

Jacques Van Rillaer
Les Thérapies comportementales

Chapitre du cours de Psychologie donné jusqu'en 2009
à la Faculté de Médecine de l'université de Louvain

Introduction

1. L'analyse et l'explication des comportements
2. Le noyau des thérapies comportementales
3. L'apprentissage de changements
4. Résultats observables et problèmes éthiques.

Bibliographie

Informations pratiques

Introduction

Les thérapies comportementales sont des psychothérapies fondées explicitement sur des recherches de la psychologie scientifique. Pour bien comprendre leur spécificité, il est utile de les situer dans le vaste champ des psychologies et des psychothérapies.

La multiplicité des psychologies

La psychologie étant définie comme un ensemble d'observations et d'explications de conduites, on peut dire que son histoire remonte à la nuit des temps et présente une grande diversité de conceptions. Il est éclairant de regrouper ces conceptions en trois catégories de psychologies : intuitive, philosophique, scientifique.

□ Dans la psychologie intuitive, on peut ranger la psychologie spontanée ou naïve de chaque individu ; la psychologie du sens commun que produit chaque société humaine (dictons, usages linguistiques, croyances transmises) ; la psychologie littéraire élaborée par les dramaturges, les romanciers, les biographes, les humoristes...

□ La psychologie philosophique prend appui sur certaines formes de psychologie intuitive, mais elle est en principe plus rationnelle, critique et cohérente. Elle s'est développée depuis l'antiquité. Des réflexions intéressantes sur les relations interpersonnelles et la gestion de soi se trouvent déjà chez les stoïciens et les épicuriens. Aristote peut être considéré comme l'auteur du premier ouvrage de psychologie philosophique, le *Traité de l'âme*.

La psychologie philosophique du XX^e siècle a été profondément marquée par le courant phénoménologique — éminemment représenté par Sartre et Merleau-Ponty — et le courant

existentiel ou humaniste. Leurs promoteurs ont souligné la capacité, propre à l'homme, de prendre du recul face aux situations, d'élaborer des projets et de réorienter son existence.

La psychanalyse peut être située parmi les psychologies philosophiques. Freud, son fondateur, a organisé une "école" qui présente des analogies avec des écoles philosophiques gréco-romaines. Il a élaboré une doctrine officielle, la théorie psychanalytique, à laquelle tout membre doit adhérer sous peine d'exclusion ; il a imposé une procédure d'initiation, l'analyse didactique, à tous ceux qui veulent devenir ses disciples. L'histoire du mouvement qu'il a lancé se caractérise par des conflits, des excommunications et la constitution d'écoles rivales.

□ La psychologie scientifique est née au XIXe siècle, quand des savants - surtout des médecins et des physiologistes - ont commencé à étudier des problèmes psychologiques à l'aide de la méthode scientifique. Cette méthode avait déjà fait preuve d'une fécondité remarquable dans les sciences naturelles. Dans les sciences humaines, elle va apparaître d'abord peu adéquate, puis intéressante et enfin très fructueuse.

Traditionnellement on considère la création du premier laboratoire de psychologie expérimentale par Wundt en 1879, à Leipzig, comme la déclaration d'indépendance de la psychologie vis-à-vis de la philosophie et de la physiologie. Wundt a défini la psychologie comme la science de l'âme. En 1913, l'Américain John Watson a promu l'idée que la psychologie scientifique n'a pas à spéculer sur l'âme ou l'esprit, mais doit se limiter à étudier, par l'observation méthodique et l'expérimentation, des comportements, leurs facteurs environnementaux et physiologiques. Cette conception de la psychologie comme science du comportement (en anglais "*behavior*") est appelée "behaviorisme" ou "comportementalisme".

Watson a dénoncé la pratique extrêmement fréquente d'expliquer les conduites par des entités mentales inobservables (facultés de l'âme, traits de caractère, pulsions inconscientes, refoulements, complexes, etc.). Pour lui, on peut dire que l'individu qui frappe son voisin adopte un comportement agressif, mais on ne peut "expliquer" que cet individu frappe "parce qu'il est agressif" ou "parce qu'il a une pulsion d'agression". Le caractère verbal ou tautologique de ce type d'explication apparaît dès qu'on pose la question "comment savez-vous que cet individu 'est' agressif ou qu'il est mû par une pulsion d'agression ?" : on ne peut répondre à cette question qu'en invoquant des conduites ("on voit qu'il 'est' agressif ou qu'il a une pulsion d'agression... parce qu'il adopte des comportements agressifs"). Le psychologue doit avant tout bien observer dans quelles conditions environnementales et physiologiques apparaissent tels comportements, plutôt que d'interpréter n'importe quelle conduite par des concepts mentalistes.

Watson reconnaissait l'importance de variables "internes" (notamment le langage intérieur et les émotions), mais il estimait la psychologie de son temps trop peu élaborée pour les aborder de façon scientifique. Il proposait de laisser provisoirement entre parenthèses les contenus de la "boîte noire". Avec le temps les behavioristes ont accordé de plus en plus d'importance aux comportements "privés", aux opérations cognitives et aux conduites spécifiquement humaines. Par exemple Skinner a réalisé en 1953 la première analyse scientifique des stratégies d'autocontrôle et a publié en 1957 un livre de 478 pages sur le langage (*Verbal behavior*).

Au cours des années 60, un nombre croissant de psychologues, toujours fidèles aux principes de la méthodologie scientifique, se sont centrés sur la "médiation cognitive", qui se produit entre les stimuli externes et les actions manifestes. C'est l'avènement de la "psychologie cognitive", puis la vogue du "cognitivisme".

Durant la décennie suivante, la majorité des psychologues d'orientation scientifique ont cherché à intégrer les apports du behaviorisme et du cognitivisme. Certains appellent cette

perspective le “néobehaviorisme” ou “behaviorisme cognitif”, d'autres parlent tout simplement de “psychologie scientifique”.

La multiplicité des psychothérapies

Les psychothérapies sont des pratiques psychologiques destinées à traiter des troubles mentaux et des troubles somatiques d'origine psychique. Elles ont un long passé : les guérisseurs primitifs, les prêtres de l'Egypte ancienne et des temples d'Esculape ont déjà, par de tels moyens, induit des guérisons spectaculaires ; les stoïciens ont développé des stratégies pour réduire les émotions perturbantes. Aujourd'hui le nombre de psychothérapies est considérable. Pour y voir clair, nous proposons le même type de classification que pour les psychologies.

□ Dans la catégorie des psychothérapies intuitives, on peut ranger les conseils, les suggestions, les “passes magnétiques”, le “cri primal”, etc. Certaines relèvent du “bon sens” ; d'autres sont des formes de charlatanisme.

□ Des psychothérapies sont explicitement fondées sur des courants philosophiques : “l'analyse existentielle” de Binswanger se base sur la phénoménologie, la “thérapie centrée sur le client” de Rogers se réfère à une philosophie humaniste. D'autres peuvent être considérées comme d'orientation philosophique ou “interprétative” : elles ont pour point de départ des observations cliniques, mais leurs théories sont largement spéculatives et n'ont guère donné lieu à des vérifications qui respectent les règles de la méthodologie scientifique. On peut citer la psychanalyse freudienne et les différentes écoles qui en dérivent : “psychologie individuelle” d'Adler, “psychologie analytique” de Jung, “bioénergie” de Reich, lacanisme, etc.

□ Les psychothérapies d'orientation scientifique sont les plus récentes. Elles se sont développées à partir des années 1960.

Le premier courant est la thérapie comportementale. Il est l'œuvre de behavioristes qui ont utilisé des résultats de la psychologie expérimentale pour traiter des troubles du comportement.

Le deuxième courant est la thérapie cognitive, promu par le psychologue new-yorkais Albert Ellis et le psychiatre Aaron Beck (université de Pennsylvanie). Pratiquant d'abord la psychanalyse, ces thérapeutes ont été déçus par les maigres résultats de la cure freudienne. Ils ont cherché dans la psychologie cognitive des moyens de rendre leur pratique plus scientifique et efficace.

Leur conception peut se résumer aux thèses suivantes : les troubles “névrotiques” résultent de modes de pensée dysfonctionnels (croyances infantiles, généralisations abusives, idéalizations, etc.) ; tout être humain peut prendre conscience de ses modes de pensée “névrotisants” et peut les modifier. Les cognitivistes ont élaboré des stratégies permettant de déconstruire activement des croyances et des schèmes cognitifs néfastes, et de les remplacer par d'autres, choisis de façon réfléchie.

L'évolution des psychothérapies “scientifiques” a été parallèle à celle des théories psychologiques, mais l'opposition entre les courants a été moins vigoureuse que chez les théoriciens et les expérimentalistes. Dans les années 70, l'expression “thérapie cognitivo-comportementale” a consacré la volonté d'intégrer les approches typiquement behaviorales et cognitives. Son usage ne s'est pas généralisé, car le terme “comportement” a été de plus en plus souvent utilisé au sens large, incluant la dimension cognitive et affective de la conduite. Les behavioristes ont assimilé l'apport des cognitivistes et se sont occupés autant des aspects cognitifs et affectifs que des actions. Le qualificatif “cognitivo” est alors devenu superflu. En France les praticiens continuent cependant à préférer l'expression

“thérapie cognitivo-comportementale”, de façon à bien marquer la distance qui sépare leur cadre théorique (le néobehaviorisme ou behaviorisme cognitif) et la version primitive du behaviorisme.

Le qualificatif “cognitivo-comportemental” présente l'inconvénient de passer sous silence deux dimensions dont s'occupent activement les comportementalistes : les affects et certains processus corporels (respiration, tonus musculaire, effet de substances psychoactives, etc.). L'expression “thérapie bio-cognitivo-affectivo-praxique” rendrait mieux compte de la réalité de leur pratique, mais elle est trop longue. L'expression “psychologie scientifique appliquée” satisfait le spécialiste, mais le mot “science” est souvent mal compris dans le public : tantôt il fait croire naïvement que l'expert possède la “vérité”, tantôt il suscite des résistances chez ceux qui croient, à tort, que démarche scientifique et respect de la personne sont incompatibles.

En fin de compte, l'expression “thérapie comportementale” étant devenue courante dans le vocabulaire des psychiatres et psychologues (surtout anglo-saxons), il est raisonnable de l'utiliser malgré les préjugés qu'elle peut favoriser.

