de se taire).

## **3- QUELQUES REGLES PRATIQUES A SUIVRE:**

Avant de commencer, très bien expliquer au patient le sens et l'importance de l'auto-observation. Si le patient comprend mal ou n'est pas convaincu, il est à peu près certain qu'il ne fera rien.

Très bien spécifier, de façon opérationnelle, le type de comportements ou d'informations recherché. Si on enregistre une intensité, bien décrire, par des exemples tirés de la vie du patient, à quoi correspondra chaque cote.

Toujours commencer par un système simple, clair et facile à appliquer. Un ou deux types d'information seulement, au maximum, au début car autrement le patient deviendra vite mélangé et abandonnera l'entreprise

Au besoin, fournir un modèles d'enregistrement au patient au début et, si nécessaire, par la suite.

Il peut être utile de jouer une scène de prise de notes avec le patient dans le bureau avant de commencer.

Il n'est pas nécessaire de continuer cette procédure tout au long de la thérapie; une fois que l'auto-observation a rempli le but qu'on lui fixait on peut suspendre la procédure pour la reprendre quand on le désire et s'il y a lieu.

Enfin, ne jamais oublier de reviser et analyser le contenu de l'auto-observation à chaque session, devant le patient. Comment voulez-vous qu'il accorde de l'importance à l'entreprise si votre indifférence apparente peut lui faire croire que vous vous en souciez peu vous même?



# L'AUTO -INSTRUCTION

Louis Guérette m.d.  
Hôpital Notre-Dame

**"The world is such and such or so and so only because we tell ourselves that that is the way it is...You talk to yourself. You're not unique at that. We carry on internal talk... I'll tell you what we talk to ourselves about. We talk about our world. In fact, we maintain our world with our internal talk" (Carlos Castaneda, "A Separate Reality", pages 218-219).**

L'utilisation du langage intérieur pour modifier le comportement humain n'est pas nouvelle. Qu'on pense à la méthode Coué ("chaque jour je vais de mieux en mieux!"), à Norman Vincent Peale ("The Power of Positive Thinking"), à Dale Carnegie, à tous les manuels de psychologie populaire qui mettent un accent très important sur la "pensée positive" et le discours intérieur utile ou néfaste que les individus se tiennent dans toutes sortes de situations problématiques. Les professionnels ont tendance à manifester un certain mépris pour ces formes de thérapies auto-administrées qui, bien que présentées dans un langage simpliste et appuyée sur des théories souvent fumeuses, sont pourtant étonnamment efficaces, promotrices d'autonomie et étayée par des observations scientifiques sérieuses.

Par exemple, les travaux des célèbres psychologues russes Luria (1961) et Vygotsky (1962) ont démontré l'existence de trois stages bien distincts dans l'internalisation du contrôle du comportement chez l'enfant:

- (parent)
- 1- instructions verbales de la part d'un agent extérieur
  - 2- instructions verbales audibles de l'enfant à lui-même
  - 3- instructions non-verbales de l'enfant à lui-même.

Luria a ensuite démontré un manque de contrôle des tâches verbales chez les enfants hyperkinétiques.

C'est David Meichenbaum, un psychologue de l'université de Waterloo (Ontario), qui a fait le plus de recherches sur l'influence du langage que l'on se tient à soi-même sur les émotions ou les comportements subséquents. Considérant les observations de Luria rapportées plus haut, Meichenbaum a tenté par exemple de traiter des enfants trop impulsifs en leur faisant pratiquer la séquence d'exercices qui suit:

- 1- un modèle adulte exécute une tâche (par exemple la construction d'une maison modèle) en se décrivant à lui-même et à haute voix chaque étape de l'opération.
- 2- l'enfant exécute la même tâche sous la direction verbale du modèle adulte.
- 3- l'enfant répète la tâche en se guidant lui-même à haute voix
- 4- l'enfant répète comme en 3, mais à voix basse
- 5- l'enfant répète comme en 3, mais en pensée seulement.

Ces études bien contrôlées ont démontré l'efficacité de la modification par apprentissage (répétition, modelage et façonnement) des discours internes dans l'intervention clinique sur des enfants hyperactifs. Par la suite Meichenbaum et ses étudiants continuèrent ces travaux chez des populations cliniques plus courantes, par exemple:

- chez des schizophrènes, dans le but de les entraîner à cesser leur verbalisations délirantes et améliorer leur niveau de cohérence avec autrui.

- chez des étudiants paralysés par l'anxiété la veille des examens.

- chez des artistes désireux d'augmenter leur créativité.

- chez des phobiques

- chez des clients incapables de s'exprimer en public (phobie sociale). Dans ce cas, l'intervention comportait trois étapes:

1) reconnaître le rôle anxiogénique des monologues

intérieurs avant les performances.

2) discriminer et éliminer ces verbalisations

3) remplacer ces dernières par des verbalisations

plus positives.

### **PROCEDURES A SUIVRE**

La procédure généralement suivie lors du traitement par auto-instruction doit respecter autant que possible les étapes suivantes:

#### **1) FOURNIR UN RATIONNEL PLAUSIBLE:**

Il est d'abord essentiel de convaincre le patient de l'influence déterminante des discours intérieurs sur les émotions et les performances des individus. Si le patient comprend mal cette étape, il est probable que le thérapeute ne pourra guère aller plus loin. Durant cette phase, le thérapeute ayant déjà fait une certaine analyse du problème présenté, pourra illustrer son propos par des exemples tirés de la vie même du patient et si ce dernier se montre dubitatif, démontrer son point en s'appuyant sur une procédure d'auto-observation

Par exemple, le thérapeute prend bien le temps de faire comprendre à une obèse comment les discours qu'elle se tient durant un abus alimentaire perpétuent celui-ci et anéantissent sa détermination de régler son problème.

## **2) IDENTIFIER LES DISCOURS NEGATIFS:**

Le patient, une fois convaincu de la pertinence de l'entreprise, doit d'abord apprendre à identifier plus clairement ses propres discours négatifs avant de penser à les modifier. La procédure d'auto observation pourra être encore fort utile à ce stade.

Par exemple, un phobique remarquera qu'en situation d'angoisse sa pensée est uniquement occupée par les catastrophes qui peuvent survenir.

## **3) DEVELOPPER LES DISCOURS POSITIFS:**

Une fois les discours pathogènes identifiés, on cherchera ensuite avec le patient si d'autres modes de pensée pourraient se révéler plus profitables.

Par exemple, un phobique pourra réaliser qu'au lieu d'imaginer des catastrophes souvent irréalistes, il bénéficierait plutôt de se remémorer les stratégies apprises pour faire face à la situation, évoquer toutes les situations similaires qu'il a déjà surmontées avec succès, réévaluer avec plus de réalisme les dangers réels, etc...

## **4) APPLIQUER PROGRESSIVEMENT:**

Il n'y a plus qu'à appliquer le modèle dans la réalité, en se rappelant que les premiers essais ne seront probablement pas parfaits. Toutes les formules mnémotechniques pourront être employées, y compris un texte plus ou moins extensif qui résume les instructions appropriées et que le patient peut garder sur lui.

Par exemple, un phobique garde dans son portefeuille une liste de ses stratégies antiphobiques, tandis qu'un patient colérique relit trois fois par jour les stratégies qu'il s'est données pour faire face de façon assertive et mesurées à la provocation. Un autre patient pourra passer en revue ses stratégies cognitives

immédiatement avant chaque situation difficile appréhendée telle que parler en public ou rencontrer une figure d'autorité. Parfois, de brefs jeux de rôles avec le thérapeute pourront contribuer à ancrer la procédure dans la mémoire du patient. Cette étape ressemble par certains aspects à ce qu'on nomme dans d'autres écoles le "working through" (perlaboration) et on gagnera à connaître et faire connaître au patient les étapes de ce processus universel de changement. L'article de Werner Mendel "**Interpretation and Working Through**" publié dans l'*American Journal of Psychotherapy* (Juillet 1975) constitue une excellente description de ce processus.

On verra dans le cours des applications plus détaillées de la technique et on étudiera des programmes d'auto-instruction spécifiques à certains problèmes.

L'auto-instruction est une procédure pratiquement universelle en psychothérapie, que l'on soit ou non dans un cadre cognitif ou behavioral. Tous les patients qui changent y font appel, avec ou sans l'aide de leur thérapeute. Dans ces conditions, il est certainement souhaitable qu'un thérapeute puisse en faire un usage rationnel compétent et systématique plutôt qu'improvisé ou même plus ou moins conscient.

On remarquera comment les techniques de thérapie qui seront maintenant présentées font aussi appel partiellement à l'auto-instruction.

# LA

## RESTRUCTURATION

### COGNITIVE

Louis Guérette m.d.  
Hopital Notre-Dame

**"Les hommes sont perturbés non pas par les évènements, mais par la vision qu'ils en prennent"**  
(Epictète, 60 A.D.)

Cette compréhension particulière des problèmes humains, bien qu'elle soit vieille comme le monde comme en fait foi la citation qui précède (et d'ailleurs tous les écrits des penseurs stoïques de l'Antiquité, en particulier de l'empereur Marc-Aurèle), a été popularisée pour la première fois en psychothérapie en 1962 par le psychiatre américain Albert Ellis qui en a tiré son modèle de thérapie émotive-rationnelle ("rational emotive therapy"). Elle est basé sur l'observation simple que les individus réagissent émotivement non pas aux évènements qui leur surviennent comme on serait impulsivement porté à le croire, mais plutôt aux inférences, parfois irrationnelles, qu'ils en tirent. Ellis représente ce phénomène par son schéma ABC:

A représente un évènement particulier dans la vie du sujet  
B représente les conclusions qu'il tire de cet évènement  
C représente les conséquences émotives que le sujet attribue à A alors qu'elles sont en réalité attribuables à B. Or, comme on le verra, B peut être une inférence parfaitement

irrationnelle et injustifiée dans les circonstances, mais n'en aura pas moins une influence marquante sur la vie de l'individu.

