

# L'analyse fonctionnelle

Hans Orlemans, Paul Eelen & Dirk Hermans (1995)

*Inleiding tot de gedragstherapie* (Bohn Stafleu van Loghum, 5<sup>e</sup> éd., 393 p.).

Chapitre 8, traduit et adapté par Jacques Van Rillaer (Université de Louvain-la-Neuve)

Toutes les notes en bas de page sont du traducteur.

Une version remaniée de ce chapitre se trouve dans la 6<sup>e</sup> édition de l'ouvrage (Hermans, Eelen, Orlemans, 2007, 272 p.)

## 8.1 L'analyse fonctionnelle : concept-clé des TCC

L'analyse fonctionnelle est l'élément central de la thérapie comportementale. C'est par elle que se réalise le lien entre la pratique clinique et les données fondamentales de la psychologie expérimentale.

L'analyse fonctionnelle peut se définir comme *l'élaboration d'hypothèses sur les déterminants d'un comportement*. Elle doit être un *travail sur mesure*. Elle est aux antipodes de la manière traditionnelle de travailler avec des classifications psychiatriques et d'en déduire les traitements.

Elle constitue la base sur laquelle le thérapeute définit les procédures qui conviennent au client<sup>1</sup>. Prenons un cas d'énurésie. La topographie de ce type de comportement ne diffère pas beaucoup d'un cas à l'autre, mais l'analyse fonctionnelle va révéler des significations très différentes : il peut s'agir par exemple d'un retard de maturation physiologique ou d'une conduite hostile à l'égard des parents. Ceci implique des traitements tout à fait différents.

## 8.2 Le choix d'un type d'analyse fonctionnelle

Les données actuelles de la psychologie scientifique justifient plusieurs façons de faire des analyses fonctionnelles. Habituellement on se centre sur les comportements problématiques et sur les facteurs de leur maintien (en particulier les -S-)<sup>2</sup>. On peut également accorder beaucoup d'attention aux comportements non problématiques et à leurs déterminants. Ce point de vue a été développé notamment par Israël Goldiamond (1974). Pour cet élève de Skinner, il est souvent plus fructueux d'analyser, de développer et de « construire » des comportements « positifs » — absents ou trop peu fréquents —, que de mettre toute son énergie à éliminer des conduites.

On peut s'appuyer principalement sur les principes du conditionnement classique (p.ex. si l'on traite des troubles physiologiques comme les céphalées) ou sur les principes de l'apprentissage opérant (p.ex. si l'on s'occupe de personnes qui présentent de graves déficiences mentales).

---

<sup>1</sup> Les auteurs, un Hollandais et deux Belges flamands, utilisent le terme « client », comme c'est l'usage dans leur pays, contrairement à l'usage en France, où l'on parle généralement de « patient ». Cet usage s'est développé surtout à partir des publications de Carl Rogers (voir notamment son livre *Client-centered therapy*, Boston, Houghton Mifflin, 1951). « Client » suggère que la personne en psychothérapie devrait être active plutôt que « patiente », au sens étymologique du terme (en latin, *patiens* signifie : qui souffre sans se plaindre, résigné, patient). De plus, ce mot ne dissimule pas que la psychothérapie est de fait une relation commerciale. La personne paie un expert pour un service : mieux se connaître, résoudre des problèmes, se délivrer de souffrances, être plus heureuse. Il ne s'agit pas d'une relation d'amitié, d'amour ou de pur altruisme.

<sup>2</sup> Pour la signification de ce symbole, voir infra, § 8.4.2.

Nous présentons ici l'ensemble des éléments qui peuvent servir pour une analyse fonctionnelle. Nous mettrons d'abord l'accent sur des principes pavloviens, ensuite sur des principes opérants et enfin sur leur combinaison.

## 8.3 La composante répondante

### 8.3.1 L'analyse des stimuli conditionnés

Une analyse fonctionnelle correcte implique une description détaillée de stimuli, du moins dans les cas d'émotions perturbantes (par exemple l'angoisse, la tristesse) et lorsque le comportement problématique est émis dans des contextes déterminés.