Le développement des thérapies comportementales

Les expériences de Mary Jones

Les premières psychothérapies fondées sur la psychologie scientifique ont été essayées en 1924 par Mary Jones à l'université Columbia. Cette psychologue s'est basée sur des recherches de Watson montrant que des phobies peuvent résulter d'expériences de peur et qu'elles n'impliquent pas nécessairement une explication en termes de conflits intrapsychiques inconscients. Jones a testé plusieurs méthodes pour traiter des phobies. Deux sont apparues efficaces : le “déconditionnement” par habituation progressive et l'imitation de “modèles”.

A titre d'exemple, voyons comment Jones a traité Peter, un garçon de trois ans qui avait très peur des lapins et qui redoutait, dans une moindre mesure, les rats, les souris et les grenouilles. L'enfant est installé sur une chaise haute. Pendant qu'il reçoit ses aliments préférés ou joue agréablement, un lapin est amené dans une cage grillagée à l'autre bout de la pièce. Durant les premières séances Peter présente des signes de peur, mais il s'habitue petit à petit au stimulus anxiogène. Après quelques jours, la cage peut être rapprochée sans déclencher de fortes réactions. Jones utilise conjointement le pouvoir thérapeutique de l'imitation : elle invite trois garçons de l'âge de Peter, qui n'ont pas peur des lapins, à jouer devant lui avec l'animal phobogène.

Le degré de tolérance de Peter augmente selon une progression en dents de scie, lentement mais sûrement. Après une quarantaine de séances, la réaction de peur disparaît au profit de conduites nouvelles, tout à fait positives : l'enfant accepte l'animal dans son parc, joue avec lui et le caresse affectueusement. Aucun “symptôme de substitution” - pour parler comme les psychanalystes - n'apparaît dans les semaines qui suivent. Au contraire, Jones constate un “effet boule de neige positif” : après que Peter a appris à rester calme en présence d'un lapin, sa crainte des rats, des souris et des grenouilles disparaît également, sans “training” spécifique.

Ce traitement illustre les principes suivants :

- La méthode d'analyse et d'intervention est celle de la psychologie scientifique : le thérapeute expérimente de façon méthodique ; son attention se centre sur des

comportements observables et mesurables, plutôt que sur des entités mentales inférées : il évalue objectivement les effets produits.

- La théorie qui sert de cadre de référence est la psychologie scientifique, en particulier la théorie de l'apprentissage. Une thèse essentielle est que la majorité des comportements "problématiques" peuvent diminuer ou disparaître selon les mêmes processus que ceux qui permettent d'apprendre et de modifier des conduites dites "normales".

- Des changements programmés de l'environnement (ici la confrontation effective avec le stimulus anxiogène situé à des distances variables ; l'exemple de "modèles" facilement imitables) peuvent favoriser de nouveaux comportements (rester calme, imiter des camarades, s'intéresser, percevoir de nouvelles significations, éprouver d'autres affects) et finalement libérer la personne d'automatismes "névrotiques".

Ces principes sont à l'origine de diverses méthodes, pour lesquelles Skinner et ses collaborateurs proposent en 1953 le nom "thérapies comportementales". Celles-ci se définissent comme des procédures utilisant des données de la psychologie scientifique en vue de résoudre des problèmes psychologiques ou de modifier des conduites perturbées.

La désensibilisation systématique

Il faut attendre un quart de siècle pour que se développent de façon cohérente des psychothérapies dérivées des principes énoncés par Watson et Jones. Un des principaux pionniers est Joseph Wolpe, un psychiatre sud-africain formé à la psychanalyse, que la méthode freudienne déçoit parce qu'il a des exigences de scientificité et d'efficacité. Durant les années 50, il réalise des expériences sur des chats : il provoque des réactions de phobie ou de panique, puis teste différents procédés pour les faire disparaître. Sur base de ses recherches et de la conception behavioriste de l'époque, il publie en 1954 une théorie des phobies chez l'être humain. Selon lui, elles sont souvent des réactions conditionnées par des situations traumatisantes. Son traitement, la "désensibilisation systématique", consiste à faire apprendre un comportement qui permet de neutraliser l'anxiété (p.ex. la diminution rapide du tonus musculaire) et d'aider la personne à affronter par étapes des situations anxiogènes. La mise en œuvre comporte 4 phases :

- La personne fait d'abord des exercices de relaxation, qui vont lui permettre d'adopter en quelques secondes une attitude relativement "relax".

- Le client et le thérapeute explorent les différentes sources d'angoisse du client. Ils examinent les principaux thèmes et leur fonctionnement. Le client est invité à ranger les situations repérées selon le degré d'anxiété qu'elles provoquent. Il apprend à utiliser une "échelle de tension psychique", qui permet une quantification - grossière, mais extrêmement utile - des peurs et de leurs variations.

- La désensibilisation proprement dite commence par la confrontation imaginaire avec une situation faiblement redoutée. Aidé par le thérapeute, le client, qui a les yeux fermés, imagine la situation et laisse venir les émotions qu'elle provoque. Il énonce alors son degré de tension psychique et cherche à le réduire en adoptant une attitude de relaxation. Il continue à se concentrer sur la situation jusqu'au moment où il éprouve une diminution sensible de tension. La procédure est répétée, puis appliquée à des situations de plus en plus anxiogènes.

- Dès que le client a élaboré de nouveaux schèmes cognitifs, qui lui permettent d'envisager plus calmement des situations stressantes au niveau imaginaire, il est invité à affronter le même type de situations dans la réalité. La pratique montre que la transposition s'accomplit sans grande difficulté. Il y a parfois un décalage entre les comportements cognitifs et les actions, mais la méthode permet de réels progrès, mesurables, qui sont le point de départ

d'un changement durable des conduites et de la conception que le sujet se fait de ses capacités.

Des recherches ultérieures ont montré que la désensibilisation peut fort bien se réaliser sans l'étape des exercices par visualisation mentale. Après l'apprentissage de la relaxation, du contrôle de la respiration et d'auto-instructions permettant de neutraliser les ruminations dramatisantes, l'affrontement des stimuli anxiogènes peut se faire directement, d'abord accompagné du thérapeute, puis avec d'autres personnes sécurisantes, enfin de façon autonome).

La technique de Wolpe rappelle celle de Jones, mais s'appuie clairement sur des processus cognitifs (le sujet apprend à affronter calmement des stimuli anxiogènes en imagination, avant de s'exercer "in vivo") et sur l'autogestion d'affects (le sujet s'exerce à réduire rapidement son activation émotionnelle grâce à une formation en relaxation). Ainsi, on a utilisé des processus internes dès les premières applications thérapeutiques du behaviorisme.

Des années 60 à nos jours

Un autre artisan des thérapies comportementales est le psychologue Hans Eysenck, professeur à l'université de Londres et directeur du service de psychologie à l'hôpital Maudsley. En 1960 il publie le premier livre dont le titre contient l'expression "thérapie comportementale" : *Behaviour therapy and the neuroses*. Il y rassemble 36 publications de traitements menés dans le cadre de la psychologie scientifique. Trois ans plus tard, il crée la première revue de thérapie comportementale, *Behaviour Research and Therapy*, qui reste toujours à la pointe des progrès en psychothérapie.

Une troisième grande figure est Skinner (université Harvard). Ses principales contributions sont des recherches fondamentales sur l'analyse et la modification des comportements. Il a analysé de façon décisive comment la conduite est déterminée par les effets qu'elle produit (effets que le sujet a déjà éprouvés, qu'il imagine ou qu'il observe chez d'autres). Il a montré que l'être humain est profondément conditionné par son environnement physique et social, mais que chacun peut apprendre à exercer davantage de contrôle sur des variables qui le contrôlent. Son étude des processus d'autocontrôle (1953) est au départ de nombreux travaux sur l'amélioration de la gestion de soi : dès les années 60, ses élèves élaborent des stratégies permettant de mieux étudier, de réduire les réactions impulsives, d'harmoniser la vie conjugale (en résolvant les conflits et en augmentant les gratifications réciproques), etc.

On pourrait citer bien d'autres pionniers car les thérapies comportementales, contrairement aux autres, ne sont pas les applications d'une doctrine d'un Père-fondateur. Ce sont des procédures qui utilisent des résultats d'une discipline qui évolue, la psychologie scientifique. Elles se sont développées en différents lieux (États-Unis, Afrique du Sud, Angleterre), comme la médecine moderne s'est développée dans différents pays en fonction des découvertes des sciences fondamentales (physiologie, pharmacologie, immunologie, etc.). Notons à ce sujet que les comportementalistes, comme tous les vrais scientifiques, refusent les arguments d'autorité et le culte de la personnalité. Ils ne passent pas leur temps à citer et commenter inlassablement des textes sacrés. Ils préfèrent observer méthodiquement et expérimenter, de manière à améliorer sans cesse leurs pratiques et leurs théories.

Dans les années 60, le rythme des publications a augmenté de façon exponentielle, du moins dans les pays anglo-saxons (la majorité des "psys" des pays latins sont restés centrés, jusqu'à présent, sur le modèle freudien). En 1972, le nombre des publications recensées dans les *Psychological Abstracts* était de 613 unités et dépassait ainsi le nombre des publications psychanalytiques (583 unités). L'approche comportementale a fini par

constituer le principal paradigme de la psychothérapie dans la majorité des facultés de psychologie des pays anglo-saxons. Le nombre des praticiens est en augmentation constante. Aux Pays-Bas, les thérapies comportementales sont la forme de psychothérapie la plus utilisée par les psychiatres et les psychologues universitaires.

Les conceptualisations et surtout les techniques se sont considérablement diversifiées. Le développement de la psychologie et de la thérapie cognitives a constitué un tournant décisif. Des procédures concrètes ont été élaborées pour apprendre à modifier des comportements cognitifs, la façon de se parler et de se donner des instructions, la manière d'attribuer des causes et de s'auto-évaluer, etc. Le champ des applications est devenu de plus en plus large : conflits familiaux, délinquance, prévention des toxicomanies et des comportements sexuels à risque, douleurs chroniques, aide aux mourants, amélioration de la qualité de vie dans les institutions psychiatriques et gériatriques, etc. Un domaine s'est particulièrement bien développé dans les années 80 : la "médecine comportementale", l'utilisation de la psychologie scientifique pour réduire des habitudes (tabagisme, alcoolisme, suralimentation, sédentarité, etc.) qui engendrent ou aggravent des troubles physiques (cancer, hypertension artérielle, ulcère, crampe, céphalée, diminution de l'immunité, etc.). Aujourd'hui l'expression "médecine comportementale" est souvent délaissée au profit de celle de "psychologie de la santé", plus englobante, qui désigne l'utilisation de la psychologie scientifique pour développer des conduites favorisant la santé physique et mentale (relaxation, autocontrôle des prises d'alcool et de psychotropes, activité physique régulière, etc.).