Lorsque ces inférences irrationnelles sont identifiées par le thérapeute et le patient, elles peuvent être corrigées au moyen d'une procédure logique assez simple, comparée par Ellis à la maïeutique socratique, de sorte que les émotions qui en découlent en sont par conséquent modifiées. Voyons quelques exemples concrets:

<b>A- Evènement</b>	➡	<b>B- Inférence</b>	➡	<b>C- Emotions</b>
---------------------	---	---------------------	---	--------------------

A: J'ai fait une erreur	B: Il est méprisable de faire des erreurs	C: Je suis méprisable
-------------------------	---	-----------------------

A: Marie refuse de m'accompagner au cinéma	B: Si une femme me dit non, c'est que je ne vaut rien	C: Je ne vaut rien
--	---	--------------------

A: Peu de gens m'ont parlé à la réunion.	B: Si les gens ne viennent pas à moi spontanément, c'est que je ne suis pas intéressant.	C: Je ne suis pas intéressant.
--	--	--------------------------------

A: Arthur m'a offensé sans que je lui rende la pareille.	B: Un "vrai homme" ne tolère pas qu'on l'offense.	C: Je ne suis pas un "vrai homme".
--	---	------------------------------------

Quel est donc le travail que doit faire le thérapeute?

1) D'abord, mettre B en évidence.

Cette étape n'est pas si facile qu'elle le paraît. Le postulat irrationnel du patient n'est pas toujours très évident au thérapeute

inexpérimenté. Il faut à la fois reconnaître le postulat et percevoir son irrationalité. Percevoir le postulat peut devenir plus facile avec l'expérience ou encore en se familiarisant avec la littérature cognitive. Ellis a publié une liste des dix postulats irrationnels les plus courants qui seront distribués avec ce cours; Raimey a proposé les postulats irrationnels les plus souvent associés avec certains syndromes névrotiques (aussi distribués avec le cours). Il n'existe pas, en réalité, de liste officielle de toutes les façons qu'a l'être humain de raisonner de façon irrationnelle; en plus de la littérature, c'est donc surtout la sagesse et le bon sens individuel qui pourront le mieux guider le thérapeute.

Un thérapeute naïf pourrait par exemple croire que "si on ne me parle pas c'est que je suis rejeté de tous" est irrationnel parce qu'il est impossible que l'on soit rejeté de tous, ce qui n'est en fait guère plus rationnel et peu réaliste. Ou encore que "il est méprisable de faire des erreurs" est irrationnel parce que l'on peut toujours se corriger, ce qui ne vaut guère mieux!!! Les propres biais irrationnels ou névrotiques du thérapeute sont à considérer soigneusement à cette étape.

**2) Mettre en évidence l'aspect irrationnel de B dans l'esprit du client.** Voilà une autre difficulté de taille et qui fait appel à des talents très précis de dialecticien chez le thérapeute; il s'agit en fait de démontrer l'aspect irrationnel de façon tellement simple et claire que le patient ne peut qu'acquiescer, ou mieux encore, d'amener le patient à découvrir lui-même l'irrationalité de son propos (d'où l'expression "maieutique" qui signifie "accouchement": le thérapeute fait accoucher le client de la vérité qui se trouvait déjà en lui, comme Socrate pouvait faire déduire les principes de géométrie ou de morale ou d'esthétique à l'esclave le plus démuné).

**3) Entraîner le sujet à reconnaître ses inférences irrationnelles au moment même où il serait tenté de les produire.** Cette étape qui suit nécessairement les deux

précédentes peut grandement facilitées par l'usage de l'auto-observation et du jeu de rôle.

**4) Echanger les cognitions irrationnelles pour des cognitions plus réalistes développées par le client lui-même** avec l'aide du thérapeute. Par exemple dans le premier exemple, des inférences plus rationnelles pourraient être: "il est absolument impossible à quiconque de ne jamais faire d'erreurs" ou encore "une erreur ne justifie pas nécessairement le mépris".

Dans le second exemple, des inférences plus rationnelles pourraient être "j'aurais dû d'abord vérifier si Marie avait la possibilité matérielle de venir au cinéma ce jour là" ou bien "les préférences de Marie ne sont pas nécessairement celles de toutes les femmes" ou encore "Marie peut très bien refuser ma proposition sans pour autant cesser de me considérer", ou enfin, mais d'un usage plus délicat, "Marie ne sait pas ce qu'elle manque!".

Dans le troisième cas, le thérapeute pourrait s'orienter vers "il n'est pas raisonnable de m'attendre à ce que tout le monde me parle si je ne fais pas les premiers pas", ou bien "le fait qu'on ne s'intéresse pas à moi dans certaines occasion n'est pas une mesure de ma valeur absolue".

Enfin, dans le quatrième cas, on pourrait penser que "un homme véritable se juge plutôt à son calme devant les insultes qu'à son impulsivité".

**5) Appliquer les conclusions plus réalistes au moment où la situation réelle le requiert.** C'est là l'aspect "working through" de la thérapie: un long apprentissage où le succès n'est au début que très partiel et où les encouragements du thérapeute seront cruciaux. (c.f. l'article de Mendel cité plus haut).

Certains auteurs, Aaron Beck et Arnold Lazarus entre autres, se sont efforcés de catégoriser les diverses formes d'inférences illogiques rencontrées chez les patients. Par exemple:

- les inférences arbitraires: tirer une conclusion sans évidences suffisantes: " Marie m'a dit non, c'est parce qu'elle me méprise".

- la surgénéralisation: un seul incident (ex: le rejet par une femme) amène une règle générale (ex: l'incompétence hétérosexuelle).

- la magnification grandiose: un incident anodin est grossi hors de proportion: "j'ai perdu mon érection, je suis impuissant". Ou mieux encore: "ma blonde m'a laissé, je dois être homosexuel!", mon patron m'a critiqué, je serai incapable de passer mes examens!".

- le raisonnement dichotomique: "Si je ne suis pas le meilleur, je suis le pire" ou "Si je ne suis pas parfait, je suis horrible", Si je ne suis pas propre, je suis sale", si je ne suis pas généreux, je suis égoïste". Une utilisation biblique dévastatrice: "Qui n'est pas avec moi est contre moi" (sous entendu: "et si tu ne laisses pas tout pour me suivre, tu bruleras dans la géhenne du feu!").

- la sursocialisation: les règles les plus arbitraires ou les plus conventionnelles de la société sont érigées d'emblée en absolu (par exemple, sur "la masturbation est névrotique", le suicide est une lâcheté", "l'habillement révèle la personne", "les relations sexuelles pré-maritales sont une forme d'égoïsme", "parler anglais est une trahison", "on ne traverse pas une ligne de piquetage", etc...).

- l'abstraction sélective: les seuls éléments importants à prendre en considération sont les échecs, les privations, etc...: (exemple: après un seul échec, "Je n'ai jamais eu de chance").

- l'assomption erronée de causalité personnelle: "Je suis responsable de tout".

- l'assomption erronée de causalité temporelle: "Si c'est vrai pour le passé, c'est vrai pour le futur".

- la référence inappropriée à soi: "Je suis le centre d'attention de tout le monde". "Si je fais une erreur, tout le monde va en être perturbé", "si je ne rentre pas au travail lundi comme prévu, l'hôpital va s'écrouler sur ses fondations!".

- "catastrophizing": si le pire peut se produire, il se produira certainement. "Si je laisse ma blonde sortir seule, elle va..avoir un accident,.....me tromper avec l'homme de sa vie,...avoir une panne d'auto....., y prendre goût et se passer complètement de moi,...".

## LES 12 IDEES IRRATIONNELLES FONDAMENTALES

### SELON ALBERT ELLIS

Pour sa part, Albert Ellis a tenté d'identifier les principales idées irrationnelles qui sont généralement la source de toutes les autres et qu'on peut retrouver facilement chez nos patients. Il en reconnaît douze:

1° L'idée que c'est une nécessité absolue pour un adulte d'être aimé par tout le monde et pour tout ce qu'il fait. (Au lieu de se concentrer sur le respect que l'on a pour soi-même, sur une approbation limitée à des réalisations extérieures et sur le fait d'aimer plutôt que d'être aimé).

2° L'idée que certaines actions sont affreuses et mauvaises et que les gens qui les commettent devraient sévèrement punis. (Au lieu de l'idée que certains actessent inappropriés ou antisociaux et que les gens qui les accomplissent se comportent de façon stupide,

ignorante ou neurotique et devraient plutôt être aidés à changer si la chose est possible. Comme le dit Socrate, "nul ne fait le mal volontairement...").

3° L'idée que c'est horrible que les choses ne soient pas telles qu'on les souhaiterait. (Au lieu de l'idée que c'est bien dommage, qu'il vaudrait mieux tenter de changer les conditions actuelles et que si la chose n'est pas possible, il vaut mieux s'adapter temporairement à la situation).

4° L'idée que la misère humaine est d'origine externe et causée par des gens et des événements extérieurs à nous. (Au lieu de l'idée que les troubles émotionnels sont causés par la vision que l'on prend des choses).

5° L'idée que si quelque chose est ou pourrait être dangereux ou inquiétant, on devrait en être terriblement préoccupé. (Au lieu de l'idée qu'il vaut mieux l'affronter carrément et la surmonter et, si la chose est impossible, accepter l'inévitable).

6° L'idée qu'il est plus facile d'éviter que d'affronter les difficultés de la vie et ses propres responsabilités. (Au lieu de l'idée que l'évitement apparemment facile dans l'immédiat se révèle toujours à long terme la solution la plus coûteuse).

7° L'idée que l'on a toujours besoin de quelque chose de plus grand, de plus fort ou de différent de soi sur lequel s'appuyer. (Au lieu de l'idée qu'il est préférable de prendre le risque de penser et d'agir de façon autonome).

8° L'idée l'on doit être absolument compétent, intelligent et performant de toutes les façons possibles. (Au lieu de l'idée que l'on préférerait mais que l'on ne réussit pas toujours à bien faire et qu'il faut s'accepter soi-même en tant que créature imparfaite avec des limitations bien humaines et des faiblesses particulières).

9° L'idée que parce que quelque chose nous a déjà fortement affecté, elle va nécessairement continuer à le faire. (Au lieu de l'idée que l'on peut apprendre de ses expériences passées sans en demeurer les victimes ou être condamné à les répéter).

10° L'idée que l'on doit toujours exercer un contrôle parfait et absolu sur les choses. (Au lieu de l'idée que le monde est plein de hasard et d'impondérables en dépit desquels il demeure toujours possible de jouir de la vie).

11° L'idée que le bonheur humain peut être atteint par l'inertie et l'inaction. (Au lieu de l'idée que les humains sont généralement plus heureux quand ils sont vitalement absorbés dans des entreprises créatrices ou lorsqu'ils se dédient à des gens ou des projets qui leur sont extérieurs).