#### Cas 8.1

Brigitte souffre de dépression. Elle a perdu son mari et ses deux enfants dans un accident de voiture. Sept ans plus tard, l'effet traumatisant n'est toujours pas estompé, malgré plusieurs traitements.

A l'issue de la première séance, le thérapeute propose une tâche d'automonitoring. Il lui demande de noter l'état de son humeur trois fois par jour, durant les sept jours à venir, en fonction d'une échelle graduée de 0 (gravement déprimée) à 10 (d'excellente humeur).

L'utilisation de ce « thymomètre » élémentaire met alors en évidence des variations importantes au cours de la journée et facilite le repérage des situations particulièrement déprimantes. Par exemple Brigitte a noté un chiffre élevé peu de temps après la première consultation. Le stimulus inducteur a été le passage devant une foire. Son mari aimait y emmener les enfants. Brigitte a été étonnée de la vivacité de ce souvenir. Elle prend mieux conscience des stimuli déclenchant des réactions émotionnelles : une photo de son mari, une chanson à la radio, le passage devant un magasin de jouets. Tous ces stimuli restent associés au traumatisme.

Dans cet exemple, les stimuli sont de nature auditive ou visuelle. Des stimuli olfactifs ou gustatifs peuvent avoir le même impact (par exemple l'odeur d'un manteau mouillé associé à une humiliation subie à l'école). Des sensations corporelles peuvent également fonctionner comme des stimuli conditionnés. Une légère douleur à la poitrine, qui laissait autrefois indifférent, peut déclencher une angoisse de mort depuis le développement d'une nosophobie (cf. Orlemans & Van den Bergh, 1997).

Dans certains cas, la personne repère facilement les stimuli qui provoquent un changement d'affect ou une impulsion. Dans d'autres, elle ne parvient pas à les identifier.

Les stimuli peuvent se ranger sur un continuum qui varie depuis des éléments tout à fait concrets jusqu'à des constellations globales et abstraites de stimuli. Par exemple, on peut situer à un pôle la peur de tel type d'araignées et, à l'autre pôle, l'appréhension d'être évalué négativement. Dans ce dernier cas, diverses constellations de stimuli agissent comme signaux de la possibilité d'un jugement négatif. Il importe alors de préciser où, quand et avec qui ce type de réaction se produit.

En résumé, les stimuli conditionnés peuvent être de nature très différente et peuvent se ranger sur un continuum variant de tout à fait concret à très abstrait.

### 8.3.2 De l'analyse topographique à l'analyse fonctionnelle

Une *analyse topographique* (du grec *topos*, lieu, et *graphein*, écrire) est une description d'un comportement concret et de la situation dans laquelle il se produit.

Lorsque le client a fourni une série de descriptions topographiques, comme dans le cas de Brigitte, le thérapeute recherche des dénominateurs communs. Le résultat de cette investigation présente évidemment un caractère abstrait. Par exemple, après que le client ait évoqué une dizaine de situations dans lesquelles il se sent tendu, anxieux ou inhibé, le thérapeute peut constater qu'une composante invariante est la présence de figures d'autorité. Dès lors, le thérapeute et le client deviennent attentifs à toute une série de stimuli concrets qui évoquent le statut social. Ils peuvent ensuite mieux définir le problème et les objectifs de changement.

Inversement, un client peut d'emblée présenter ses difficultés de façon relativement abstraite: dire par exemple que les figures d'autorité l'angoissent. Dans ce cas, le thérapeute va chercher à concrétiser le problème. Il proposera au client de noter où, quand et en présence de qui les réactions indésirables se produisent.

En fin de compte, le thérapeute doit disposer de deux définitions du problème : la formulation abstraite des significations essentielles et des exemples tout à fait concrets de la problématique.

La mise en évidence de la signification centrale d'une série de réactions se réalise de deux façons. Le thérapeute peut proposer assez rapidement une procédure de confrontation avec des situations troublantes et, à cette occasion, circonscrire la signification des stimuli. Il peut aussi rechercher l'« essence » du problème avant de proposer des confrontations. En principe la seconde option est préférable, mais la première est parfois plus efficace, comme l'illustre le cas suivant.