Des praticiens préfèrent l'expression "modification du comportement" à celle de "thérapie comportementale". Elle évite d'opposer les conduites "pathologiques", qui auraient besoin d'une "thérapie", aux conduites "normales" ; elle suggère que tous les comportements s'expliquent et se modifient selon les mêmes lois psychologiques ; elle permet de regrouper sous un même vocable l'ensemble des pratiques (cognitivo)-comportementales. Pour le non-spécialiste, le terme "modification" peut avoir une connotation négative. Des expériences ont montré que lorsqu'un enseignant présente des procédures sous le nom "techniques de modification comportementale", les étudiants ont tendance à porter un jugement moins favorable que lorsqu'il étiquette ces mêmes procédures "méthodes d'éducation humaniste" ¹. Depuis le début de son histoire, la diffusion de la psychologie scientifique a été entravée par des préjugés liés à des mots...

¹ Woolfolk A. et al. (1977) A rose by any other name: Labeling bias and attitude toward behavior modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45: 184-191.

1. L'analyse et l'explication des comportements

Pour comprendre la logique des thérapies comportementales, il faut savoir comment la psychologie scientifique définit et analyse le comportement, comment elle en explique le fonctionnement et les troubles.

Définition du “comportement”

Dans son acception étroite, le mot “comportement” désigne une action manifeste, directement observable, qui se distingue des phénomènes psychiques “internes” (les cognitions et les affects).

Au sens large, il signifie toute forme d'activité, directement ou indirectement observable. Selon cette 2^e définition, qui est adoptée par les behavioristes contemporains, le comportement est un phénomène de complexité variable, qui présente trois dimensions essentielles : une composante cognitive (perception, souvenir, réflexion, etc.), affective (sensation de plaisir, de souffrance ou d'indifférence) et motrice (action, expression corporelle).

Mis à part les réflexes, tout comportement présente ces trois éléments. On peut cependant parler de “comportement cognitif” quand le 1^{er} composant s'avère prédominant (p.ex. lors d'une réflexion sur un problème), de “comportement affectif” ou “émotionnel” lorsque le 2^e est le plus frappant (p.ex. quand une personne fond en larmes), de “comportement moteur” lorsque le 3^e apparaît à l'avant-plan (p.ex. durant une activité sportive). Au niveau de l'existence concrète, il n'y a guère d'actions “pures”, pas plus qu'il n'y a d'affects sans cognition et sans dimension motrice, ou de cognitions sans concomitant affectif et moteur (posture, mimique, geste, expression verbale, etc.). Cognitions, affects et actions ne se distinguent que via une opération d'abstraction, fort utile pour la recherche scientifique et la pratique psychologique.

L'équation comportementale

Pour analyser le comportement (CMPT), les psychologues d'orientation scientifique distinguent six variables, tout en soulignant leurs interactions.

- Les trois premières sont les éléments de tout comportement ou les trois types de comportements : cognitions (CO), affects (AF), actions (AC).

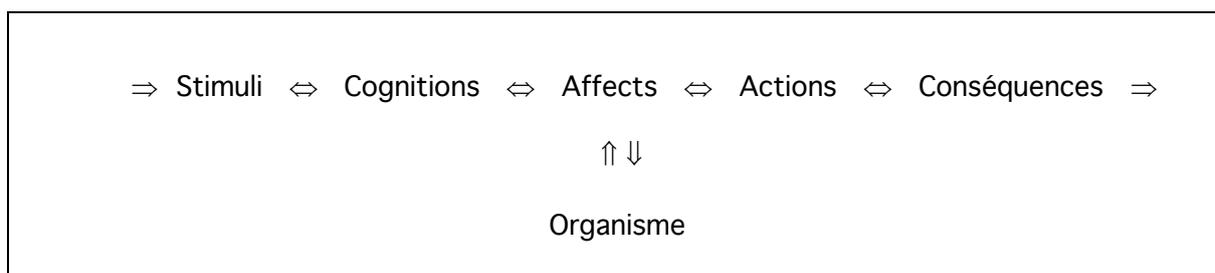
Les cognitions produisent des affects (la perception d'une injustice suscite la colère ; l'anticipation d'un danger rend anxieux). Les affects induisent des actions (la colère porte à l'agression ; l'angoisse incite à fuir). Les cognitions sont en partie fonction d'affects et d'actions (quand on déprime et qu'on s'isole, on tend à privilégier les significations négatives ; quand on ressent de l'angoisse et qu'on évite toute confrontation avec les situations anxiogènes, on s'imagine de plus en plus impuissant). Les affects sont relativement dépendants d'actions (plus on fuit les situations difficiles, plus on en a peur ; plus on se plaint, plus on se sent déprimé).

- D'autre part, une conduite ne peut s'expliquer sans référence à la séquence temporelle de ses interactions avec l'environnement. Deux autres variables sont dès lors essentielles : les stimuli antérieurs au comportement (S) et les événements conséquents au comportement (C).

Les comportements sont souvent induits par des stimuli externes ($S \rightarrow \text{CMPT}$). L'impact de ces stimuli dépend toutefois de comportements antérieurs et actuels ($S \leftarrow \text{CMPT}$). Les comportements entraînent des conséquences ($\text{CMPT} \rightarrow C$) et ils sont largement déterminés par l'anticipation de leurs effets ($\text{CMPT} \leftarrow C$).

- Il importe aussi de tenir compte de l'état de l'organisme (O), un facteur qui n'est pas l'objet privilégié de l'exploration psychologique, mais qui n'en est pas moins essentiel pour comprendre bon nombre de conduites. Des processus physiologiques suscitent ou orientent des comportements et, réciproquement, des comportements provoquent des phénomènes corporels ou médiatisent leur impact sur la personne.

En définitive le schéma de base peut se formaliser comme suit :



La flèche qui précède "S" et celle qui suit "C" signifient que tout comportement concret s'inscrit dans un flux continu de conduites.

Certains comportements donnent l'impression que des variables sont absentes. Par exemple lorsqu'un bruit (S) déclenche une réaction de peur (AF). En fait, il suffit d'élargir l'unité d'analyse pour retrouver les six variables. Dans l'exemple cité, le bruit est perçu comme un danger potentiel (CO), provoquant une réaction affective (AF), qui s'accompagne de processus physiologiques (O) et qui induit des actions (AC) destinées à "contrôler" la situation (C).

Avant d'expliquer les troubles du comportement, il importe de voir de plus près ces variables et leur mode de fonctionnement.

1. Les stimuli (antécédents)

Les six variables distinguées peuvent être considérées comme des stimuli, car chacune agit sur d'autres. Toutefois le terme "stimulus" désigne habituellement la situation environnementale (ou un de ses éléments) qui précède et suscite le comportement.

Les comportementalistes attachent beaucoup d'importance au contrôle exercé par les stimuli. Selon eux, un comportement ne se produit jamais dans le vide, mais toujours en fonction d'une situation, raison pour laquelle il est souvent désigné par les termes "réaction" ou "réponse".

Tous les comportements ne semblent pas trouver leur point de départ dans un antécédent extérieur. Par exemple une inquiétude peut être provoquée par une douleur d'origine somatique. Cependant, dès qu'on procède à une analyse systématique d'un comportement, on a toujours intérêt à examiner le contexte dans lequel il se produit. Ainsi l'effet psychologique d'un trouble somatique dépend, pour une part, de l'environnement : il varie selon que la personne est à proximité ou loin d'un hôpital.

Un stimulus n'est jamais "la" cause d'un comportement, mais seulement un déterminant en interaction avec d'autres. Son impact dépend de processus cognitifs. Epictète enseignait à

ce sujet : “Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, mais les jugements relatifs aux choses. Lors donc que nous sommes contrariés, troublés ou affligés, n'en incriminons jamais autrui, mais nous-mêmes, c'est-à-dire nos propres jugements” (*Manuel*, § 5).

2. Les cognitions

Le mot “cognition” désigne tantôt une opération mentale - p.ex. l'acte de percevoir ou d'imaginer -, tantôt des contenus cognitifs qui en résultent - p.ex. les éléments perçus ou imaginés.

Il est capital de comprendre que nos opérations cognitives peuvent être envisagées comme des comportements, des activités que nous effectuons en réaction à des stimuli et en vue d'effets. D'ordinaire nous ne sommes pas conscients des processus par lesquelles nous percevons, interprétons et “construisons” la réalité. Nous ne prenons guère de recul vis-à-vis des cognitions que nous produisons. Les contenus conscients et réfléchis ne sont que la partie émergée de l'iceberg de nos structures et processus cognitifs. Cette méconnaissance contribue tantôt à notre bonheur (p.ex. quand nous croyons détenir des vérités qui nous aident à vivre), tantôt à notre malheur (p.ex. quand nous sommes victimes de schèmes de pensée rigides, névrotisants et destructeurs). Notre existence serait infiniment plus compliquée si nous prenions toujours conscience de nos processus cognitifs. Beaucoup de nos actions, pour être rapides et efficaces, supposent la mise entre parenthèses de larges pans de cognitions qui ont permis leur apprentissage. Toutefois, dans certaines circonstances, il est très utile d'observer et d'analyser nos processus cognitifs afin de les modifier et de mieux les gérer.

3. Les affects

Le mot “affect” désigne les divers sentiments que nous éprouvons tout au long de l'existence. Ces sensations, tantôt agréables, tantôt pénibles, varient considérablement en qualité, en intensité et en durée.

Le mot “émotion” est parfois entendu comme synonyme d'affect. Nous préférons le définir comme un affect relativement intense, qui s'accompagne d'une activation sensible du système nerveux végétatif et hormonal.

Tant chez les humains que chez les animaux, des mécanismes affectifs - comme d'autres processus physiologiques et comportementaux - ont été sélectionnés au cours de l'évolution de l'espèce, parce qu'ils ont favorisé l'adaptation et la survie. Sans doute ne font-ils pas en toutes circonstances le bonheur de l'individu, mais ils incitent à accomplir des actions qui favorisent globalement la conservation de l'espèce. Les affects, agréables ou pénibles, ont une fonction de motivation : ils font se mouvoir l'individu.