12° L'idée que l'on n'a virtuellement aucun contrôle sur ses propres émotions et que l'on ne peut s'empêcher de ressentir certaines choses. (Au lieu de l'idée que l'on peut développer un grand contrôle sur ses émotions destructives si l'on choisit de s'employer à changer les hypothèses erronées et les préjugés que l'on a utilisés pour les créer).

Il s'agit donc ici d'une thérapie verbale extrêmement active, centrée également sur les émotion et le raisonnement, et qui se distingue des autres modèles psychothérapeutiques par les trois aspects suivants:

1) une absence relative d'intérêt pour les évènements du passé, en particulier de la petite enfance. Il n'est évidemment pas interdit d'y revenir pour démontrer la pertinence d'une constellation cognitive, voir ses origines et comprendre la profondeur de sa persistance.

2) un accent marqué sur le développement d'une pensée à la fois logique et philosophique, via l'examen incessant du fondement moral des actes et des conditions du bonheur humain).

3) l'utilisation de tâches ou "devoirs" psychologiques fréquents hors des sessions de thérapie.: l'identification, la remise en question et le remplacement des postulats irrationnels.

## Le traitement cognitif de la dépression

### une application particulière de la restructuration cognitive

Il est probablement devenu clair à ce stage que la restructuration cognitive est applicable à n'importe quel type de pathologie psychologique et même psychiatrique. L'extrait du volume de Raimey distribué avec ce texte vous donne d'ailleurs une idée des postulats irrationnels qu'un psychothérapeute est susceptible de rencontrer avec divers types de problèmes courants de la personnalité. Dans notre milieu, malheureusement, à cause de phénomènes médiatiques divers, on en est arrivé à associer la thérapie cognitive uniquement au traitement des états dépressifs par la méthode cognitive préconisée par Aaron Beck et qui ne constitue finalement qu'une application valable des principes énoncés plus haut. C'est ainsi que, lorsqu'on parle aujourd'hui de thérapies cognitives, on entend généralement cette seule approche de Beck, alors que le modèle cognitif comporte, comme on le voit dans ce cours, des développements multiples aux possibilités thérapeutiques intéressantes.

Mais rendons à Aaron Beck ce qui lui revient de droit: c'est lui qui, s'inspirant des travaux d'Albert Ellis, s'est le plus intéressé au traitement cognitif des dépressions. Il a publié, entre autres "Cognitive Therapy and the Emotionnal Disorders" en '976 et "Cognitive Treatment of Depression" en 1979.. Beck conçoit la dépression comme enracinée dans une série de perceptions erronées qu'a le patient de lui-même, de ses expériences et de son avenir; c'est la triade dépressive:

1) le patient se perçoit lui-même comme mauvais, méprisable, inférieur, inadéquat, "fini", etc...

2) le patient perçoit ses expériences comme totalement négatives: ses efforts sont stériles et voués à la faillite, son influence est nulle sur sa vie, ses relations interpersonnelles sont des échecs, etc... Il ne sera évidemment pas motivé à se fixer des buts ou s'engager dans des activités constructrices.

3) le patient perçoit son avenir comme irrémédiablement gâché: il sera toujours de plus en plus déprimé; ses efforts seront éternellement des échecs; il n'y a pas de lumière au bout du tunnel.<sup>1</sup>

Cette triade se manifestera à divers niveaux: comportemental (fatigabilité, pleurs, menaces suicidaires), motivationnel (refus de rien entreprendre) et cognitif (ruminations du même chapelet de cognitions dépressives). Ceci implique que l'entreprise thérapeutique peut s'initier à n'importe lequel de ces trois niveaux, mais doit absolument, pour réussir, déborder sur les trois niveaux afin de remplacer la contamination d'un niveau par un autre et le cercle vicieux qui s'en suit par une spirale continue d'améliorations.

Une série de techniques sont donc suggérées afin d'amorcer ce changement, étant bien compris qu'une fois amorcé à un niveau, il devra être soutenu et encouragé aux autres niveaux à l'aide si nécessaire de techniques différentes.

### TECHNIQUES:

1) Mise sur pied d'une cédule d'activités pour chaque jour. Ces tâches seront de difficultés graduées afin de s'assurer qu'elles peuvent être remplies avec succès et amorcer ainsi un processus de feedback positif.

---

<sup>1</sup> A des fins mnémotechniques, on pourra se rappeler que le patient désavoue ainsi son passé ("je n'ai jamais rien fait de bon"), son présent ("je ne vaut rien") et son futur ("je m'en vais vers la catastrophe").

2) Mise en évidence (par l'auto-observation) des expériences de maîtrise et de plaisir dans la vie quotidienne. Le patient, au départ, niera énergiquement qu'il en éprouve, mais une étude soigneuse peut toujours les révéler.

3) Mise en évidence, de même façon, des séquences de cognitions négatives et démonstration de leur impact pathogène sur le patient. Ceci correspond aux étapes 1, 2 et 3 de la restructuration cognitive décrites plus haut.

4) Considérations d'alternatives positives, soit au niveau des cognitions, soit au niveau des approches de problèmes précis. Ceci correspond à l'étape 4 de la restructuration cognitive.

5) Pratiques cognitives ("cognitive rehearsal") des nouvelles acquisitions avant d'affronter les situations réelles.

Même si le modèle en paraît clair, la psychothérapie efficace des états dépressifs n'est pas toujours facile. On voit que l'analyse cognitive seule à la Albert Ellis n'est pas suffisante, mais qu'il est encore nécessaire de mobiliser activement le patient pour lui procurer des expériences de succès. Il faut encore s'attendre à ce que le patient refuse de reconnaître les résultats positifs de ses efforts ou même tout signe d'amélioration dont le thérapeute tentera en vain de le convaincre. Sa fiche d'auto-observation des situations de succès ou de plaisir pourra être complètement vide et ce n'est qu'en se faisant raconter les activités récentes du patient que le thérapeute pourra souligner des éléments positifs que le patient se gardait bien d'identifier comme tels.

Certains patients représentent une difficulté additionnelle: ce sont ceux qui semblent retirer une satisfaction particulière à contrer les efforts du thérapeute, utilisant en quelque sorte leur souffrance comme une arme agressive et sadique envers un thérapeute trop désireux d'être efficace. C'est alors qu'un certain

détachement émotif tel que prôné par Walter Bonime<sup>2</sup> dans sa psychothérapie des états dépressifs, ou même une approche paradoxale à la Milton Erickson pourront être utiles.

Les patients souffrant de maladie affective se montreront aussi remarquablement résistants et, malgré certaines recherches qui montrent que la thérapie cognitive est aussi efficace que les antidépresseurs, il ne faudra pas hésiter à employer les médicaments dans ces cas. Toute la question repose finalement sur le point suivant: le patient devra t-il ou non prendre des médicaments et s'il en prend, à partir de quel moment l'introduction de la thérapie cognitive constituera t-elle un facteur déterminant d'amélioration. Votre expérience personnelle vous le dira si vous voulez bien tenter l'expérience.

---

<sup>2</sup> Walter Bonime est l'un des derniers tenants de la théorie Adlérienne en psychothérapie et ses observations sur la psychologie de la dépression considérer comme une pratique interactionnelle visant à assurer la supériorité du patient sur l'entourage sont à connaître par tout thérapeute soucieux de sa sérénité.

# ENTRAINEMENT

## A LA

# SOLUTION DE PROBLEMES

Les processus cognitifs qui régissent l'application de l'intelligence logique à la solution des problèmes ne sont pas propres à l'esprit humain uniquement; les animaux et les "machines pensantes" en partagent les principes à des degrés divers et la psychothérapie est probablement bien en retard dans son intérêt envers ce phénomène.

Le psychologue allemand Wolfgang Kohler (1924), l'un des pères de la Gestalt, s'est le premier intéressé à ce phénomène, en particulier chez les primates, et ses expériences avec un chimpanzé du nom de Sultan sont demeurées célèbres (entre autres le problème de la caisse, du bâton et des bananes). De nombreux travaux ont été faits en laboratoire sur les processus de solutions de problèmes ("problem solving") chez les humains et c'est à partir de ces découvertes que l'application de techniques spécifiques est apparue dans l'univers industriel et dans l'univers clinique.

### A- DANS L'UNIVERS INDUSTRIEL:

On compte trois approches principales:

a) Le "**Brainstorming**", (Osborn, 1963), méthode la plus répandue, comporte quatre règles fondamentales:

- 1) la critique est interdite
- 2) la fantaisie débridée ("freewheeling") est très encouragée
- 3) la quantité est vue comme un critère de qualité
- 4) la participation du groupe est recherchée

b) La "**Synetics**", (Gordon, 1961), utilise principalement l'analogie aux niveaux directs, personnels et fantasmatisques. On encourage le chercheur à se "mettre à la place" de l'objet qui

pose problème et associer alors librement: par exemple: "je suis un toit; comment être frais en été et chaud en hiver? En portant des vêtements blancs ou foncés selon la saison. D'où des toits dont les tuiles changent de couleur au besoin".

c) La "**Bionics**", (Papanek, 1969) met l'accent sur l'utilisation des prototypes biologiques dans la conception industrielle: par exemple, le système thermo-détecteur du serpent à sonnettes qui, bien que pratiquement aveugle, peut très bien suivre sa proie, a inspiré la conception des missiles à têtes chercheuses qui pourchassent inéluctablement l'avion qu'elles doivent abattre. "L'homme bionique" est une application romancée de cette forme de pensée.

### **B-DANS L'UNIVERS CLINIQUE:**

D'Zurilla et Goldfried (1971) ont défini la solution de problèmes comme "un processus behavioral, moteur ou cognitif qui a) rend disponible toute une variété de réponses alternatives possiblement efficaces pour solutionner un problème donné et b) augmente la probabilité de choisir la réponse la plus efficace parmi ces alternatives diverses."

A partir des observations faites en laboratoire (Gagné, 1964, Kleinmuts, 1966 et Davis, 1966), ils ont défini cinq étapes distinctes à ce processus:

**1) l'orientation générale**, c'est à dire la préparation adéquate de l'attitude du client face à toute situation problématique. On peut y voir quatre aspects qui sont tous essentiels et travaillables en thérapie cognitive.

a) l'admission que les situations problématiques font partie intégrante et normale de la vie.

b) la reconnaissance qu'une attitude active permet de faire face à ces situations. On voit ici que a) et b) relèvent particulièrement de la problématique abordée en restructuration cognitive, c'est-à-dire l'analyse logique des postulats abstraits et généraux qui sous-tendent le raisonnement individuel.

c) la capacité d'identifier les situations problématiques lorsqu'elles apparaissent.

d) la capacité d'inhiber la tentation de répondre impulsivement devant chaque nouveau problème, afin de pouvoir utiliser sa cognition. En d'autres termes: S→cognition,R→ au lieu de S→R.