#### Cas 8.2

Edith souffre d'agoraphobie. Elle évite les foules, les tunnels, les ponts, les parcs publics. Ni elle, ni le thérapeute ne saisissent clairement la signification de sa peur. Le thérapeute propose des expositions progressives en vue de débusquer les anticipations anxieuses. (Rappelons que la peur d'une situation est avant tout la peur d'événements qui pourraient s'y produire).

La cliente et le thérapeute élaborent une hiérarchie de situations anxiogènes, rangées selon une échelle de 1 (très peu anxiogène) à 10 (déclenche à coup sûr la panique). Ensuite Edith s'exerce à affronter des situations simples, telles que sortir de la maison et marcher une dizaine de mètres. Surgissent alors des pensées qui indiquent clairement que la mère apparaît comme un déterminant essentiel du trouble: Edith redoute de rencontrer sa mère, dont elle ne supporte plus le comportement surprotecteur. Cette découverte va constituer un thème essentiel du traitement.

Dans l'exemple qui précède, on peut parler d'une relation « séquentielle » entre des stimuli. La sortie de la maison fait anticiper la possibilité de rencontrer la mère. L'exemple suivant présente une relation « référentielle ».

#### Cas 8.3

Éliane, une femme de 25 ans, souffre de dépression sévère. Elle a démissionné un an plus tôt de son travail de secrétaire. Depuis ce moment, elle est inactive la plupart du temps et s'ennuie considérablement.

Au cours de la deuxième séance, elle avoue avec difficulté certaines angoisses. Elle est très perturbée par ce qu'elle qualifie elle-même de « détails idiots » : une déchirure dans le papier peint, un petit trou dans le mur, une tache de café sur la nappe, une faute d'orthographe dans un journal. Pour neutraliser la réaction d'angoisse que ces stimuli

déclenchent, elle utilise des rituels, par exemple la répétition de mots tels que « tache de café, tache de café... », qu'elle compte sur les doigts.

Le thérapeute dispose ainsi d'une liste de stimuli qui angoissent Éliane et pourrait dès lors lui proposer la procédure mentionnée dans le cas 8.2. Il pourrait faire intentionnellement des taches de café et demander alors à la cliente de ne pas faire usage de son rituel et d'explorer les cognitions qui surgissent à cette occasion. Dans le cas présent, il a préféré une exploration anamnétique. Il avait l'impression que toutes les situations citées étaient en rapport avec l'imperfection ou l'insuffisance. Il a donc testé cette hypothèse.

A la troisième séance, Éliane dit qu'elle a hésité à venir parce qu'elle n'a pas pu mettre ses notes au net. Elle demande au thérapeute de l'en excuser. Le thérapeute, attentif au thème de la perfection, enchaîne :

T : « Pensez-vous que je ne pourrais pas lire vos notes ? »

C : « Si, sans doute »

T : « Pourquoi croyez-vous qu'il aurait fallu les retranscrire ? »

C : « Parce que vous allez penser que je suis négligente »

T : « Il vous arrive régulièrement d'être négligente ? »

C : « J'essaie que cela n'arrive jamais »

T : « Cela me paraît extrêmement difficile. Comment faites-vous ? »

C : « J'essaie de tout faire le mieux possible. Quand j'étais secrétaire, mon patron ne devait jamais me faire de remarques ».

Éliane se met alors à pleurer. Elle raconte que, quand elle était secrétaire, elle a effacé par erreur des informations dans l'ordinateur. Il s'agissait de données peu importantes, mais elle a préféré donner sa démission avant que quelqu'un puisse s'apercevoir de son erreur. Depuis lors, elle vit retranchée chez elle.

Les séances suivantes permettent de découvrir que les thèmes du perfectionnisme et de la peur de l'échec sont un fil rouge qui traverse tout le passé de la cliente. Jusqu'à l'âge de vingt ans, elle a vécu avec un père veuf, très exigeant. Celui-ci sanctionnait ses imperfections par des coups, quand elle était petite, et par des critiques acerbes, quand elle est devenue adolescente.

Les stimuli rassemblés au cours de la troisième séance sont liés symboliquement au stimulus essentiel. Les taches et les déchirures se rapportent au stimulus essentiel (être critiquée) via la signification « imparfait ». Organiser des confrontations avec ces stimuli en tant que tels serait sans doute peu efficace, à moins de rechercher soigneusement la signification des réactions d'angoisse en réalisant les expériences avec des situations évoquant l'imperfection.