D'une certaine façon, toute l'existence se passe à rechercher des affects positifs et à éviter les souffrances. La dimension affective est une composante fondamentale dans la production de tous les comportements.

4. L'organisme

Les affects sont déterminés à la fois par des cognitions et l'état de l'organisme. Toute situation perçue comme importante provoque une stimulation du système nerveux (ortho)sympathique et une sécrétion accrue d'adrénaline. Cette stimulation - qui peut aussi être provoquée par des processus physiologiques tels qu'une consommation importante de caféine - contribue à dynamiser l'organisme. Elle intensifie les affects et l'incitation à l'action (fuite, attaque, conduite sexuelle, travail, etc.).

Les comportementalistes attachent beaucoup d'importance à la respiration, au tonus musculaire et à l'effet de substances psychostimulantes. L'individu peut apprendre à réguler ces processus de manière à mieux gérer ses affects.

5. Les actions

Face à une situation, nous pouvons toujours réagir de plusieurs manières, la passivité étant une des possibilités. Dans nombre de situations, l'action nous permet de moduler le contrôle exercé par des stimuli : nous pouvons transformer ces stimuli ou changer notre distance par rapport à eux.

D'autre part, l'accomplissement de nouvelles actions peut entraîner de nouvelles façons de penser et d'éprouver. De manière générale, on peut dire que la conception que nous avons de nous-même est construite à partir d'actions que nous avons été amenés à accomplir (et de leurs circonstances). Si nous avons éprouvé une peur intense dans une situation où nos semblables n'apparaissent pas effrayés, nous croirons volontiers que nous "sommes" peureux ou "atteints d'une phobie". Si nous parvenons ensuite à bien affronter ce type de situation, nous serons amenés à modifier l'auto-étiquetage. En un mot, nous agissons en fonction de nos cognitions et, réciproquement, nous pensons en fonction de nos actions.

6. Les (stimuli) conséquences

Le comportement s'effectue en fonction d'effets anticipés. Ces anticipations ne sont pas toujours bien conscientes et réfléchies, mais n'en constituent pas moins un déterminant essentiel.

Dans une situation donnée, nous "choisissons" nos conduites en fonction de leurs répercussions affectives : nous pensons et agissons de manière à éprouver des satisfactions et à éviter des désagréments ou des douleurs.

Il est très éclairant de distinguer les types suivants de conséquences de comportements.

□ L'apparition ou l'augmentation de stimulation appétitive suite au comportement. Cette conséquence peut se symboliser +S+. Elle favorise la répétition du comportement dans des situations analogues, un processus appelé "renforcement positif".

□ La réduction ou l'empêchement de stimulation aversive suite au comportement. Cette conséquence peut se symboliser -S-. Elle favorise la répétition du comportement dans des situations analogues, un processus appelé "renforcement négatif".

□ L'apparition ou l'augmentation de stimulation aversive suite au comportement. Cette conséquence peut se symboliser +S-. Elle favorise la diminution ou l'absence du comportement dans des situations analogues, un processus appelé "punition positive".

□ La réduction ou l'absence de stimulation appétitive suite au comportement. Cette conséquence peut se symboliser -S+. Elle favorise la diminution ou l'absence du comportement dans des situations analogues, un processus appelé "punition négative".

En règle générale, chacun de nos comportements est contrôlé par une pluralité de conséquences appétitives (incitatives) et aversives (inhibitrices). Ainsi l'individu qui surconsomme de l'alcool éprouve des satisfactions (+S+) : plaisir gustatif, facilitation de contacts sociaux, etc. Il ressent une diminution d'affects pénibles, tels que l'ennui ou l'angoisse (-S-). Le renforcement négatif joue un rôle central lorsqu'il devient dépendant de la boisson : il consomme alors surtout pour éviter les symptômes d'abstinence (hyperexcitation physiologique, obsession de boire, etc.). La surconsommation d'alcool entraîne - du moins à long terme - des punitions positives (+S-), malaises physiques, troubles

psychiques, assuétude, etc., et des punitions négatives (-S+), diminution des capacités intellectuelles et physiques, réduction d'activités de qualité, etc.

La modification et la stabilité d'un comportement dépendent des variations de l'importance attribuée à ses diverses conséquences (perçues ou imaginées). Lorsqu'un ou plusieurs effets changent, la conduite a tendance à changer.

L'impact d'une conséquence est modulé par plusieurs variables, en particulier la dimension temporelle et la fréquence. Les conséquences à court terme (p.ex. la diminution immédiate d'une sensation de manque) ont en règle générale plus de poids que les conséquences éloignées (p.ex. la possibilité d'une cirrhose du foie). D'autre part, une conséquence a en principe davantage d'influence si elle apparaît souvent. Il n'est cependant pas nécessaire que chaque comportement soit suivi d'un effet positif pour que l'individu ait tendance à le reproduire. Dès lors, lorsque nous cherchons à expliquer un comportement, nous devons tenir compte des renforçateurs qui, par le passé, ont suivi ce type de conduite, des renforçateurs qui peuvent ne plus apparaître ou seulement de façon intermittente.

Les comportements problématiques

Les comportementalistes s'opposent à la psychopathologisation de la vie quotidienne, promue par la psychanalyse. Ils n'expliquent pas une conduite théâtrale par une “névrose hystérique” ou un “complexe de castration”. Ils essaient plutôt de repérer des stimuli et des renforcements, présents et passés. Ils évitent les entités psychiatriques qui favorisent des étiquetages caricaturaux et des pseudo-explications mentalistes. Ils ne parlent pas de “névrose phobique” ou de “névrose obsessionnelle”, mais de “réaction phobique”, d’“obsession” ou de “trouble obsessionnel”. Plus généralement, ils appellent comportements “problématiques” ou “troublés” les conduites qui entraînent, pour l'individu ou pour d'autres, des effets sensiblement négatifs. Ils analysent ces conduites en tenant compte du contexte et de l'effet visé par l'acteur. Ainsi ils disent que l'individu qui se lave les mains chaque fois qu'il éprouve une tension affective, soit en moyenne 30 fois par jour, présente un comportement “compulsif”, tandis que le médecin, qui accomplit le même geste avec la même fréquence par nécessité professionnelle, adopte un comportement “adapté”.

Les conduites problématiques ne sont pas l'expression symbolique d'entités mentales qui se battent dans l'inconscient. Chaque comportement - adapté ou troublé - résulte d'un cocktail de facteurs externes et personnels. Il est vain de vouloir établir l'explication “vraie” et exhaustive. La psychologie scientifique permet néanmoins une analyse, basée sur les variables susmentionnées et leurs relations, qui guide de façon efficace les décisions de changements.

Il n'est pas possible de rendre compte ici des multiples hypothèses explicatives des différentes catégories de troubles. Certaines hypothèses sont largement confirmées, d'autres sont provisoires. Nous nous limitons à quelques processus essentiels, bien étudiés.

La majorité des troubles psychiques importants sont déterminés, au moins en partie, par des cognitions dysfonctionnelles, des réactions conditionnées, des renforcements et des cercles vicieux.

- Certains processus cognitifs favorables à notre survie peuvent par ailleurs produire des pensées névrotisantes. Par exemple, le comportement de catégorisation (le rangement d'un élément dans une catégorie) permet d'organiser des informations et de développer un savoir efficace, mais parfois il simplifie de façon caricaturale et substantialise erronément. La personne qui, après trois échecs amoureux, se dit “je ne vauds rien ; je 'suis' un raté” induit

un état dépressif et des conduites de repli, qui risquent fort de confirmer son auto-étiquetage.

L'éducation est une source de croyances dont certaines sont très utiles et d'autres franchement pathogènes. Croire p.ex. qu'il faut toujours se contrôler parfaitement et qu'il faut toujours être reconnu tout à fait compétent, cela mène inévitablement à des frustrations quotidiennes, à l'angoisse ou à la dépression.

- Un processus très fréquent est le conditionnement pavlovien : un stimulus présent peu de temps avant un autre qui, lui, provoque un affect relativement intense, peut devenir le signal de ce second stimulus et déclencher le même type de réaction. Ainsi, après avoir été agressé au cours d'un trajet en métro, on éprouve de l'angoisse dès qu'on voit une bouche de métro. On observe également un phénomène de "généralisation" : des stimuli analogues, non présents au moment du conditionnement, déclenchent le même type d'affect. Après avoir été agressé dans le métro, on éprouve de l'anxiété en prenant le train ou l'autobus.
- Comme tous les comportements, ceux qui sont problématiques ont tendance à être répétés si leurs effets sont vécus comme globalement "positifs" : plaisirs (valorisation de soi, sentiment d'exercer du pouvoir, jouissance sexuelle, etc.) et évitement ou diminution de souffrances (tension, inquiétude, angoisse, tristesse, ennui, sensation de vide, sentiment de rejet ou de non-valorisation, etc.). Dans les troubles du comportement, les renforçateurs négatifs (-S-) jouent généralement le rôle le plus important. Beaucoup de conduites qui paraissent motivées par la recherche de plaisir sont d'abord des comportements d'évitement, ce sont des moyens de réduire, tout au moins à court terme, des stimulations aversives.
- Les comportements problématiques provoquent à moyen ou à long terme des affects pénibles : angoisse, culpabilité, dépression, colère, etc. Ils induisent le sentiment de ne plus pouvoir gérer les impulsions et les actions. Ces conséquences négatives favorisent la constitution de cercles vicieux ou de spirales infernales. P.ex. un comportement boulimique, qui au départ neutralise rapidement une tension ou un affect dépressif, va engendrer des malaises physiques et psychiques qui, à leur tour, susciteront la répétition du comportement ou l'apparition d'autres problèmes (p.ex. la consommation d'alcool et de tranquillisants).

Les processus suivants interviennent à des degrés divers dans plusieurs troubles.