Notons au passage comment ces quatre attitudes fondamentales à une approche fructueuse des problèmes sont généralement déficientes chez certains troubles de caractère de type dépendant ou impulsif. Dans ces cas, il devient impératif de passer plus de temps sur cette première étape.

## **2) la définition et la formulation du problème:**

Bloom et Broder (1950) ont démontré que l'efficacité à résoudre les problèmes dépend de la capacité de traduire ceux-ci en termes concrets, tout en gardant une perspective générale. De même que dans la réduction des réponses phobiques en hiérarchies minutieuses, il y a toujours possibilité de réduire un problème abstrait, vague, générale et par conséquent aliénant (Exemple: "ma femme et moi souffrons d'incompatibilité de caractère") en ses multiples composantes concrètes qui, elles, ne sont plus aliénantes et suggèrent d'emblée une solution. (Exemple: "nous ne nous entendons sur la répartition des tâches ménagères, nous aimons des programmes de télévision différents, nous nous disputons sur l'utilisation des vacances, nous n'aimons pas faire l'amour aux mêmes heures, etc...).

## **3) la production d'alternatives:**

C'est ici que les principes du "brainstorming" (voir plus haut) s'appliquent le plus. Il s'agit de générer le plus de solutions possibles même si elles s'avèrent au départ inadéquates. On doit suspendre son jugement immédiat et considérer que c'est la quantité de solutions possibles qui est primordiale et pas nécessairement leur qualité. Il est frappant de voir comment des solutions à première vue irréalistes se révèlent précieuses par la suite.

## **4) la prise de décision:**

Une fois que toutes les alternatives ont été posées, on pèse soigneusement les avantages et les désavantages de chacune, à court et à long terme. Les clients ont souvent tendance à oublier de considérer les aspects émotionnels de chaque alternative pour s'en tenir

aux aspects matériels. C'est la tâche du thérapeute d'être vigilant à ce point de vue. (Par exemple, un couple peut discuter très bien les divers avantages et désavantages matériels du travail de l'épouse à l'extérieur, mais négligera totalement l'impact émotionnel sur la relation: compétition, jalousie, etc...)

C'est uniquement une fois que tous les avantages et désavantages ont été pesés que la décision sera prise.

### **5) la vérification:**

Après avoir appliqué l'alternative choisie, le client revient sur le problème et évalue l'impact de son comportement. Cette dimension est souvent négligée par le thérapeute et le client, bien qu'elle représente un renforcement essentiel à court terme et qu'elle constitue à long terme un élément essentiel dans l'établissement de mécanismes de "feedback expérientiel", c'est à dire la capacité croissante qu'a l'individu aliéné de percevoir le lien essentiel entre son action et les résultats qu'il obtient.

### **APPLICATIONS CLINIQUES:**

Il est important de noter que cet entraînement ne vise pas tant à régler des problèmes particuliers, mais plutôt à rendre le client plus habile à résoudre lui-même n'importe quelle situation conflictuelle. Au début, la procédure se fait conjointement par le thérapeute et le client en entrevue, mais graduellement ce dernier doit appliquer lui-même la procédure, en commençant par les premières étapes, dans sa vie quotidienne; ce ne seront que les résultats qui seront alors discutés en thérapie. Il se développe ainsi un apprentissage spécifique consistant à interposer un processus cognitif spécifique entre un antécédent (situation problématique) et une réponse (acting out impulsif ou inadéquat, ou effronnement passif), dans le but de modifier cette réponse.

(solution de problème)



Antécédents → → → → → → → → Réponse → Conséquence

Cette technique a été utilisée avec succès chez d'anciens toxicomanes (Copeman, 1973), ou d'anciens prisonniers aux prises avec les difficultés du retour au monde régulier, avec des pré-

délinquants, avec des adolescents et leurs parents (Green et Phillips, 1973), avec des écoliers de tous les niveaux pour leur enseigner la coopération (Spivack et Shure, 1974). On l'utilise couramment chez les couples en conflit, chez les individus dépendants, immatures, impulsifs, et l'on peut facilement voir son intérêt dans les thérapies familiales et dans les interventions en milieux défavorisés.

Rappelons que l'entraînement à la solution de problème peut très bien se combiner avec tout autre type d'approche, à l'exception, selon toute évidence, de la psychanalyse; cependant, chaque étape de la solution de problèmes, avec les difficultés particulières qu'elle comporte pour chaque individu, est susceptible de mettre en relief de façon fort utile la problématique psychodynamique du sujet, permettant ensuite un travail dans cette direction si on le désire. Par exemple, un problème budgétaire discuté par un couple serait facilement solutionné entre autres par le retour au travail de l'épouse qui ne demande que ça, ce qui fait alors apparaître les craintes névrotiques et jusque là bien dissimulées du mari d'avoir une épouse plus autonome qui serait son égale; ceci, en retour permet de comprendre bien d'autres difficultés du couple. Bien entendu, le thérapeute peut alors choisir d'aborder cette problématique par un angle psychodynamique (basé sur l'insight), ou encore de retourner à la solution de problème, à la restructuration cognitive ou même à la désensibilisation par exposition graduée à l'autonomie de l'épouse.

## **BIBLIOGRAPHIE**

D'Zurilla, T.J. et Goldfried, M.R. : Problem Solving and Behavior Modification, *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, p. 107-126.

# L'ENTRAINEMENT

## AUX HABLETES

### DE CONTROLE

Cette orientation particulière, appelés en anglais " **coping skill training**", a pris deux formes bien distinctes dans les mouvement behavioraux, l'une axée sur l'usage élargi de la relaxation (Goldfried), l'autre sur la combinaison d'auto-instructions avec l'évocation de scènes problématiques (Meichenbaum).

#### A- LA RELAXATION COMME TECHNIQUE GENERALE D E CONTROLE

Goldfried, en 1971, suggéra que la relaxation, jusque là utilisée de façon à des fins anxiolytiques et face à des stress spécifiques (hiérarchie de situations phobiques, par exemple), pouvait, si le thérapeute savait présenter la chose, devenir un instrument général de contrôle de l'individu face n'importe quelle situation anxiogène. En conséquence, on met alors l'accent en thérapie sur les points suivants:

1) La présentation du rationnel thérapeutique en terme d'habileté générale à faire face aux stress de la vie quels qu'ils soient.

2) L'utilisation de la relaxation comme une arme anxiolytique à fonctions multiples.

3) L'utilisation de hiérarchies diversifiées (plutôt qu'axées uniquement sur la lignée phobique par exemple).

4) La tendance à éliminer par la relaxation ("relaxing away") les scènes anxiogènes, plutôt que de suspendre l'évocation de ces scènes, comme dans la désensibilisation systématique, aussitôt que l'angoisse apparaît, pour passer à une relaxation "pure".

Le patient est ainsi encouragé, s'il souffre surtout de symptômes anxieux, à utiliser la relaxation comme mode de défense privilégié. Ceci est bien entendu possible dans la mesure seulement où tous les facteurs anxiogènes de nature psychologiques ou sociaux ont déjà été travaillés comme tels dans la mesure du possible. Cette technique peut donc très bien s'intégrer dans le cadre d'une psychothérapie éclectique plus large.

## **B- L'INOCULATION AU STRESS**

Décrite initialement par Meichenbaum en 1973 ("**stress inoculation**"), cette approche consiste pour le client à pratiquer des "répétitions" en imagination des situations stressantes en incluant cette fois non seulement des exercices de relaxation (comme dans l'approche précédente), mais aussi toute une panoplie cognitive (restructuration cognitive, théorie de l'attribution, auto-renforcement, solution de problèmes) et surtout un ensemble bien structuré d'auto-instructions adaptées aux circonstances. De même que dans l'inoculation microbiologique, il s'agit d'exposer l'organisme cognitif à l'envahisseur anxiogène (situation de stress) en présence de tout un arsenal d'anticorps en grande partie cognitifs.

Des exemples d'auto-instructions utilisés pendant des séances d'inoculation au stress pour des problèmes d'anxiété, de colère ou de douleur chronique seront étudiés durant le cours et joints à ces notes.

Les expériences contrôlées de Cameron et Meichenbaum (1973) ont montré la supériorité de cette approche sur toutes les autres (désensibilisation, relaxation, restructuration) prises séparément et c'est d'ailleurs probablement là ce qui se passe souvent en thérapie lorsqu'un patient revoit avec son thérapeute les épisodes anxiogènes des derniers jours en y ajoutant les verbalisations correctrices que lui-même ou le thérapeute émettent au fur et à mesure de la session.

Par exemple, vous devez faire face au travail à un supérieur hiérarchique particulièrement tyrannique et provocant et vous craignez une réaction trop violente de votre part qui compromettrait votre emploi. Devant le thérapeute qui évoque ou qui joue le rôle de ce patron désagréable avec le plus de convictions possibles,

a) vous pratiquez une forme de relaxation discrète

b) vous vous remémorez un certain nombre de principes déjà élaborés en thérapie, tels que, par exemple: "je ne lui donnerai pas le plaisir de me congédier", ou "c'est lui qui se montre le plus pathétique en se ridiculisant ainsi", ou encore "il doit bouillir de ne pas réussi à me faire perdre non sang-froid", ou bien "ce genre d'embêtements est tout à fait négligeable en regard des éléments essentiels de ma vie". Soulignons que ces convictions atteintes par la restructuration cognitive auront déjà été explorées à maintes reprises en thérapie et qu'elle ne doive pas constituer de simples rationalisations plaquées superficiellement sur la situation.

c) vous vous rappelez les diverses stratégies que vous avez élaborées en entraînement à la solution de problèmes pour faire face au problème spécifique posé dans cette situation.

L'exposition ainsi anticipée aux stress de la vie permet une réponse plus efficace, plus rapide et moins douloureuse, dans la mesure où la pratique anticipatoire a été faite suffisamment.