Résumons le cas d'Éliane. La cliente consulte pour dépression. Le thérapeute observe des stimuli anxiogènes concrets. Il émet l'hypothèse que ces divers exemples peuvent se ramener à la peur de l'échec. Il teste cette hypothèse en explorant l'histoire des conditionnements de la cliente.

Ce cas illustre plusieurs points essentiels : l'expérience et la créativité du thérapeute contribuent à l'élaboration d'hypothèses sur la signification essentielle de l'angoisse ; le thérapeute sort ses antennes pour rassembler du matériel et tester des hypothèses ; une analyse fonctionnelle correcte débouche sur l'histoire de la personne et sur d'autres problèmes que ceux qu'elle met d'abord à l'avant-plan.

Les significations des stimuli conditionnels se ramènent le plus souvent à des angoisses relatives à la *conservation de soi* et au *maintien de relations*. Ces angoisses se produisent à trois niveaux : biologique (p.ex. la nosophobie), psychosociale (p.ex. la peur d'être jugé ridicule),

métaphysique (p.ex. la peur d'être damné). L'angoisse liée à la sphère psychosociale se présente sous des formes très variées et concerne pratiquement tous les êtres humains. Comme exemples, on peut citer la peur de ne pas être valorisé, de paraître incompetent ou d'être rejeté par le groupe.

### 8.3.3 Les stimuli essentiels

Les stimuli qui apparaissent à l'avant-plan dans une thérapie sont très souvent les éléments terminaux d'une chaîne, dont l'autre extrémité demeure latente. Il importe de dépister les stimuli essentiels, c'est-à-dire les stimuli primaires ou ceux qui leur sont étroitement associés. Dans le cas d'Éliane, une série de stimuli conditionnés ont été développés par généralisation et par conditionnement d'ordre supérieur, de telle sorte qu'après plusieurs années la cliente s'angoisse à la vue d'une tache de café, sans comprendre la signification essentielle de ce stimulus. Un stimulus essentiel des angoisses d'Éliane est l'imperfection.

### 8.3.4 Les stimuli inhibiteurs

Jusqu'ici nous avons évoqué essentiellement des *stimuli excitateurs*, c'est-à-dire des stimuli conditionnés qui, au cours du processus de conditionnement, sont suivis d'un stimulus inconditionné, appétitif ou aversif, et qui acquièrent dès lors une valence positive ou négative. Il y a également des *stimuli inhibiteurs*, des stimuli qui annoncent l'absence ou la disparition d'un stimulus inconditionné, appétitif ou aversif. Chez Éliane, des stimuli inhibiteurs ont masqué relativement longtemps la véritable problématique. De tels stimuli doivent être soigneusement recherchés.

#### Cas 8.4

Depuis quelques mois, Marie a subi une attaque de panique chaque fois qu'elle a voulu prendre un transport en commun. Elle s'adresse à un thérapeute. Ensemble ils effectuent une série de trajets en tram et en bus. Dans ces conditions, les attaques de panique diminuent, puis disparaissent. Lorsque la cliente fait des exercices seule, elle éprouve à nouveau de fortes angoisses.

Dans ce cas, on peut parler d'un conditionnement excitateur : emprunter un transport en commun (SC<sub>1</sub>) provoque des attaques de panique. Lorsque le thérapeute (SC<sub>2</sub>) accompagne, la crise ne se produit pas. Le thérapeute est devenu un stimulus inhibiteur : sa présence permet de prévoir l'absence de panique : il apparaît comme un « signal de sécurité ».

Les signaux de sécurité peuvent être très variés : pilule en poche, accompagnement d'un voisin, etc. Tant que la personne perçoit ce type de signal tout semble bien se passer. Le problème surgit seulement quand le stimulus inhibiteur est absent. Cette situation s'observe souvent à l'occasion de changements de vie importants, par exemple le départ de la maison parentale, le déménagement d'un ami, le décès d'un proche.