- De simples informations peuvent avoir un impact considérable. Le spectacle d'un joueur qui réussit un gros coup peut constituer la première étape d'une compulsion aux jeux d'argent. La vue d'un parent effrayé par un chien peut enclencher la peur de ce type d'animal. Un film peut être à l'origine d'une phobie d'insectes ou de la peur obsédante du viol.
- Des conditions de vie stressantes ou des événements traumatisants fragilisent. Ils favorisent les troubles anxieux, l'agressivité et la dépression. La difficulté à faire face s'accompagne souvent de conduites qui nuisent à la santé et qui deviennent à leur tour des facteurs de stress : alcoolisme, tabagisme, alimentation déséquilibrée, hyperactivité, ruminations mentales qui favorisent inattention et accidents, etc.
- Quelqu'un qui n'a guère appris à exprimer ses opinions et sentiments de façon positive est souvent amené à réagir de manière violente ou à s'enfoncer dans la passivité et le ressentiment. Celui qui n'est pas capable de bien écouter un partenaire et de négocier des solutions de compromis se retrouve facilement délaissé ou rejeté... Ainsi le développement insuffisant de certaines habiletés sociales est source de troubles affectifs (p.ex. la dépression), d'assuétudes (p.ex. le refuge dans l'alcoolisme) ou d'actes antisociaux.
- Toute situation vécue comme menaçante déclenche une réaction d'alerte qui prépare l'organisme à l'attaque ou à la fuite. Si cette réaction n'est pas suivie d'une action motrice

plus ou moins énergique, l'activation physiologique peut être vécue comme très perturbante. En particulier si la respiration est excessive par rapport aux dépenses énergétiques (hyperventilation), les phénomènes suivants peuvent se produire : impression paradoxale de manquer d'air (ce qui incite à respirer encore plus), sensation de vertige ou de nausée, palpitations, bouche sèche, paresthésies dans les mains, parfois tétanie et convulsions. Si ces sensations sont étiquetées de façon pathologisante (“je vais faire un infarctus”, “je deviens fou”), elles peuvent engendrer des crises de panique et des phobies : la personne redoute la réapparition de ces sensations, devient hyperattentive à ce qui se passe dans son corps et provoque elle-même la réaction d'alerte de plus en plus souvent et de plus en plus fort... L'hypertonie musculaire et la consommation de substances stimulantes (caféine, nicotine, etc.) peuvent également contribuer à augmenter l'activation physiologique, ce qui intensifie les affects, quels qu'ils soient, et peut alimenter le cercle vicieux qui vient d'être évoqué.

- L'être humain devient psychologiquement vulnérable si son existence quotidienne est pauvre en plaisirs sensoriels, en relations affectives satisfaisantes et en actions valorisantes. Lorsqu'il se sent frustré dans un ou plusieurs de ces registres, il va facilement glisser dans un état dépressif ou développer des assuétudes (toxicomanie, suralimentation, travail compulsif, etc.).

Des troubles peuvent être générés ou renforcés par des **déterminants spécifiques** (en combinaison avec des facteurs que nous venons de citer). Citons quatre exemples.

- Chez tout individu apparaissent, dans certaines circonstances, des idées intrusives et des impulsions bizarres, choquantes ou angoissantes. Par exemple, donner brusquement un coup de couteau, laisser tomber l'enfant qu'on porte, se jeter dans le vide ou sous le métro, imaginer une scène obscène pendant une cérémonie religieuse. Chez la plupart des gens, ce genre de pensées “passent à travers l'esprit”, sans vraiment les perturber, et sont rapidement suivies par d'autres, non inquiétantes.

Chez les personnes qui développent des obsessions, ces idées provoquent de l'angoisse et/ou de la culpabilité, ainsi que la croyance que des catastrophes vont probablement se produire. Elles essaient alors d'empêcher, de façon crispée, l'apparition des idées intrusives, ce qui précisément va les renforcer et les transformer en obsessions. Dès lors, elles évitent une série de stimuli (p.ex. les couteaux, le métro) et développent des rituels compulsifs (p.ex. des prières, des vérifications, des lavages incessants) destinés à neutraliser les obsessions et à empêcher les catastrophes redoutées.

- Certaines phobies, p.ex. des serpents ou du vide, se développent très facilement et sont, globalement, utiles pour la survie de l'espèce humaine. On peut supposer qu'elles sont génétiquement “préparées”.

- Des formes de dépression, dites “endogènes”, sont des maladies causées par un dysfonctionnement des neurotransmetteurs. Dans ce cas, le moteur essentiel d'une guérison ne peut être qu'un traitement médical (en particulier la prise d'antidépresseurs) et la psychothérapie n'a qu'un rôle supplétif.

- L'autisme est un handicap mental causé le plus souvent par une anomalie génétique ou métabolique. Les personnes autistes peuvent progresser grâce à certaines approches éducatives (notamment d'inspiration comportementale), mais elles ne peuvent guérir au sens médical du terme.

2. Le noyau des thérapies comportementales

Les théories et les techniques des comportementalistes ne sont pas uniformisées et ne le seront probablement jamais. Les praticiens diffèrent en fonction notamment des problèmes qu'ils traitent, de leur expérience personnelle et de leur connaissance des progrès de la psychologie. Cependant, au-delà de la multiplicité des variantes possibles, tous les comportementalistes se distinguent des autres psychothérapeutes par un objectif — modifier de façon tangible des conduites —, par le choix d'un moyen — la démarche scientifique — et par un style d'interaction avec le client, qu'on peut qualifier de “pédagogie démocratique”.

Des modifications observables de comportements

Un comportementaliste n'est pas un gourou. Il n'a nullement l'ambition de transformer l'identité ou la personnalité “profonde” de son client. Simplement il propose, à celui qui demande de l'aide, des connaissances psychologiques qui facilitent la résolution de problèmes existentiels, la réduction de souffrances affectives et l'amélioration de la qualité de vie. Son travail porte sur des comportements concrets et sur des facteurs cruciaux de leur maintien ou de leur modification.

Les buts de changements sont toujours choisis par le client. Le thérapeute l'aide à formuler des objectifs réalistes et concrets, qui tiennent compte de son bien-être à plus ou moins long terme et de la qualité de ses relations avec autrui.

Dans certains cas, le thérapeute se limite à une demande explicite (p.ex. se débarrasser de la phobie invalidante de prendre le métro ou de parler en public). Dans d'autres, le souci d'efficacité commande d'élargir sensiblement le ou les objectifs. Ainsi la personne qui souhaite cesser de se suralimenter ne peut se contenter d'une technique de contrôle des impulsions à consommer à contretemps : elle doit développer son répertoire d'activités agréables “concurrentes”, elle doit apprendre des stratégies pour mieux réguler les émotions pénibles et affronter des situations stressantes...

Idéalement les apprentissages vont au-delà de la résolution d'un ou de quelques problèmes bien circonscrits : ils visent à améliorer l'habileté à se gérer soi-même et à interagir avec autrui. C'est cependant toujours le client qui décide en définitive les buts à atteindre et le degré d'engagement dans le processus d'apprentissage. Le thérapeute ne fait qu'éclairer les tenants et aboutissants des problèmes et les implications des désirs. Les demandes explicites du client sont de toute façon prises au sérieux. Les conduites dommageables doivent disparaître ou diminuer sensiblement de fréquence au profit d'autres, acquises méthodiquement dans un délai raisonnable.

Le souci de scientificité

Il existe aujourd'hui un grand nombre de techniques qui facilitent la modification de comportements : méthodes de relaxation, désensibilisation systématique, visualisation mentale de nouvelles actions et de leurs effets, imitation de “modèles”, recadrage cognitif, relativisation d'impératifs sociaux, jeux de rôle, etc. En 1985, Bellack et Hersen présentaient 160 techniques dans leur *Dictionary of behavior therapy techniques*. La liste a continué à s'allonger...

Les thérapies comportementales se caractérisent moins par ces procédés que par une exigence de scientificité à un triple niveau : le choix des bases théoriques, la pratique clinique et l'évaluation des effets des thérapies.

Il n'est pas inutile de rappeler ici que la méthode scientifique ne vise pas à établir la Vérité ou à justifier le choix des valeurs ultimes. Elle sert seulement à produire des modèles, qui permettent de prédire des phénomènes avec précision et, si c'est souhaitable, de les modifier efficacement. Elle se caractérise par l'observance de règles strictes, en particulier l'obligation de "mettre à l'épreuve des faits" des implications réfutables des théories. C'est grâce à l'acceptation du verdict d'observations systématiques que les scientifiques peuvent opérer un tri dans le fouillis des innombrables hypothèses. C'est grâce à l'abandon de croyances, dont certaines sont des plus séduisantes, qu'ils progressent vers des conceptions de mieux en mieux accordées à la réalité et, partant, de plus en plus efficaces.

Le praticien est évidemment confronté à une réalité très complexe. Il ne peut travailler à l'instar du chercheur qui examine des variables contrôlées de façon rigoureuse. Il fait inévitablement des extrapolations et des interprétations, qui laissent une large place à la subjectivité.

Toutefois, comme le médecin moderne, le comportementaliste s'appuie sur un corpus de recherches solides, un corpus qui change et devient de plus en plus vaste au fil du temps. Aujourd'hui les travaux sur l'apprentissage restent une référence majeure, mais s'y sont ajoutées de nombreuses expériences sur les processus cognitifs, affectifs et sociaux. La thérapie comportementale étant une forme de psychologie scientifique appliquée, elle évolue parallèlement aux progrès des recherches fondamentales de la psychologie. Réciproquement, elle contribue par ses observations et ses difficultés à susciter de nouvelles expérimentations et théorisations.

Au cours de ses interventions, le praticien adopte une attitude de chercheur scientifique : il rassemble des observations avec beaucoup de soin, il considère ses analyses et interprétations comme des hypothèses, il propose au client d'effectuer des observations systématiques pour confirmer ou réfuter ses hypothèses, il ne recourt pas à des explications "ad hoc" pour rester conforme à une doctrine, il change d'hypothèses quand les faits viennent les contredire.

Le comportementaliste vérifie méthodiquement les effets de ses interventions. Il compare l'efficacité à long terme des différentes méthodes. Il se remet en question quand ses résultats sont médiocres. Il cherche inlassablement à améliorer ses procédures. Les chercheurs qui ont examiné objectivement les effets observables des différentes psychothérapies s'accordent à dire que ce sont les comportementalistes qui ont publié le plus de recherches sur les "coûts" et les "bénéfices" de leurs méthodes².