## ARRET DE LA PENSEE

Cette technique ("thought stopping") ayant déjà été décrite dans le cours sur le conditionnement classique, nous n'allons pas élaborer très abondamment sur le sujet, sauf pour en résumer la séquence d'application. Contentons-nous de préciser que, pour des raisons qui ne paraîtront pas toujours convaincantes, on la classe dans le conditionnement classique lorsque le thérapeute y fait appel à un interrupteur extérieur au patient (choc électrique par exemple) et dans l'apprentissage cognitif lorsque ce sont les processus cognitifs mêmes du patient qui sont utilisés comme agent de "contre-conditionnement".

### Séquence d'application:

1) Identification des auto-verbalisations ou des imageries d'ordre obsessionnel dont le patient cherche à se défaire. Bien s'assurer d'abord que leur nature ego-dystone (irrationnelle) est bien comprise par le patient.

2) Le client ferme les yeux, imagine la situation, verbalise ses pensées à haute voix. Le thérapeute crie "STOP" dès que le symptôme commence à être verbalisé.

3) Comme en 2), mais le client, au lieu de verbaliser, fait un signe du doigt au thérapeute.

4) Comme en 3), mais cette fois c'est le client lui-même qui crie "STOP".

5) Comme en 4), mais le patient n'émet plus le mot "STOP" qu'à voix basse, puis intérieurement seulement.

Si l'on veut, un choc électrique léger pourra être associé au mot "STOP" ("faradic disruption"). "STOP" pourra aussi être suivi de verbalisations assertives allant dans le sens de la guérison.

# LES THEORIES

## DE L'ATTRIBUTION

La pertinence de ces théories dans le cadre des thérapies cognitives devient évidente lorsqu'on considère leur principe fondamental: un comportement peut être influencé par sa causalité perçue bien plus que par sa causalité réelle. En d'autres termes, et l'on reconnaîtra là les idées d'Épictète, de Marc-Aurèle, d'Albert Ellis, de Schacter et Singer, de Meichenbaum, etc..., l'esprit humain attribue aux phénomènes, intrapsychiques comme extrapsychiques, des causes qui peuvent être fort différentes de leurs causes réelles, mais c'est en fonction de la cause imaginée et non pas de la cause réelle que le sujet déterminera son attitude et ses réactions face à ces mêmes phénomènes. Par exemple, si je crois que la maladie affective dont je suis affligé régulièrement est causée non pas par une aberration biochimique à déterminants génétiques mais plutôt par un "complexe psychologique profond" ou pire encore par une "tare" morale ou intellectuelle, mon attitude sociale en cette matière sera beaucoup plus auto-destructrice et contribuera peut-être à une aggravation de ma situation.

Ce qui relie cette théorie au champ de l'apprentissage, c'est que l'on apprend dès le plus jeune âge à invoquer certaines causes de préférence à d'autres dans une éternelle tentative d'expliquer l'univers. C'est ce qu'on appelle l'"attribution". Soulignons tout de suite que ce terme ne postule en rien la véracité ou la fausseté objective de l'explication invoquée: c'est uniquement le phénomène psychologique qui nous intéresse ici et son impact sur la réalité psychique du sujet.

On fera l'examen ici de trois théories qui font appel au phénomène d'attribution pour expliquer des comportements humains par ailleurs difficiles à comprendre.

### 1) "LOCUS OF CONTROL"

On a vu dans le cours sur le conditionnement opérant que le comportement des individus soumis à des cédules de renforcement dépend de la structure de ces mêmes cédules, en particulier lorsqu'une phase d'extinction est instituée. Or, dans certaines circonstances, il arrive parfois que des individus réagissent de façon totalement opposée à ce que la théorie pourrait prévoir; par exemple, des individus soumis à des cédules fixes (donc appelant une extinction rapide) réagissent comme s'il s'agissait en fait de cédules variables et leur comportement est modifié en ce sens (et inversement). Comment l'expliquer?

Julian Rotter, l'un des pionniers de cette théorie remarquable, écrivait en 1966: "L'effet d'un renforcement n'est pas comparable à un simple estampillage, mais dépend beaucoup de la relation causale que le sujet perçoit entre son propre comportement et sa récompense. Lorsqu'un renforcement est perçu par un sujet comme n'étant pas entièrement dépendant de son action, il est alors considéré comme l'effet du hasard, de la chance, du destin, ou encore comme sous le contrôle de forces extérieures puissantes et imprévisibles. Lorsqu'un événement est ainsi interprété, nous parlons de croyance en un contrôle externe. Si par contre l'individu perçoit cet événement comme une conséquence directe de sa propre activité, nous parlons de croyance en un contrôle interne."

Des questionnaires interne-externe ("I-E Scale") bien validés ont démontré l'existence d'une population d'individus "internes", qui se perçoivent comme des agents actifs de leur propre destin, prennent plus d'initiatives et de responsabilités, utilisent leurs informations plus efficacement et semblent plus en contact avec leur environnement. Les individus "externes", par contre, bien que répandus dans la population normale, présentent les caractéristiques inverses et sont surreprésentés parmi les patients psychiatriques, les prisonniers et tous les groupes minoritaires. L'échelle I.E. est un bon prédicteur du succès académique, les étudiants "internes" apparaissant plus actifs et plus déterminés à réussir.

L'importance de cette distinction en clinique ne peut être trop soulignée. Le chien de Seligman, par exemple, est devenu clairement, par la vertu des expériences d'impuissance apprise, un "externe". On peut maintenant comprendre que des "externes" puissent moins répondre à un système de conditionnement opérant puisqu'ils perçoivent moins clairement le lien entre leur action et la conséquence (récompense ou punition) subséquente. Les externes sont également moins susceptibles de répondre à une méthode de psychothérapie qui privilégie la prise en charge éventuelle de leur destin; ils pourraient par contre répondre mieux à des méthodes de suggestion ou de prise en charge totale par une structure extérieure. Il y a également des évidences indiquant qu'on peut transformer un "externe" en interne en lui facilitant de nombreuses expériences de succès à travers lesquelles il percevra ou "apprendra" de façon répétée le lien entre son action et son destin; pensons ici à la thérapie de Seligman avec ses chiens, de Aaron Beck avec ses déprimés ou aux méthodes de mobilisation de groupes de citoyens défavorisés.

Une théorie intéressante et bien ancrée dans la recherche scientifique touchant la perception de la causalité et le sentiment de contrôle sur sa propre existence est celle de la dépendance au champ ("field independence-field dependence" ou FI-FD) élaborée par le psychologue américain Herman Witkin à partir de la publication en 1954 de son ouvrage de base "Personality Through Perception". Cette classification des individus présente l'intérêt d'être enracinée dans des caractéristiques perceptuelles très concrètes et qui peuvent être mesurées par le "rod and frame test": on demande à un sujet d'ajuster une barre ("rod") à la véritable verticale alors qu'elle est entourée d'un cadre ("frame") que l'expérimentateur peut faire varier à son gré. Seuls la barre et le cadre sont éclairés alors que tout le reste est plongé dans l'obscurité. Dans ces conditions, certains sujets (FD) qui se servent plus de leurs indices visuels issus de l'extérieur, ajustent la barre en accord avec le cadre, tandis que d'autres (FI) réussissent mieux en alignant la barre avec la position de leur propre corps. Or, les FD et les FI sont aussi très différents psychologiquement.

**caractéristiques des F-D**

Utilisent plus le support d'autrui  
Orientation interpersonnelle plus marquée

Vont vers les professions d'aide

Plus chaleureux, accommodant

Moins aptes au changement

Plus aptes à l'apprent. social

Sociétés primitives agricoles

**caractéristiques des F-I**

Plus autonomes

Moins axés sur la relation interpersonnelle

Moins susceptibles de chercher de la thérapie

Plus froids

Plus aptes au changement

Plus apte à la restruct. cognitive

Sociétés basées sur la chasse et la cueillette

De même que l'humanité a passé de la chasse et la cueillette à l'agriculture, on a suggéré que l'évolution naturelle irait de l'indépendance à la dépendance au champ. Par contre le développement individuel va plutôt de la dépendance à l'indépendance envers le champ. Il faut donc être prudent dans les généralisations qu'on peut tirer de ces données. Il paraît plus raisonnable de considérer que les styles cognitifs pourraient être développés en adaptation aux circonstances éco-culturelles.

Bien que les fondements perceptuels de la différenciation FI-FD semblent évoquer un phénomène irrémédiable (parce qu'ancré dans la biologie), il ne faudrait pas conclure à un constat d'impuissance. Tout au plus, ce concept nous indique certains fondements du comportement d'attribution et nous rappelle que certains individus ont peut-être besoins de plus d'effort que d'autres pour modifier leur perception de leur existence.

**2) LA MESATTRIBUTION ("Missattribution therapy")**

Bien qu'antérieure à 1966, la théorie des émotions de **Schacter et Singer** (1962) semble être une application de la théorie de Rotter à la perception des phénomènes d'activation interne ("arousal"). En injectant de l'épinéphrine à divers groupes de sujets qui, ayant reçu au préalable des explications différentes, ont vécu alors des émotions différentes, Schacter et Singer sont arrivés à la conclusion que: "étant donné un certain niveau d'activation physiologique pour lequel un individu n'a pas d'explications immédiates, ce dernier étiquettera ("label") et décrira ses émotions concomitantes en terme des cognitions qui lui sont accessibles"

Les applications cliniques de la théorie sont mises en lumière par une expérience intéressante de Valins et Roy (1967): des phobiques sont exposés à des diapositives de serpent en alternance avec des diapositives portant le mot "choc électrique. Pendant les présentations, un feedback falsifié de leur rythme cardiaque leur fait croire que celui-ci accélère avec "choc électrique" et ralentit devant les serpents. Des mesures subséquentes révèlent que la peur des serpents a diminué de façon significative chez les sujets qu'on a amené trompeusement à inférer une diminution du rythme cardiaque (pseudo "relaxation response") face à l'objet phobique.

Cette expérience a été répétée à plusieurs reprises dans plusieurs contextes avec les mêmes résultats positifs supportant la théorie. D'ailleurs il n'y a probablement pas de psychothérapeute qui n'utilise ce principe de "mésattribution" un jour ou l'autre, en particulier avec des patients hypochondriaques ("ce n'est pas votre coeur, ce sont vos "nerfs", ou votre digestion, etc...), insomniaques ("ce n'est pas votre dépression, c'est le café, etc...) ou névrotique ("ce n'est pas votre femme que vous détestez, c'est votre mère que vous voyez en elle).