#### Cas 8.5

Un mari et une femme âgés ne sortent jamais l'un sans l'autre. Depuis le décès de sa femme, le mari éprouve de violentes angoisses dès qu'il quitte la maison. On constate après-coup que son épouse avait une fonction de stimulus inhibiteur.

#### Cas 8.6

Une jeune femme se déclare incapable de continuer à travailler. Elle a eu autrefois une incontinence d'urine en présence d'autres personnes et en a éprouvé une honte considérable. Jusqu'à tout récemment elle travaillait sans difficulté. Tout a changé lorsque des rénovations effectuées dans son entreprise ont mis temporairement hors d'usage les

toilettes situées à proximité de son poste de travail. Il lui faut à présent monter quatre étages pour se rendre aux toilettes. La cliente redoute un nouvel accident urinaire en public. Pour elle, la proximité de toilettes constituait un stimulus inhibiteur permettant de prédire l'absence d'un événement aversif.

Comme nous l'avons déjà signalé, la plupart des personnes ne viennent pas en thérapie tant que les stimuli inhibiteurs fonctionnent bien. C'est le cas d'Éliane. Elle avait organisé sa vie de manière à éviter tout échec et toute critique. Elle menait une existence rétrécie, sans partenaire ni amis; elle n'était membre d'aucune association de loisir. Elle n'avait pas poursuivi d'études supérieures, par peur d'un échec aux examens. Elle travaillait de façon quasi anonyme dans une grande entreprise. Ses vêtements et sa présentation étaient tout à fait conventionnels. Sa vie paraissait sans problèmes, aussi longtemps qu'elle pouvait éviter toutes les situations où elle aurait pu subir un échec ou être critiquée. Sans l'incident de l'ordinateur, elle n'aurait peut-être jamais consulté un thérapeute. Après avoir donné sa démission, ses journées sont devenues vides, la signification du stimulus s'est étendue à d'autres situations, telles qu'une tache de café ou un rideau légèrement de travers. Ne pouvant éviter ces situations, elle a éprouvé de fortes angoisses sans comprendre que ce trouble trouvait son origine dans sa peur d'un père implacable.

Aussi longtemps que des comportements permettent « oS- »<sup>3</sup> sans entraîner à long terme des conséquences nettement aversives, la personne ne se sent pas motivée à modifier sa conduite. Par exemple beaucoup de personnes qui éprouvent de l'anxiété sociale parviennent à mener une vie sans beaucoup de difficultés en évitant soigneusement toute situation risquée. Lorsque ces personnes viennent en thérapie, le thérapeute doit impérativement être attentif aux comportements d'évitement, des comportements qui permettent de dissimuler des stimuli essentiels. Sans ce repérage, des exercices d'exposition demeurent souvent inefficaces.

### 8.3.5 Les facilitateurs (« occasion setters »)

Les facilitateurs ne sont pas de stimuli conditionnés au sens strict. Ce sont des stimuli ou des ensembles de stimuli qui, à l'instar des stimuli discriminatifs du paradigme opérant, constituent le contexte dans lequel un stimulus conditionné prend une signification déterminée. Le cas 8.7 illustre ce processus.

#### Cas 8.7

Un étudiant subit des attaques de panique intense dans les théâtres et les salles de cours. Il a alors l'impression de manquer d'air et a peur d'étouffer. Par ailleurs, il s'entraîne deux fois par semaine dans un club d'athlétisme. Après quelques minutes d'activité physique intense, il éprouve des sensations physiques semblables à celles qui apparaissent dans les salles de cours, mais celles-ci ne déclenchent pas la panique.

La sensation de manquer d'air prend donc des significations différentes selon les situations. C'est seulement dans la première qu'elle active l'idée de la mort par étouffement.

Telle association SC-SI est activée seulement dans certains contextes. Pour la thérapie, il est important que le client reconnaisse qu'une même réaction peut prendre des significations tout à fait différentes selon les situations. Dans le cas 8.7, l'étudiant doit bien réaliser qu'il ne panique pas lorsqu'il attribue son essoufflement à l'activité sportive et que le même phénomène physique déclenche des cognitions de catastrophes dès qu'il ne voit pas comment l'expliquer.

---

<sup>3</sup> Pour la signification de ce symbole, voir infra, § 8.4.2.