Sans doute les comportementalistes ont des limites et commettent des erreurs, mais le souci de travailler et de publier selon les règles de la démarche scientifique leur permet, mieux que d'autres, d'éliminer progressivement des conceptions peu valides et d'accumuler des connaissances efficaces pour comprendre et agir. Leur choix de l'attitude scientifique est une position pragmatique plutôt qu'un a priori épistémologique : aujourd'hui c'est dans cette perspective que les problèmes psychologiques se traitent le mieux.

² Huber W. (1993) *Les psychothérapies. Quelle thérapie pour quel patient?* Nathan, 254 p.

Le style du thérapeute

Des recherches montrent que, dans quasi tous les types de psychothérapies qui apportent des changements positifs, on trouve des processus communs. On les appelle les “facteurs thérapeutiques non spécifiques”.

Tout psychothérapeute, quelles que soient ses références théoriques, manifeste de la considération à son client, il lui donne le sentiment de l'écouter et de le comprendre, il stimule sa confiance dans le traitement et sa foi dans la possibilité de changer. Le comportementaliste adopte évidemment ces conduites. Bien informé des recherches scientifiques, il sait que les effets thérapeutiques dépendent de la qualité de la relation.

La mise en œuvre des facteurs thérapeutiques communs suffit souvent pour traiter des difficultés modérées (angoisses passagères, petites dépressions, réactions de deuil, dépendances peu ancrées, etc.). Le traitement de problèmes psychologiques graves (alcoolisme, trouble obsessionnel-compulsif, crises de panique avec agoraphobie, etc.) requiert des changements substantiels, qui ne peuvent s'obtenir simplement par l'écoute bienveillante, des conseils, l'évocation du passé, ni même des interprétations “profondes”.

• Un style actif

La personne qui veut se libérer de réactions bien ancrées ne peut se contenter de parler et de recevoir des interprétations pendant une ou deux heures par semaine. Elle doit effectuer, dans la vie quotidienne, des “tâches thérapeutiques”, c'est-à-dire des exercices personnels destinés à

- observer des comportements et leurs contingences
- analyser le recueil des observations, comprendre des enchaînements
- formuler des objectifs réalistes et concrets
- expérimenter de nouvelles façons de percevoir, d'interpréter et d'agir
- évaluer de façon nuancée les changements positifs et les échecs
- répéter et consolider les acquis
- éventuellement étendre les acquis à d'autres secteurs de l'existence.

Le thérapeute a pour rôle primordial d'aider le client à réaliser de tels apprentissages. Dans ce but, il adopte un style relativement directif : il pose souvent des questions, il répond explicitement à celles que le client lui adresse, il reformule et synthétise les propos du client, il demande à celui-ci de faire de même, il informe sur des processus psychologiques, il donne des schémas, il fournit des cassettes à écouter ou des brochures à lire et à discuter, il encourage à effectuer de nouveaux comportements, il montre comment tenir un carnet de notation de conduites, il insiste pour procéder à des évaluations précises. Parfois il accompagne le client dans des situations anxiogènes, afin de faciliter la confrontation et l'apprentissage d'une meilleure régulation émotionnelle.

• La Collaboration et la transparence

Le thérapeute agit comme un pédagogue respectueux de l'apprenant, soucieux de le faire accéder rapidement à davantage d'autonomie. Pas question d'imposer ses vues, de manipuler, de séduire, de jouer au sorcier ou au sphinx.

Le comportementaliste évite l'établissement d'une relation caractérisée par l'affection ou l'amour. En effet, une relation de ce type devient généralement une fin en soi et s'éternise.

Elle constitue en définitive un obstacle au progrès psychologique, elle donne lieu à des abus de pouvoir et parfois à des conduites d'ordre sexuel qui compliquent tout.

Il s'agit d'instaurer une ambiance de travail, sereine et sympathique. Le client peut dire tout ce qu'il souhaite, mais son intérêt est de ne pas s'enliser dans un bavardage répétitif sur le passé ou sur des incidents mineurs. S'il veut se libérer réellement d'habitudes "névrotiques" ou d'assuétudes, il doit accomplir un travail soutenu et méthodique.

Le comportementaliste déclare ouvertement qu'il cherche à élaborer des méthodes efficaces. L'efficacité, que lui permet déjà l'état actuel de la psychologie scientifique, l'autorise à prendre au sérieux les demandes effectives du client, plutôt que d'élucubrer sur la demande "inconsciente" et de l'entraîner dans de folles dépenses. Certes il y a des demandes d'aide mal formulées, irréalistes ou douteuses, mais le thérapeute, en étroite collaboration avec le client, cherche à résoudre, si possible rapidement, des problèmes manifestes. Il explicite en toute clarté ses principes, ses objectifs, ses méthodes, ses contrats, ses critères d'évaluation, ses résultats. Il n'a pas besoin d'un jargon ésotérique pour dissimuler une impuissance à résoudre des problèmes concrets...

3. L'apprentissage de changements

La thérapie comportementale n'est pas une espèce de chirurgie mentale, qui viserait à extraire de l'inconscient des tumeurs psychiques. Elle apprend au client, de façon personnalisée, comment mieux modifier, par soi-même, des modes de pensée et d'action.

Nous commençons par évoquer une stratégie de base par rapport à laquelle les différentes procédures peuvent s'articuler. Ensuite nous voyons les étapes essentielles d'un "training comportemental", en même temps que quelques techniques.

La démarche de résolution de problèmes

Dans les années 60, les comportementalistes s'appliquaient à résoudre des problèmes bien définis par des techniques précises (l'exemple-type est le traitement de phobies par désensibilisation systématique). Dès les années 70, ils ont proposé des stratégies utilisables, de façon autonome, dans une large variété de situations. La démarche de résolution de problèmes (D.R.P.) est le prototype de ces stratégies. Un entraînement méthodique peut en faire une réaction aussi "naturelle" que le sont, à première vue, des réactions de colère, d'angoisse ou de détresse.

Les étapes de la D.R.P. peuvent se formaliser comme suit ³.

- 1° La prise de l'attitude de résolution de problème (chez la personne rodée à la D.R.P., cette attitude peut devenir une sorte de réflexe, comparable au coup de frein que donne l'automobiliste dès qu'il voit un obstacle)
- 2° L'exploration et la formulation du ou des problèmes
- 3° La recherche de solutions possibles
- 4° L'évaluation des solutions et la sélection de la meilleure
- 5° La mise en œuvre de la décision (programmation, action)
- 6° L'évaluation des résultats.

³ Pour un exposé détaillé : J. Van Rillaer (2012) *La nouvelle gestion de soi*. Bruxelles : éd. Mardaga, p. 190-199

Il est irréaliste de vouloir utiliser cette procédure pour chaque “problème” de la vie quotidienne. Son application systématique se justifie quand surgissent des questions importantes et que l'on dispose d'un délai de réflexion. Face à la majorité des petites difficultés de l'existence, on peut se contenter d'une attitude globale de résolution de problème, de façon à réduire l'intensité des soubresauts émotionnels et à favoriser des conduites efficaces.

L'observation de comportements et de leurs contingences

Une thérapie comportementale commence par l'évocation des difficultés psychologiques en termes de problèmes et de “sous-problèmes”. Ensuite le thérapeute et le client explorent chacun des problèmes repérés. Le client est invité à observer des comportements précis, en fonction des variables de “l'équation comportementale”. Il observe des émotions (et leurs intensités), des contenus et des processus cognitifs, des actions, des réactions physiques, leurs stimuli et leurs conséquences.

On peut utiliser la visualisation mentale pour explorer des situations et des réactions, passées ou imaginées. Souvent le plus utile est de noter méthodiquement, pendant une période définie (p.ex. deux semaines), des enchaînements de stimuli, de comportements et de conséquences. La notation de ces séquences se fait de préférence dans un carnet, le plus vite possible après qu'elles ont eu lieu.

Cet auto-enregistrement entraîne souvent de petits changements positifs. P.ex. une personne obèse qui note chaque aliment consommé en vient à moins manger, l'étudiant qui note ses temps d'étude travaille davantage. Ce phénomène, appelé “la réactivité de l'automonitoring”, s'explique par une désautomatisation d'enchaînements et une prise de conscience accrue de leurs déterminants.

Bien des gens croient, en conformité avec la théorie freudienne, qu'une conduite ne peut vraiment changer que si l'on se remémore les circonstances passées de sa première apparition. Ils croient aussi que se souvenir a, en soi, une vertu thérapeutique. Les recherches de la psychologie scientifique infirment le caractère général de ces idées.

Notre conduite est toujours déterminée par des structures innées, des expériences passées et la situation présente. L'exploration de notre histoire individuelle peut sans doute favoriser une prise de distance vis-à-vis de certaines réactions, notamment celles qui sont conditionnées par des croyances inculquées dans l'enfance. Cependant il est rare que le simple souvenir d'événements oubliés opère des modifications substantielles. Si l'objectif est de changer vraiment, il est bien moins utile de se rappeler des événements passés (“mémoire épisodique”) que d'examiner le fonctionnement cognitif actuel — qui, bien sûr, résulte d'expériences passées (“mémoire sémantique”). Il faut ensuite s'exercer activement à de nouvelles conduites. Observer, analyser et expliquer ne suffit pas.

L'analyse de comportements et de leurs contingences

Tantôt il suffit de quelques observations pour trouver des solutions adéquates, tantôt il faut bien analyser beaucoup d'observations avant d'élaborer des stratégies.

Le principal type d'analyse “béhaviorale” s'appelle “l'analyse fonctionnelle”. Elle porte sur les relations entre des comportements et leurs contingences environnementales (stimuli, conséquences), ainsi que sur les relations entre des cognitions, des affects, des réactions physiologiques et des actions. L'exploration du “quand”, du “comment” et du “combien” permet en général de comprendre le “pourquoi”.

Soulignons l'importance de la quantification : elle permet d'évaluer la gravité des problèmes, elle facilite la découverte de variables essentielles, elle est nécessaire pour juger l'efficacité des procédures.

Des analyses fonctionnelles correctes mettent en évidence des déterminants cruciaux des comportements-problèmes : stimuli-pièges (contextes particulièrement incitatifs), renforçateurs souvent subtils, inférences dysfonctionnelles (absolutisations, dichotomisations, etc.), croyances irréalistes (p.ex., "Il faut absolument toujours être estimé et aimé par toutes les personnes de l'entourage"), déficiences d'habiletés sociales, etc.

La formulation d'objectifs et d'un contrat

Lorsque les analyses ont permis de comprendre les principaux problèmes, il importe de (re)définir des objectifs concrets et réalistes (développer tels comportements dans telles situations, agir sur tels éléments de l'environnement, changer de milieu).