Il n'y a pas encore de techniques thérapeutiques systématiques issues de cette théorie et les résultats d'application sont statistiquement mais non cliniquement significatifs à date; Il demeure cependant essentiel de rester conscient du concept lorsqu'il s'agit de comprendre aussi bien la pathologie que l'amélioration du patient. Ainsi il ne sera pas rare de voir un patient se créer des difficultés en utilisant des attributions pathogènes (je n'ai pas eu d'érection parce que je ne suis pas un homme") ou au contraire des attributions innocentes ("j'ai de l'angoisse parce que je suis fatigué..."). Un thérapeute utilisera de même des attributions de causalité les plus susceptibles d'aider son patient, par exemple dans des techniques d'interposition, pour retarder un insight potentiellement dévastateur, ou pour corriger des mésattributions pathogènes et fausses à la fois (ex: "je rougis parce que j'ai honte").

### **3) LE CONCEPT D'EFFICACITE PERSONNELLE**

**Bandura** a développé ce concept ("**self efficacy**") en 1976 en tentant d'expliquer pourquoi certains patients n'émettent pas le comportement prescrit qui pourrait conduire à la guérison (par exemple, se relaxer dans certaines situations anxiogènes) ou, même



# MALADIE AFFECTIVE

## ET APPROCHES COGNITIVES

**"....et quand on ne fait pas de psychothérapie,  
qu'est-ce qu'on fait...?"**

**Louis Guérette m.d.  
Hôpital Notre Dame**

En dehors de la thérapie proprement dite de la maladie affective, l'approche cognitive a beaucoup à apporter au management de plusieurs problèmes connexes et qui peuvent à eux seuls faire échouer la meilleure thérapie du monde. Ces problèmes connexes sont:

- 1) la reconnaissance de l'existence de la maladie
- 2) la reconnaissance de la nature biologique de la maladie
- 3) l'acceptation du traitement pharmacologique
- 4) la reconnaissance des symptômes prémonitoires de rechute
- 5) la nécessité de faire face aux stigmates sociales reliées à la maladie
- 6) l'acceptation des rechutes inévitables en dépit de tous les efforts

Chacun de ces problèmes prend sa racine dans les conceptions fausses et souvent irrationnelles qu'entretiennent les patients affligés de cette maladie. Afin de dissiper ces dernières, le thérapeute est entraîné à faire appel, le plus souvent sans s'en rendre compte, à une approche cognitive. Examinons rapidement ces conceptions fausses et irrationnelles du patient qui mettent obstacle au traitement:

### 1) la reconnaissance de l'existence de la maladie

- je ne suis pas malade. Au contraire je n'ai jamais été aussi bien. Pourquoi, docteur, cherchez vous toujours à brimer mes efforts pour réaliser mon plein potentiel?

- je ne suis pas malade. Au contraire, je dois bien réaliser que toute ma vie est un échec. Merci docteur de vouloir me consoler mais je ne suis pas dupe et je dois faire face à la réalité!

- je ne suis pas malade. J'ai bien eu de petites difficultés dans le passé mais elles sont terminées et je sens que je vais repartir à neuf. Il ne faut pas regarder le passé mais l'avenir! Lets's go!

- je ne suis pas malade. Tout le monde a bien le droit de se laisser aller, même s'il fait des erreurs. De toutes façons, j'ai bien appris ma leçon et vous verrez que ça ne m'arrivera plus jamais, je le sens! Une nouvelle vie commence....

- je ne puis pas être malade, il ne m'est rien arrivé de grave récemment!

APPROCHE COGNITIVE.....?

## 2) la reconnaissance de la nature biologique et médicale de la maladie (plutôt que morale ou psychologique)

- je suis malade parce que je suis taré, complexé, un être incomplet, méprisable, névrotique, etc... Il faut que j'apprenne à me "dépoigner"..!

- je suis malade parce que, comme mon thérapeute précédent me l'a fait enfin réaliser avant ma troisième rechute, j'ai manqué d'amour et ma mère m'a abandonné pour rentrer à l'asile quand j'avais trois ans. Vous allez m'aider à me comprendre et je vais régler ce problème.

- je suis malade parce que je me suis poussé à bout et que j'ai fait un burn-out. Mais j'ai eu ma leçon... vous ne me reverrez plus ici docteur, prenez-en ma parole!

- pas étonnant que je devienne paranoïde, avec des voisins qui me persécutent sans arrêt...! (ou déprimé, avec tout ce qui me tombe sur la tête... ou en manie, quand la vie est si pleine de belles choses...).

- c'est mon sucre..... ils l'ont dit "chez Jeannette". L'hypoglycémie, les docteurs n'aiment pas en parler parce qu'ils ne connaissent pas ça... mais je me soigne avec la diète de monsieur Untel qui a guéri mon cousin de son burn-out chronique...

APPROCHE COGNITIVE.....?

## 3) l'acceptation du traitement pharmacologique

- Les pilules, c'est pas "naturel"

- Prendre des pilules c'est faire preuve de faiblesse

- Quand on commence à prendre des pilules, il faut en prendre toute sa vie

- Je ne veux pas prendre de pilules. Ma mère en a pris toute sa vie... je ne veux pas finir comme elle.

APPROCHE COGNITIVE.....?

## 4) la reconnaissance des symptômes prémonitoires de rechute

- quand je commence à être "en forme" je ne suis pas malade, au contraire je retrouve ma vraie nature.

- à quoi bon me casser la tête, ça ne m'empêchera pas d'être malade!

- à force de se surveiller, c'est là qu'on tombe malade!

- écoutez, j'ai assez souffert comme ça! Ça va me donner quoi de toujours penser à tout ça?

APPROCHE COGNITIVE.....?

## 5) la difficile nécessité de faire face aux stigmates sociaux reliés à la la "psychose maniaco-dépressive"

- A quoi bon essayer de travailler, on va me rejeter dès que l'on saura que je suis malade

-Vous-mêmes, engageriez-vous un patient psychiatrique...?

- Ma famille disent que je suis paresseuse et que je m'écoute trop parce que je ne travaille pas et que je suis sur le BES.

- Ma famille disent que j'ai l'air d'une dopée avec vos pilules. Ils disent que je devrais cesser de prendre des médicaments.

- Pensez-vous que je vais traîner ces pilules-là avec moi au travail? De quoi je vais avoir l'air?
- Faut-il que je le dise à mon employeur, que j'ai fait de la psychiatrie..? J'ai rien marqué sur le questionnaire... est-ce que je devrais?

APPROCHE COGNITIVE.....?

### 6) l'acceptation des rechutes inévitables en dépit de tous les efforts

- Ca ne sert à rien de prendre des pilules. C'est la quatrième fois que je viens ici....!
- Tout est à recommencer à zéro....
- Revenir à l'hôpital est la pire expérience qui puisse m'arriver. Plutôt que de revenir ici encore une fois, je vous jure que je vais me tuer.
- La prochaine fois, je veux rester chez moi et "vivre ma manie" dans mon appartement....

APPROCHE COGNITIVE.....?

Tout le monde ici a entendu ces commentaires des centaines de fois. A toutes ces affirmations, le thérapeute doit produire des parades, des réponses, des démonstrations. Vous en connaissez sûrement, vous en avez sans doute inventées sous l'impulsion du moment, vous en privilégiez, vous en créez sans cesse de nouvelles. Ce sont des raisonnements logiques (??), des métaphores, des anecdotes, des démonstrations imagées, etc.... C'est le temps d'en discuter, d'en faire profiter vos collègues après vos patients, de les échanger et de les raffiner.

Un dernier point: si la problématique soulevée ici vous paraît relever plutôt de l'approche psycho-éducationnelle, soyez sans craintes ni scrupules: il n'y a pas de brevet sur la possession exclusive des idées. Les bonnes idées n'appartiennent à personne. Les modèles théoriques ne se concertent pas entre eux avant de se coucher sur la réalité: parfois, on peut même en trouver deux dans le même lit...! Pourquoi ne copulent-ils pas un peu plus, voilà la question...

une comorbidité très importante avec les troubles de l'humeur (surtout les troubles bipolaires) et la présence d'antécédents familiaux positifs à cet effet.

2) Association suggérée avec les troubles d'abus de substance.

3) Regroupement au sein d'un "trouble du spectre obsessionnel-compulsif (*obsessive compulsive spectrum disorder*).

4) La kleptomanie a aussi été retrouvée chez des individus porteurs d'atteinte neurologique (lésions frontale gauche ou pariéto-temporales droites), le comportement déviant étant parfois attribué à une manifestation d'épilepsie temporale.

**Psychologique:**

**Théorie des pulsions:** elle offre de nombreuses explications de la kleptomanie en fonction des significations symboliques qu'elle prend selon le niveau du développement psychosexuel (fixation): actualisation d'une pulsion sexuelle, de besoins infantiles, de vengeance et de compensation en regard de sentiments de privation ou de négligence passées, envie du pénis, etc..

**Psychologie du moi:** le vol est alors davantage perçu comme la manifestation d'une défense contre le conflit: angoisse de castration vs désir pressant de passivité. Pour d'autres, le conflit résiderait dans la pathologie d'un surmoi hypotrophié (agir antisocial) ou hypotrophié (autopunition).

**Relations d'objet:** le kleptomane serait aux prises avec un objet interne menaçant et dangereux qu'il tenterait de contrôler en rétablissant en lui-même un sentiment d'omnipotence.

**Psychologie du self:** il s'agirait alors d'une façon de prévenir une fragmentation du self menacé par une atteinte narcissique.

**Modèle non spécifique:** la kleptomanie est à la fois l'expression et le soulagement d'un état de tension pouvant être lié à un stress simple ou à un problème d'anxiété ou de dépression.

**BIBLIOGRAPHIE**

Fugère, R., A. D'Élta, et al. (1995). "Considérations on the Dynamics of Fraud and Shoplifting in Adult Female Offenders." *Can. J. Psychiatry* 40(3): 150-153.

Goldman, M. (1992). "Kleptomania: an overview." *Psychiatr Ann* 22: 68-71.

Goldman, M. J. (1991). "Kleptomania: Making Sense of the Nonsensical." *Am. J. Psychiatry* 148(8): 986-996.