### 8.3.6 Les stimuli inconditionnés de l'angoisse

Le praticien doit s'intéresser aux trois systèmes de réponses distingués par Peter Lang : la composante physiologique, la composante verbale et la composante motrice. Chaque composante peut être le point de départ d'interventions. Il importe toutefois de souligner que la signification d'une réaction émotionnelle ne peut être explicitée totalement. Parfois on ne dispose pas du souvenir conscient du stimulus inconditionné et l'on ne parvient pas à le retrouver dans l'anamnèse. Heureusement, il n'est pas indispensable de mettre au jour les stimuli inconditionnels originaires pour faire une thérapie. On peut traiter une agoraphobie sans connaître le premier événement traumatisant.

Le stimulus inconditionné n'est pas nécessairement un stimulus douloureux, contrairement à une conception suggérée par des expérimentations avec des animaux. Les expériences de frustration, de doute, d'impuissance ou de conflit peuvent également agir comme des stimuli inconditionnés.

Résumons. Le paradigme du conditionnement classique est particulièrement adéquat pour élaborer des analyses fonctionnelles de significations problématiques qui ont été apprises et qui induisent des réactions inadaptées, en particulier celles qui ont une répercussion émotionnelle. Dans ce cas, il importe de rechercher les *stimuli essentiels* et de tenir compte de la distinction entre *stimuli excitateurs* et *stimuli inhibiteurs*. Les *facilitateurs* déterminent les contextes dans lesquels les stimuli acquièrent leur signification. Dans certains cas, il peut être important de distinguer les relations *séquentielles* et *référentielles* qui lient les stimuli inconditionnés et les stimuli conditionnés.

## 8.4 La composante opérante

L'analyse correcte d'une action nécessite la description concrète de l'opérant (« R »), des stimuli conséquents à l'action (les renforçateurs, « Sr ») et du contexte dans lequel l'action mène ou non à des renforçateurs (les stimuli discriminatifs, « Sd »). Ces éléments constituent le schéma de base du paradigme opérant :

$$Sd \Rightarrow R \Rightarrow Sr$$

### 8.4.1 L'opérant

Les clients présentent généralement leurs problèmes en termes généraux. Comme pour l'analyse des stimuli conditionnés, le thérapeute doit chercher à concrétiser et analyser soigneusement les problèmes présentés, tout en évitant autant que possible les interprétations personnelles. Il agit comme s'il visionnait un enregistrement vidéo avec une télécommande. A certains moments, il arrête le déroulement, revient en arrière et analyse un passage. Le client apprend à participer activement au processus d'analyse de comportements. Cette « méthode vidéo » fournit en peu de temps beaucoup d'informations concrètes. Dans certains cas, il est instructif de concrétiser des comportements problématiques grâce à des jeux de rôles.

Il importe de toujours réfléchir à l'*absence* de certains opérants, en particulier quand la personne s'abstient de certains comportements de façon à éviter des stimuli aversifs (« évitement passif »).

### 8.4.2 Les (stimuli) conséquences

Un opérant a généralement plusieurs effets. Les divers types d'effets sont rappelés dans le tableau 8.1.

Tableau 8.1 Taxonomie des (stimuli) conséquences d'un comportement

Stimulations appétitives	Stimulations aversives <sup>4</sup>
+S+ Renforceur positif	+S- Puniton positive
-S- Renforceur négatif	-S+ Puniton négative
oS- Renforceur négatif	oS+ Puniton négative

Exemple. Une femme va au marché avec son mari. Elle se rend à l'échoppe d'un marchand qui explique le maniement d'un appareil ménager qu'elle voudrait acheter. Des curieux affluent devant l'échoppe. La femme commence à se sentir oppressée. Elle a peur de s'évanouir au milieu de la foule et quitte précipitamment l'endroit.

Les conséquences appétitives de la fuite :

- S- la disparition de la situation anxiogène
- oS- l'absence de l'évanouissement
- +S+ le sentiment de soulagement.

Les conséquences aversives :

- oS+ l'absence de l'achat souhaité
- S+ l'interruption prématurée d'une sortie agréable avec le mari
- +S- l'irritation du mari.