Ensuite le thérapeute présente des moyens d'atteindre les objectifs. Thérapeute et client peuvent alors élaborer un "contrat thérapeutique" dans lequel ils précisent les rôles et responsabilités de chacun, les critères d'évaluation des résultats, la durée probable et le coût du traitement. Une telle procédure se justifie tant du point de vue éthique que psychologique (réalisme, implication personnelle).

La personne qui consulte est considérée comme un "client", qui rétribue un expert en psychologie pour l'aider à changer, plutôt que comme un "malade" ou un "patient", qui doit se conformer à des prescriptions médicales.

La modification de variables de l'équation comportementale

Changer un mode de comportement ne requiert parfois qu'une stratégie toute simple (p.ex. éliminer le stimulus-piège), mais nécessite dans d'autres cas une programmation soignée en vue de modifier plusieurs variables impliquées ("stratégie multimodale").

1) Le maniement de conséquences

Le moteur essentiel d'un changement psychologique se trouve dans la perception des effets négatifs de comportements et dans la perception d'effets positifs de conduites "alternatives". Plus les conséquences d'une habitude apparaissent aversives, plus l'individu est motivé à faire des efforts de changement, à moins d'être convaincu de son impossibilité ou de son "prix" excessif.

Les principes de la gestion de la variable "C" sont les suivants.

- Pour développer un comportement, on accentue ses conséquences positives (+S+ et -S-) et on minimise ses conséquences négatives (+S- et -S+). Conjointement, on accentue les conséquences négatives de son non-accomplissement.
- Pour réduire ou éliminer un comportement, on intensifie ses conséquences négatives et on réduit (ou on "empoisonne" cognitivement) ses conséquences positives. Parallèlement, on s'efforce de développer des réactions "concurrentes" (ou "alternatives"), dont on accentue les conséquences positives et dont on minimise les inconvénients.

L'impact de conséquences peut être intensifié par leur notation dans un carnet, l'observation d'autrui ("modèles" et "antimodèles"), le dialogue intérieur, la visualisation mentale répétée de conduites et de leurs effets.

Il est essentiel d'apprendre à soutenir ses propres efforts de changement par des renforçateurs d'accès rapide et facile. Ceux-ci peuvent être de nature matérielle (p.ex. des loisirs) ou symbolique (p.ex. des compliments, l'autosatisfaction, l'auto-estime).

2) La gestion de stimuli

On peut apprendre à mieux repérer et contrôler les stimuli qui contrôlent le comportement. Les principes généraux de leur gestion sont les suivants.

- Pour faciliter une réaction, on accentue ou on produit des stimuli incitants.
- Pour réduire ou “éteindre” une réaction, on évite, on diminue ou on transforme des stimuli incitants. Conjointement, on accentue ou on produit des stimuli qui favorisent des réactions “incompatibles”.

L'évitement systématique de stimuli-pièges est souvent déterminant pour réussir la 1^{re} étape du démantèlement d'une assuétude, lorsque des conduites “alternatives” ne sont pas encore bien intégrées. L'alcoolique ne fréquentera plus ses amis buveurs, l'obèse s'abstiendra de remplir le frigo...

La meilleure solution à certains problèmes est de modifier activement la situation (p.ex. en changeant de travail ou de partenaire). Lorsque cette solution est impraticable ou trop “coûteuse”, on dispose toujours de la possibilité de modifier la perception et la signification de la réalité.

3) La (re)structuration cognitive

Nous produisons la grande majorité de nos cognitions de façon automatisée, ce qui n'est pas toujours à notre avantage. Nous ne pouvons empêcher l'apparition de certaines idées qui nous perturbent. Nous pouvons cependant apprendre à

- rester calme quand surgissent des idées intrusives négatives et des impulsions dangereuses
- prendre distance à leur égard, les relativiser (se dire : “ce ne sont que des idées ; ce n'est ni la réalité ni mon véritable désir”), les étiqueter de façon humoristique ou ironique
- réorienter progressivement le cours des pensées, réinterpréter la situation présente, focaliser l'attention sur d'autres stimuli et d'autres cognitions.

L’“homo sapiens” se caractérise par le pouvoir de restructurer consciemment, en fonction d'objectifs personnels, ses propres opérations cognitives et les significations qu'il attribue aux événements. Ce pouvoir constitue le principal instrument de la gestion de soi. Il ne s'exerce pas facilement, mais peut se développer ⁴.

Lorsqu'on mène une recherche scientifique, on doit tendre à un maximum d'objectivité. Par contre, lorsqu'on veut modifier des affects ou se déterminer à l'action, on a souvent intérêt à développer une perspective subjective.

Le thérapeute n'a pas à imposer une nouvelle lecture des événements. Il n'a pas à polémiquer sur la vérité ou la réalité. Son rôle est de montrer au client que sa façon habituelle de traiter certaines informations (p.ex. en généralisant, en dramatisant), n'est qu'une possibilité parmi d'autres et que celle-ci provoque nécessairement des troubles et souffrances. Parallèlement, il montre comment la modification méthodique de modes de perception et d'interprétation induit d'autres affects et d'autres actions. Il aide à élaborer des schèmes cognitifs, choisis

⁴ Voir p. ex. J. Van Rillaer (2012) *La nouvelle gestion de soi*. Éd. Mardaga, 332 p

de façon consciente, qui - moyennant des exercices répétés et des efforts - finissent par remplacer des montages archaïques et dysfonctionnels.

Les cognitivistes ont bien étudié des stratégies concrètes qui favorisent de nouvelles structurations cognitives : auto-instructions, sensibilisation à des stimuli agréables négligés, relativisation de “musts”, recadrage cognitif, réattribution de causalités, etc. Tout comportementaliste moderne en fait un large usage, en soulignant que l'action est souvent nécessaire pour obtenir des modifications substantielles de structures cognitives.

4) La régulation d'affects

En règle générale nous ne sommes pas capables de transformer en un clin d'oeil des émotions intenses. Nous pouvons toutefois les modifier de façon progressive, en agissant sur plusieurs de leurs déterminants : l'action en cours, la situation actuelle ou son interprétation, l'orientation globale du flux des cognitions, certains processus physiologiques. Nous explicitons ici deux stratégies essentielles.

L'acceptation des affects

Il est irréaliste de vouloir une existence sans problèmes ni souffrances. Un objectif raisonnable est de diminuer l'intensité de certains affects : s'inquiéter sans paniquer, s'irriter sans enrager, être peiné sans déprimer. Un préalable à l'apprentissage d'une bonne régulation des émotions est d'accepter d'être parfois affecté de façon pénible, plutôt que d'éviter toute situation stressante ou s'abrutir de tranquillisants.

La régulation de l'activation physiologique

Une activation physiologique importante renforce l'intensité des émotions. En cas de peur ou de colère, on a intérêt à diminuer le degré d'activation, ce qui peut se faire par le contrôle de la respiration, la décontraction musculaire et la réduction de substances stimulantes telles que la caféine.

Réduire le rythme et l'amplitude respiratoires est une des premières stratégies à enclencher dès qu'on sent “monter” la tension “nerveuse”. Les personnes qui souffrent typiquement d'hyperventilation et de crises de paniques n'y parviennent que moyennant des exercices méthodiques.

On a parfois intérêt à augmenter le tonus musculaire (p.ex. si on se sent défaillir à la vue du sang), mais dans la majorité des troubles émotionnels, il importe de réduire l'hypertonie musculaire de façon à diminuer l'activation physiologique.

Pour parvenir à diminuer rapidement le degré de tension, dès l'apparition d'une situation stressante, le client doit généralement suivre un programme d'apprentissage. La 1^{re} phase consiste à se relaxer au cours de séances quotidiennes d'environ 20 minutes. A cet effet le thérapeute enseigne d'ordinaire une méthode inspirée de la relaxation active de Jacobson (utilisant des contractions suivies de décontractions de différents groupes musculaires). L'usage d'une cassette audio permet un apprentissage efficace en quelques semaines. Ensuite le client s'exerce, par étapes, à se détendre de plus en plus rapidement (sans contractions, sans cassette). Enfin il essaie de diminuer en quelques secondes son degré de tension, d'abord dans des situations neutres (p.ex. chaque fois qu'il se met à manger), puis dans des situations de plus en plus stressantes.

Notons que des séances régulières de relaxation et le développement d'un réflexe de détente suffisent parfois à faire disparaître l'hypertension artérielle, des céphalées de tension, des maux de dos, certaines formes d'insomnie et d'autres troubles fonctionnels.

5) L'apprentissage de nouveaux modes d'action

Le comportementaliste ne se contente pas d'aider à modifier des cognitions et des réactions physiologiques : il incite le client à expérimenter de nouveaux modes d'action. A cet effet il s'occupe volontiers de détails tout à fait concrets. Ainsi la personne qui se suralimente apprend comment manger lentement, l'étudiant qui gère mal son temps voit comment utiliser un semainier pour planifier et "contrôler" ses activités, la personne déprimée programme des activités potentiellement agréables ou valorisantes, qu'elle accomplira le moment convenu sans tenir compte de ses affects...

Deux types d'activités occupent une place privilégiée en thérapie comportementale : l'affrontement de situations stressantes et le développement d'habiletés sociales.

La confrontation avec des situations stressantes

Beaucoup de comportements-problèmes sont des réactions automatisées qui servent à réduire l'angoisse. C'est notamment le cas des phobies et des rituels compulsifs. Le traitement aujourd'hui le plus efficace est la confrontation progressive avec des situations stressantes, en s'empêchant de céder aux impulsions de fuite (en cas de phobie) ou d'accomplissement du rituel (en cas de trouble compulsif).

Les séances de confrontation - appelées "désensibilisation", "exposition" ou "immersion" - sont préparées par l'apprentissage de la régulation de l'activation physiologique et par la mise au point d'auto-instructions personnalisées ("Je ralentis l'expiration... Je me relaxe : je passe en revue le visage, les épaules, le ventre... Mon activation est du dynamisme... Pas éliminer la tension, seulement la garder sous contrôle... J'essaie, c'est difficile, mais je ne cède pas... Assez ruminé... Je regarde, je réfléchis... Je commence par la 1re étape... Je reste centré sur l'action... C'est dur, mais ça va être payant...").