Kindler, S., P. Dannon, et al. (1997). "Emergence of Kleptomania During Treatment for Depression with Serotonin Selective Reuptake Inhibitors." *Clinical Neuropharmacology* 20(2): 126-129. *Il semble que l'usage des ISRS ne soigne pas toujours la kleptomanie, mais peut parfois la déclencher, l'article qui précède en rapporte 3 cas.*

McElroy, S., J. Hudson, et al. (1991). "Kleptomania: a report of 20 cases." *Am. J. Psychiatry* 148: 652-7.

McElroy, S., J. Hudson, et al. (1992). "The DSM-III-R Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified: Clinical Characteristics and Relationship to Other Psychiatric Disorders." *Am. J. Psychiatry* 149(3): 318-327.

la chronique du  
concept passe-partout



**LES THÉORIES DE  
L'ATTRIBUTION - (I)**

- 1) le locus de contrôle
- 2) la dépendance à l'égard du champ

Aujourd'hui, ce n'est pas un seul passe-partout, mais tout un trousseau que notre chronique vous apporte. Dans nos milieux, on a souvent tendance à limiter la compréhension de la thérapie cognitive à la seule restructuration cognitive appliquée à des postulats irrationnels tels que la triade de Beck. Or c'est là une injuste et grave négligence puisque la thérapie cognitive couvre un champ bien plus vaste et étayé par une multitude de recherches fascinantes. Qu'on pense par exemple à l'Entraînement à la solution de problèmes, à l'Auto-instruction, à l'Auto-observation, à l'Arrêt de la pensée et surtout aux diverses théories de l'Attribution dont nous verrons ces semaines-ci quatre exemples importants et qui ont suscité un intérêt pragmatique énorme.

La pertinence de ces théories dans le cadre des thérapies cognitives devient évidente lorsqu'on considère leur principe fondamental: un comportement peut être influencé par sa causalité perçue bien plus que par sa causalité réelle. En d'autres termes, et l'on reconnaîtra là les idées d'Épictète, de Marc-Aurèle, d'Albert Ellis, de Schacter et Singer, de Meichenbaum, etc..., l'esprit humain attribue aux phénomènes, intrapsychiques comme extrapsychiques, des causes qui peuvent être fort différentes de leurs causes réelles, mais c'est en fonction de la cause imaginée et non pas de la cause réelle que le sujet déterminera son attitude et ses réactions face à ces mêmes phénomènes. Par exemple, si je crois que la maladie affective dont je suis affligé régulièrement est causée non pas par une aberration biochimique à déterminants génétiques mais plutôt par un "complexe psychologique profond" ou pire encore par une "tare" morale ou intellectuelle, mon attitude sociale en cette matière sera beaucoup plus auto-destructrice et contribuera peut-être à une aggravation de ma situation..

Ce qui relie cette théorie au champ de l'apprentissage, c'est que l'on apprend dès le plus jeune âge à invoquer certaines causes de préférence à d'autres dans une éternelle tentative d'expliquer l'univers.. C'est ce qu'on appelle l'"attribution". Soulignons tout de suite que ce terme ne postule en rien la véracité ni la fausseté objective de l'explication invoquée: c'est uniquement le phénomène psychologique qui nous intéresse ici et son impact sur la réalité psychique du sujet.

On étudiera successivement dans cette chronique et la suivante quatre théories marquantes de l'histoire de la psychologie et qui ont permis de mettre en lumière des "styles cognitifs" dont la psychothérapie cognitive saura se servir:

- 1) le locus de contrôle (Julian Rotter)
- 2) la dépendance au champ (H. Witkin)
- 3) la mésattribution (S. Shacter et J. Singer)
- 4) l'efficacité personnelle (Albert Bandura)

## 1) LE LOCUS DE CONTRÔLE

Le conditionnement opérant nous a appris que le comportement des individus soumis à des cédules de renforcement dépend de la structure de ces mêmes cédules, en particulier lorsqu'une phase d'extinction est instituée. Or, dans certaines circonstances, il arrive parfois que des individus réagissent de façon totalement opposée à ce que la théorie pourrait prévoir; par exemple, des individus soumis à des cédules fixes (donc appelant une extinction rapide) réagissent comme s'il s'agissait en fait de cédules variables et leur comportement est modifié en ce sens (et inversement). Comment l'expliquer?

Julian Rotter, l'un des pionniers de cette théorie remarquable, écrivait en 1966: "L'effet d'un renforcement n'est pas comparable à un simple estampillage, mais dépend beaucoup de la relation causale que le sujet perçoit entre son propre comportement et sa récompense. Lorsqu'un renforcement est perçu par un sujet comme n'étant pas entièrement dépendant de son action, il est alors considéré comme l'effet du hasard, de la chance, du destin, ou encore comme sous le contrôle de forces extérieures puissantes et imprévisibles. Lorsqu'un événement est ainsi interprété, nous parlons de croyance en un contrôle externe. Si par contre l'individu perçoit cet événement comme une conséquence directe de sa propre activité, nous parlons de croyance en un contrôle interne". La question se pose donc ainsi: l'individu perçoit-il le contrôle sur sa vie comme provenant de l'intérieur de lui ou de l'extérieur? Où donc se situe, subjectivement, le "locus" de contrôle d'un individu (*locus of control*)?

Des questionnaires interne-externe ("*I-E Scale*") bien validés ont démontré l'existence d'une population d'individus "in-

ternes", qui se perçoivent comme des agents actifs de leur propre destin, prennent plus d'initiatives et de responsabilités, utilisent leurs informations plus efficacement et semblent plus en contact avec leur environnement. Les individus "externes", par contre, bien que répandus dans la population normale, présentent les caractéristiques inverses et sont surreprésentés parmi les patients psychiatriques, les prisonniers et tous les groupes minoritaires. L'échelle I.E. est un bon prédicteur du succès académique, les étudiants "internes" apparaissant plus actifs et plus déterminés à réussir.

## IMPORTANCE CLINIQUE DU CONCEPT

Le chien de Seligman (CAR 6:8), par exemple, est devenu clairement, par la vertu des expériences d'impuissance apprise, un "externe". En clinique, l'importance du concept est facile à percevoir: les patients qui croient avoir du contrôle sur leur destin ont plus de chances de le déterminer effectivement par leur compliance et leur collaboration active au traitement que si, se croyant impuissants, ils s'abandonnent passivement. Et ceci vaut autant pour le traitement des maladies physiques chroniques réclamant une forte implication du patient (diabète, etc..) que pour l'évolution des problématiques socio-psychologiques. On a pu démontrer par exemple que les patients abusés sexuellement dans leur enfance ou souffrant de troubles alimentaires ont plus tendance à avoir un locus de contrôle externe qu'interne (Waller 1998). De même, après un traumatisme grave, les sujets manifestent une perception accrue de contrôle externe, contrôle qui peut redevenir interne avec un traitement (March 1998).

On peut maintenant comprendre que des "externes" puissent moins répondre à un système de conditionnement opérant puisqu'ils perçoivent moins clairement le lien entre leur action et la conséquence (récompense ou punition) subséquente. Les externes sont également moins susceptibles de répondre à une méthode de psychothérapie qui privilégie la prise en charge éventuelle de leur destin; ils pourraient par contre répondre mieux à des méthodes de suggestion ou de prise en charge totale par une structure extérieure. Inversement, il y a également des évidences indiquant qu'on peut transformer un "externe" en "interne" en lui facilitant de nombreuses expériences de succès à travers lesquelles il percevra ou "apprendra" de façon répétée le lien entre son action et son destin; pensons ici à la thérapie de Seligman avec ses chiens, d'Aaron Beck avec ses déprimés ou aux méthodes de mobilisation de groupes de citoyens défavorisés.

## BIBLIOGRAPHIE

- Lefcourt, H. (1982). *Locus of Control: Current Trends in Theory and Research*, Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- March, J., L. Amaya-Jackson, et al. (1998). "Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor." *Journal of the*

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 37(6): 585-593.

Rotter, J. (1971). "External Control and Internal Control." *Psychology Today* (juin): 37-59.

Waller, G. (1998). "Perceived control in eating disorders: relationship with reported sexual abuse." *International Journal of Eating Disorders* 23(2): 213-216.

## 2) LA DÉPENDANCE À L'ÉGARD DU CHAMP

Une théorie proche sous plusieurs aspects de la précédente et bien ancrée dans la recherche scientifique sur la perception de la causalité et le sentiment de contrôle est celle de la dépendance à l'égard du champ ("field independence-field dependence" ou FI-FD) élaborée par le psychologue américain Herman Witkin dans son ouvrage de base "*Personality Through Perception*" publié en 1954. Cette typologie des styles cognitifs des individus présente l'intérêt d'être enracinée dans des caractéristiques perceptuelles physiologiques très concrètes et qui peuvent être mesurées par le "*Rod and frame test*": on demande à un sujet d'ajuster dans l'obscurité une tige lumineuse ("*rod*") à la véritable verticale alors qu'elle est entourée d'un cadre ("*frame*") également lumineux dont l'expérimentateur peut faire varier l'inclinaison à son gré. Dans ces conditions où les seuls repères visuels du sujet sont la tige et le cadre, certains sujets dits "*field dependent*" (FD) qui se servent plus de leurs indices visuels issus de l'extérieur, ajustent (à tort) la tige en relation avec le cadre, tandis que d'autres, dits "*field independent*" (FI) réussissent mieux en alignant la tige avec la position de leur propre corps. Or, les FD, qui confondent la verticale avec les sigaux visuels erronés, et les FI, qui demeurent indépendants du champ, sont aussi très différents psychologiquement comme on le peut le voir dans le tableau ci-bas. Il s'agit donc ici de véritables styles cognitifs qui sont de plus enracinés dans la constitution biologique du sujet.

Le concept de dépendance à l'égard du champ a inspiré de très nombreuses recherches, particulièrement dans le champ de l'éducation, de la sociologie et de la psychophysiologie des perceptions (Wapner et Demick 1991).

De même que l'humanité a passé de la chasse et la cueillette à l'agriculture, on a suggéré que l'évolution naturelle irait de l'indépendance à la dépendance à l'égard du champ (sans jeu de mot...!). Par contre ce qu'on appelle dans notre société "le développement personnel de l'individu" va plutôt de la dépendance à l'indépendance à l'égard du champ. Il faut donc être prudent dans les généralisations à tirer de ces données. Il paraît plus raisonnable de considérer que les styles cognitifs pourraient se développer de façon diverses, dans une adaptation plus ou moins heureuses relativement à des circonstances éco-culturelles changeantes.