En principe on peut trouver pour tout comportement, problématique ou non, une pluralité de conséquences. Dans l'analyse fonctionnelle d'un opérant, on s'intéresse surtout à trois types de renforceurs : les +S+, -S- et oS-.

### Cas 8.8

Christophe, un écolier de 12 ans, est étiqueté « enfant difficile ». Selon l'instituteur, il agace les autres enfants parce qu'il attire ainsi l'attention et y trouve du plaisir (+S+). La mise en oeuvre d'une procédure de puniton contingente (+S-) n'a pas modifié le comportement. La psychologue scolaire observe alors l'enfant pendant deux jours et constate que le problème se présente principalement durant les cours théoriques (Sd). Pendant les cours pratiques, Christophe est concentré sur ce qu'il fait. La psychologue émet l'hypothèse que l'enfant éprouve des difficultés à suivre les cours théoriques et qu'il taquine ses camarades pour éviter l'ennui (-S-). Les résultats à des tests vont dans ce sens. Lorsque Christophe est changé d'orientation d'étude, le problème disparaît. Ses conduites agaçantes étaient sans doute contrôlées par des renforceurs positifs et négatifs.

En règle générale, il est plus difficile de mettre en évidence les renforceurs négatifs que les positifs. Il est cependant essentiel de repérer les uns comme les autres. Par exemple, pour aider une personne qui boit trop, il est important de savoir si elle cherche ainsi à éprouver des

<sup>4</sup> On dit également

- pour +S- : « Inhibition positive »
- pour -S+ : « Inhibition négative »
- pour oS- : « Sanction »

sensations agréables (+S+), à fuir des responsabilités (-S-) ou à éviter des sensations de gêne dans certaines relations (oS-).

Beaucoup de comportements entraînent à la fois des avantages et des inconvénients. En général, le recours à un professionnel de la psychologie n'est envisagé que lorsque les coûts dépassent nettement les bénéfices. Il est dès lors essentiel d'explorer les +S-, -S+ et oS+ pour comprendre la motivation à entamer une thérapie et soutenir la motivation à la poursuivre.

### 8.4.3 Les stimuli discriminatifs

Dans le cas 8.8, le comportement perturbant survient seulement à l'occasion de cours théoriques. Ces cours sont les stimuli discriminatifs (Sd) en présence desquels le comportement a une fonction (l'évitement de l'ennui). Ce comportement n'est pas adopté durant les cours pratiques (S<sup>Δ</sup>). Soulignons que les stimuli discriminatifs ne « causent » pas le comportement, mais signalent l'intérêt de l'adopter ou non. Leur signification peut se constituer selon différentes modalités, que nous évoquons dans ce qui suit.

Un stimulus discriminatif peut être un stimulus inconditionné. Ainsi la personne qui vient de se brûler le doigt (Sd) met la main sous l'eau froide (R) pour soulager la douleur (-S-).

Un stimulus discriminatif peut avoir acquis sa signification à la suite d'un conditionnement classique. Ainsi pour Eliane (cas 8.3), qui s'angoisse à la vue de taches ou de déchirures, les stimuli discriminatifs les plus importants sont des situations qui impliquent la possibilité d'échouer ou d'être critiquée. Quand elle était secrétaire, ces Sd l'incitaient à une attention constante.

Le cas d'Eliane montre comment les composantes répondantes et opérantes sont liées. L'effet angoissant de toute critique résulte d'un conditionnement classique. Ces stimuli conditionnés provoquent des réactions physiologiques — une des composantes de l'angoisse — et, en même temps, fonctionnent comme des stimuli discriminatifs pour un comportement d'évitement actif. Dans ces circonstances, les conduites d'Éliane lui ont permis de gérer les situations anxiogènes et ont été renforcées négativement.

Un stimulus discriminatif peut constituer le contexte dans lequel un comportement apparaît fonctionnel. Il présente alors la « conditionnalité » du type « si Sd, alors R est suivi de Sr ». Par exemple, pour un enfant l'arrivée de la mère peut être un Sd pour demander une friandise, tandis que cette règle n'a plus de valeur dès que le père est présent. Dans ce cas, le père est un S<sup>Δ</sup>. Le stimulus discriminatif est comparable au facilitateur du paradigme pavlovien.