Il est essentiel d'apprendre à utiliser une échelle d'intensité de la tension ressentie, de manière à pouvoir situer, à différents moments, cette tension entre 0 (totalement relax) et 10 (panique). Il ne s'agit pas de quantifier avec précision, mais de se sensibiliser à des variations d'intensité. En effet la modification de réactions émotionnelles, telles que l'angoisse, se fait généralement par degrés. Le sentiment de parvenir à diminuer de quelques degrés dans une situation angoissante convainc de l'efficacité de la procédure et motive à poursuivre les exercices jusqu'à la disparition des réactions problématiques.

Les séances de confrontation doivent être relativement longues (p.ex. une ou deux heures d'affilée) et répétées. Durant les premières, le thérapeute peut accompagner (p.ex. dans le supermarché) ou faire des démonstrations (p.ex. de capture d'araignées). Ensuite le client effectue des exercices autogérés. Ainsi il apprend à réguler ses émotions et donc à ne plus les redouter, il parvient à prendre distance à l'égard des scénarios catastrophes qu'il entretenait, il développe un sentiment d'auto-efficacité.

Le développement de compétences sociales

Des habiletés sociales peuvent se développer, comme des habiletés psychomotrices ou artistiques, grâce à des exercices progressifs. Les programmes de formation portent d'habitude sur les comportements suivants:

- des perceptions : reconnaître chez autrui des intentions, repérer des indices d'attention, de fatigue, d'agacement, etc.
- des croyances et des inférences dysfonctionnelles : le "must" d'une valorisation constante par autrui, la dramatisation des critiques reçues, etc.

- des stratégies de résolution positive de conflits : s'exprimer clairement, écouter et chercher des solutions “intégratives”
- des actions : adopter une attitude calme et assurée, oser regarder dans les yeux, parler plus fort, sourire davantage, engager et entretenir une conversation, faire des compliments et en accepter avec simplicité, formuler une demande et la répéter, dire “non” à des copains qui incitent à boire ou à fumer, etc.

Une conduite souvent cruciale est la conduite “assertive”, l'affirmation positive de ses propres opinions, sentiments et désirs. Elle se situe sur un continuum entre la passivité et l'agressivité. En règle générale, les conduites assertives contribuent davantage à la qualité des relations interpersonnelles que des réactions de soumission ou de violence, surtout dans une perspective à long terme.

Les techniques les plus utilisées, pour améliorer les compétences sociales, sont des instructions, l'observation de modèles (via des films ou dans la réalité), des exercices de visualisation mentale, des discussions en groupe, des jeux de rôle et surtout des essais répétés de nouvelles conduites dans des situations réelles de difficulté croissante. Chacun peut tirer profit d'un training de ce genre, depuis le manager jusqu'à la personne atteinte de psychose.

Les évaluations

Des bilans réguliers au cours du traitement sont essentiels pour motiver à “travailler” (avoir le sentiment de progresser, même si c'est en dents de scie), réajuster les stratégies, décider si on termine la thérapie ou si on définit de nouveaux objectifs, moyens et contrats.

Les évaluations se font sur base de questionnaires, d'observations de comportements dans des situations réelles et du carnet d'automonitoring. Les observations sont souvent traduites en tableaux et en graphiques pour les rendre plus parlantes.

Le client s'habitue à utiliser des échelles graduées (“dans cet exercice j'ai fait 5/10, j'avance”) au lieu de dichotomies débilantes (“c'est raté, je suis nul”). Il est incité à voir les tâches thérapeutiques, non comme des examens qu'il doit réussir, mais comme des expérimentations, des occasions d'observer, d'apprendre et d'évoluer par étapes.

4. Résultats et problèmes éthiques

Des résultats observables

Les comportementalistes (et les cognitivistes) se distinguent par l'importance qu'ils attachent à l'étude objective des effets de leurs pratiques. Ils comparent l'évolution de clients de même type, traités par des méthodes différentes, en vue de découvrir quels sont les ingrédients les plus efficaces et lesquels sont inopérants. Ils essaient de préciser non seulement quelles procédures fonctionnent bien pour la moyenne des sujets, mais encore quelles sont celles qui fonctionnent le mieux pour tel genre d'individus (p.ex. les techniques utilisant la visualisation mentale ne conviennent qu'à certains).

En 35 ans les comportementalistes ont mené plusieurs centaines d'études sur leurs résultats. Ils ont publié les meilleures dans des revues de thérapie comportementale, mais aussi dans les revues les plus prestigieuses de psychiatrie et de psychologie scientifiques (*Archives of General Psychiatry*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, etc.). Comme en médecine, certains troubles se traitent aujourd'hui bien et facilement, d'autres pas encore ou peut-être

jamais. Par exemple le traitement d'une phobie simple se fait généralement en quelques séances, celui d'un trouble obsessionnel en quelques mois, celui d'une toxicomanie bien ancrée est long et difficile. On observe peu de changements radicaux et soudains. L'élimination de fortes réactions d'angoisse, de colère ou de culpabilité se réalise de façon progressive (diminution d'intensité, puis de durée, enfin de fréquence). Les praticiens ne font pas de miracles, mais le bilan est enthousiasmant et l'avenir plein de promesses.

Face à l'efficacité des thérapies comportementales, les psychanalystes déclarent qu'elles ne font que traiter ou déplacer des "symptômes". Cette objection se fonde sur la théorie freudienne selon laquelle l'"appareil psychique" est semblable à une machine à vapeur et la conduite problématique est analogue à l'échappement d'une pression excessive. L'élimination d'un "symptôme" sans changement "profond" ne ferait qu'augmenter la tension interne et préparer d'autres "fissures". La pratique effective des comportementalistes montre au contraire que, quand leurs thérapies sont appropriées et bien menées, la majorité des clients résolvent mieux les problèmes présentés, mais en outre améliorent leurs capacités de s'observer et de se gérer dans de nombreuses situations.

Comme dans tout processus d'apprentissage, les résultats des thérapies comportementales dépendent de divers paramètres : l'état de la personne au départ (ses problèmes, ses limites, ses possibilités), l'importance qu'elle attache au changement, l'existence de procédures efficaces, la compétence et la notoriété du "formateur", la qualité de la relation avec lui, l'anticipation d'effets positifs, l'adhésion à la méthode, les efforts mis en œuvre, le degré de satisfaction éprouvé suite à des changements, les réactions de l'entourage, la capacité de relativiser des échecs momentanés, etc.

Des problèmes éthiques

Comme tout pouvoir, celui qu'apportent les sciences et les techniques qui en découlent pose le problème de l'utilisation. L'électricité peut servir au chirurgien pour sauver une vie et au policier pour torturer un opposant ; une seringue peut servir à injecter l'antibiotique salvateur ou la drogue mortelle ; la psychologie peut s'utiliser pour aider des toxicomanes à se libérer d'assuétudes ou pour inciter des gens à acheter de l'alcool et d'autres drogues... Les psychologues scientifiques ont déjà beaucoup réfléchi à ces problèmes⁵. Les behavioristes ont particulièrement souligné le danger des influences situationnelles méconnues, notamment les conditionnements subtils qui jouent dans toutes les psychothérapies, même et surtout dans celles qui se disent analytiques ou non directives⁶.

Plus une discipline scientifique fournit des moyens d'action, plus ses praticiens doivent élaborer et respecter des règles déontologiques précises. Les psychothérapeutes doivent expliciter clairement le pourquoi et le comment de leurs procédures. Ils doivent prendre des précautions pour que les personnes concernées puissent rester libre de se faire traiter ou non, et qu'elles puissent choisir en connaissance de cause entre plusieurs types de traitement. Lorsqu'un individu ne dispose guère de cette liberté (parce qu'il est p.ex. prisonnier ou atteint de démence), des comités d'experts doivent se montrer particulièrement vigilants pour faire respecter les droits de l'homme. Il importe d'organiser des mesures concrètes de contre-contrôle, notamment une large information, des contrats clairs, des possibilités de protestation et de recours.

⁵ Voir p.ex. M. Richelle (1977) *Skinner ou le péril behavioriste*. Éd. Mardaga - X. Seron *et al.* (1977) *La modification du comportement. Théorie, pratique, éthique*. Éd. Mardaga - O. Fontaine (1978) *Introduction aux thérapies comportementales*. Éd. Mardaga.

⁶ Voir p.ex. J. Van Rillaer (1981) *Les illusions de la psychanalyse*. Éd. Mardaga - C. Meyer *et al.* (2005) *La livre noir de la psychanalyse*. Paris : Les Arènes.

Un siècle de recherches a permis de débusquer de mieux en mieux les multiples déterminants des conduites. Aujourd'hui l'image de l'homme, que présente la psychologie scientifique, n'est cependant pas celle d'un être mécaniquement déterminé par son milieu ou par des pulsions qui jaillissent de l'inconscient. C'est celle d'un sujet actif, en interaction constante avec son environnement, capable d'apprendre à réguler, en fonction d'objectifs choisis de façon réfléchie, une large part de ses pensées, de ses sentiments et de ses actions. Une des plus hautes missions de la science du comportement est de développer et de mettre à la portée de tous des moyens concrets pour améliorer la gestion de soi et les relations entre les hommes.

Informations pratiques

Dans chaque pays occidental, on trouve aujourd'hui une association de thérapie comportementale. On n'y connaît guère de conflits d'«écoles». Les associations européennes sont membres de l'*European Association for Behavioural and Cognitive Therapies* (EABCT), dont le siège est en Angleterre.

Dans la plupart des pays, les praticiens reconnus par leur association sont au départ diplômés en psychiatrie ou en psychologie (universitaire), et ont ensuite acquis une formation en thérapie comportementale. Cette formation correspond à une spécialisation de niveau universitaire. Elle comprend en principe des cours, des séminaires, des stages, des thérapies supervisées et la rédaction d'un travail de fin d'études.

Des informations (notamment des noms de praticiens reconnus) peuvent être obtenues aux adresses suivantes.

FRANCE

Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC)

www.aftcc.org

BELGIQUE

Association pour l'étude, la modification et la thérapie du comportement (AEMTC) :

<https://www.aemtc.be/index.php>

CANADA

Association canadienne des Thérapies Comportementales et Cognitives (ACTCC)

<https://cacbt.ca/fr/>

SUISSE

Société suisse de thérapie comportementale et cognitive (SSTCC)

<https://www.sgvt-sstcc.ch/>