Tout comme pour la typologie précédente du locus de contrôle, il est donc difficile de prétendre qu'un style soit préférable à un autre, bien que les extrêmes puissent devenir problématiques. Stansell et coll. (1975) ont montré par exemple que des patients psychiatriques extrêmement indépendants à l'égard du champ, étaient aussi moins conventionnels, plus agressifs, antisociaux et défensifs que des patients plus dépendants. Par ailleurs, les deux styles cognitifs comportent des avantages pour l'individu. Bien que les fondements perceptuels de la différenciation FI-FD semblent évoquer un phénomène irrémédiable (parce qu'ancré dans la biologie), il ne faudrait pas conclure à un constat d'impuissance. Tout au plus, ce concept nous indique certains fondements du comportement d'attribution et nous rappelle que certains individus ont peut-être besoin de plus d'effort que d'autres pour modifier la perception plus ou moins biaisée qu'ils ont de leur propre existence.

### BIBLIOGRAPHIE

- Stansell, V., L. Beutler, et al. (1975). "MMPI correlates of extreme field independence and field dependence in a psychiatric population." *Perceptual & Motor Skills* 40(2): 539-44.
- Wapner, S. and J. Demick, Eds. (1991). *Field dependence-independence: Cognitive style across the life span*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
- Witkin, H. (1954). *Personality Through Perception*.
- Witkin, H. (1978). *Cognitive Styles in Personal and Cultural Adaptation*. Worcester, Mass., Clark University Press.
- Witkin, H. (1981). *Cognitive Styles: Essence and Origins. Field Dependence and Independence*. New-York, International Universities Press.

#### Caractéristiques des *Field-Dependant*

Utilisent plus le support d'autrui  
Orientation interpersonnelle plus marquée  
Vont vers les professions d'aide  
Plus chaleureux et accommodants  
Moins aptes au changement  
Plus aptes à l'apprentissage social  
Sociétés primitives agricoles

#### Caractéristiques des *Field-Independent*

Plus autonomes  
Moins axés sur la relation interpersonnelle  
Moins portés vers la thérapie  
Plus froids  
Plus aptes au changement  
Plus aptes à la restructuration cognitive  
Sociétés basées sur la chasse et la cueillette

## la chronique du

# concept passe-partout



### LES THÉORIES DE L'ATTRIBUTION - (II) 3) la mésattribution 4) l'efficacité personnelle

On continue aujourd'hui la présentations des diverses factes cliniquement significatives du concept d'attribution.

#### 3) LA MÉSATTRIBUTION

La théorie des émotions de Schacter et Singer (1962) est née d'une recherche demeurée célèbre sur l'importance respective de l'activation interne ("*arousal*") et de la cognition dans la nature des émotions. En injectant de l'épinéphrine à divers groupes de sujets qui, ayant reçu au préalable des explications différentes, ont vécu alors des émotions différentes, Shacter et Singer sont arrivés à la conclusion que: "étant donné un certain niveau d'activation physiologique pour lequel un individu n'a pas d'explications immédiates, ce dernier étiquettera ("*label*") et décrira ses émotions concomitantes en terme des cognitions qui lui sont accessibles". Or cette attribution pourra être erronée (*missattribution*).

Les applications cliniques de cette théorie sont mises en lumière par une expérience intéressante de Valins et Roy (1967): des phobiques sont exposés à des diapositives de serpent en alternance avec des diapositives portant le mot "choc électrique". Pendant les présentations, un feedback falsifié de leur rythme cardiaque leur fait croire que celui-ci accélère avec "choc électrique" et ralentit devant les serpents. Des mesures subséquentes révèlent que la peur des serpents a diminué de façon significative chez les sujets qu'on a amené trompeusement à inférer une diminution du rythme cardiaque

(pseudo réponse de relaxation) face à l'objet phobique.

Cette expérience a été répétée à plusieurs reprises dans plusieurs contextes avec les mêmes résultats positifs supportant la théorie. D'ailleurs il n'y a probablement pas de psychothérapeute qui n'utilise ce principe de "mésattribution" un jour ou l'autre, en particulier avec des patients hypochondriaques ("*ce n'est pas votre coeur, ce sont vos "nerfs"*", ou votre digestion, etc...), insomniaques ("*ce n'est pas votre dépression, c'est le café, etc...*") ou névrotique ("*ce n'est pas votre femme que vous détestez, c'est votre mère que vous voyez en elle*").

Il n'y a pas de techniques thérapeutiques systématiques issues de cette théorie et les résultats d'application sont statistiquement mais non cliniquement significatifs à date. Il demeure cependant essentiel de rester conscient du concept lorsqu'il s'agit de comprendre aussi bien la pathologie que l'amélioration du patient. Ainsi il ne sera pas rare de voir un patient modifier sa qualité de vie en générant des attributions pathogènes ("*je n'ai pas eu d'érection parce que je ne suis pas viril!*") ou au contraire des attributions innocentes ("*je n'ai pas eu d'érection parce que je suis fatigué!*"). Un thérapeute utilisera de même les attributions de causalité les plus susceptibles d'aider son patient, par exemple dans des techniques d'interposition, pour retarder un insight potentiellement dévastateur, ou pour corriger des mésattributions pathogènes et fausses à la fois (ex: "*je rougis parce que j'ai honte...*").

#### BIBLIOGRAPHIE

- Harvey, J. and G. Weary, Eds. (1985). Attribution: Basic Issues and Application. Orlando, Academic Press.
- Raimy, V. (1975). Misunderstandings of the Self: Cognitive Psychotherapy and the Misconception Hypothesis. Sans Francisco, Jossey-Bass.
- Shacter, S. (1964). "The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state." Adv Exp Psychol 1: 49-89.
- Shacter, S. and J. E. Singer (1962). "Cognitive, social and physiological determinants of emotional state." Psych Review 69(5): 379-399.

#### 4) L'EFFICACITÉ PERSONNELLE

Bandura a développé le concept de "*self efficacy*" en 1976, pour tenter d'expliquer pourquoi certains patients n'émettent pas le comportement prescrit qui pourrait conduire à la guérison (par exemple, se relaxer dans certaines situations anxiogènes) ou, même s'ils l'ont déjà fait en présence du

thérapeute avec un succès évident, ne semblent pas pouvoir répéter l'expérience. Il a postulé, ce qui fut vérifié par la suite, que ces patients, bien qu'ils aient une expectative positive du résultat de la stratégie thérapeutique ("outcome expectation"), ont une expectative négative de leur efficacité à poser adéquatement les gestes nécessaires pour atteindre ce résultat ("efficacy expectation"). En d'autres termes: "Je sais, docteur, que la stratégie que vous me proposez est excellente pour réussir avec tout autre patient, mais je sais aussi (ce que je ne vous dis pas) que je suis tout à fait incompetent pour l'appliquer correctement".

sujet → → → comportement → → → résultat

→ → →

→ → →

expectative d'efficacité

expectative du résultat

Mais comment se développe donc, alors, le sentiment d'efficacité personnelle? Bandura répond à cette question en suggérant diverses techniques qui sont toutes bien connues.

### Source d'EP

### Modes d'induction

#### 1) Performances répétées

- désensibilisation in vivo
- modelage
- exposition
- auto-instruction

#### 2) Expérience vicariante

- modèle vivant
- modèle symbolique

#### 3) Persuasion verbale

- exhortation
- suggestion
- auto-instruction
- interprétation

#### 4) Activation émotionnelle

- attribution
- relaxation
- exposition symbolique
- désensibilisation symbolique

Ce concept ne conduit donc pas à l'élaboration d'une nouvelle technique de thérapie proprement dite, mais il éclaire un type de résistance à l'apprentissage qui, lorsqu'il est bien identifié, peut être corrigé par une intervention judicieuse combinant des approches déjà connues. Pour vous pratiquer, appliquez donc ce modèle à la phobie sociale résistante (page 2-3)!

### BIBLIOGRAPHIE

- Bandura, A. (1977). "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change." *Psych Review* 84(2): 191-215
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*, Prentice Hall.



## RUBRIQUE DES EFFETS SECONDAIRES

### LES BENZO SE FONT BAROQUETTER!

Certains anti-ulcéreux qualifiés d'"inhibiteurs de la pompe à proton" ont pour action principale d'inhiber l'H<sup>+</sup>K<sup>+</sup>-ATPase. Ce sont le lansoprazole (Prevacid™) et l'oméprazole (Losec™). Ils ont peu d'effets secondaires psychiatriques bien qu'ils aient causé parfois de la confusion, de la dépression, de l'agitation et des hallucinations chez des patients gravement malades. Cependant, l'oméprazole (Losec™) allonge la demie-vie d'élimination du diazépam de 128% et de la phénytoïne de 27%; de plus il potentialise légèrement la warfarine (Coumadin™) comme d'ailleurs certains ISRS et même la quetiapine (Rogers 1999). Le lansoprazole (Prevacid™) n'aurait pas cet effet. Considérant l'utilisation fréquente de benzodiazépines chez les ulcéreux, cette information peut se révéler cruciale, en particulier chez les personnes âgées.

De même, le ritonavir (Norvir™) un inhibiteur de la protéase virale du VIH utilisé dans les polythérapies de cette condition, exerce une action importante bidirectionnelle sur l'isoenzyme 3A de P450, affectant en particulier le métabolisme de l'alprazolam (Xanax™), du triazolam (Halcion™) et de la trazodone (Désyrel™): il est inhibiteur à court terme et inducteur à long terme. Puisqu'on est encore incapable de spécifier la durée temporelle de chacun de ces effets, les risques d'inefficacité de ces produits sont aussi grands que ceux de leur toxicité. Cet effet bidirectionnel se manifeste également à l'endroit des autres produits utilisés conjointement dans la thérapie du VIH, entraînant des niveaux sériques parfois très bas qui favorisent éventuellement la résistance du VIH ou sa recrudescence. Comme ces patients sont souvent suivis conjointement en psychiatrie, le psychiatre à tout intérêt à connaître cet effet.

Greenblatt, D. J., L. von Moltke, et al. (1999). "Extensive impairment of triazolam and alprazolam clearance by short-term low-dose ritonavir: the clinical dilemma of concurrent inhibition and induction." *J Clin Psychopharm* 19(4): 293-295.

Rogers, T., J. de Leon, et al. (1999). "Possible interactions between warfarin and quetiapine." *J Clin Psychopharm* 19(4): 382-383.