Un stimulus discriminatif peut induire une conduite. Il a alors une signification motivationnelle. Par exemple, un Sd qui présente une valence aversive provoque un comportement de fuite. Beaucoup de comportements se produisent en opposition ou en compensation à des significations. Ainsi le sentiment d'ennui est un Sd pour rechercher des activités (R) grâce auxquelles ce sentiment disparaît (-S-). Les personnes qui souffrent de troubles anxieux illustrent bien ce processus : elles cherchent à réduire des menaces en essayant de contrôler leur environnement ; leurs problèmes deviennent aigus lorsqu'elles n'y parviennent pas ou plus.

### 8.4.4 L'élaboration d'une analyse fonctionnelle selon le schéma opérant

Après avoir rassemblé suffisamment d'informations concrètes, le thérapeute peut formuler des hypothèses sur les relations entre le comportement, ses antécédents et ses conséquences. Il cherche quelles contingences jouent le rôle le plus important dans le maintien du comportement-problème.

On peut trouver les types de conséquences présentées au tableau 8.1 pour chaque comportement, mais toutes les conséquences n'ont pas la même importance pour un comportement donné. Il n'est guère souhaitable d'interroger le client jusqu'au moment où toutes les cellules du tableau sont remplies. Cette démarche fournit un schéma d'analyse qui paraît exhaustif, mais son utilité n'est pas toujours démontrée.

Nous préférons une autre démarche : formuler des hypothèses à partir des particularités du client, puis chercher à les *réfuter*. Cette procédure correspond à la démarche scientifique contemporaine<sup>5</sup>. A titre d'exemple, reprenons le cas 8.8. L'instituteur pense que les taquineries de Christophe sont une manière d'attirer l'attention. Son analyse peut s'écrire : Sd (présence d'autres élèves) => R (taquiner) => +S+ (obtenir de l'attention). L'instituteur n'a eu aucune difficulté à faire des observations qui *confirment* son analyse. Il ignore toutefois qu'elle n'est qu'une hypothèse parmi d'autres possibles. La psychologue a formulé l'hypothèse que Christophe s'ennuie aux cours théoriques et qu'il adopte un comportement d'échappement : Sd (cours théoriques) => R (taquiner) => -S- (diminuer l'ennui). Pour tester cette deuxième hypothèse, la psychologue a fait passer des tests, puis a proposé d'essayer un autre programme scolaire. Il peut également être utile de formuler une série d'analyses fonctionnelles. Le cas suivant illustre cette procédure.

### Cas 8.9

Une cliente qui souffre d'une grave phobie de contamination et d'une compulsion de nettoyage accepte, sur avis de son médecin, de se faire hospitaliser. Au cours de la première rencontre avec le psychothérapeute, elle banalise son problème : « Tout cela n'est pas grave. Mon mari et le médecin exagèrent ». Une banalisation de ce genre est souvent interprétée comme un « comportement de résistance », le « signe d'une absence de motivation pour la thérapie » ou « l'expression d'un conflit avec l'autorité ». Le thérapeute estime souhaitable d'en faire une analyse fonctionnelle avant d'examiner de plus près le trouble obsessionnel-compulsif. Il formule pour lui-même plusieurs hypothèses. Nous résumons trois d'entre elles.

**1<sup>ère</sup> hypothèse** : la banalisation est un comportement d'évitement (oS-).

La reconnaissance du trouble obsessionnel est angoissante. Plusieurs sources d'angoisse pourraient jouer.

- Reconnaître la gravité du trouble conduit à devoir faire une thérapie comportementale. Or la cliente a entendu dire que les séances d'immersion sont pénibles.
- Accepter de faire une thérapie peut conduire à la disparition des compulsions, mais aussi à l'apparition d'autres problèmes, en particulier l'impossibilité de se réfugier à l'hôpital.
- Reconnaître la gravité des troubles peut s'accompagner de honte. C'est la première fois que la cliente parle de façon détaillée de ses obsessions et de ses rituels.

**2<sup>e</sup> hypothèse** : la banalisation vise les conséquences pénibles du trouble.

Sans doute le comportement problématique présente-t-il des « bénéfices », mais il a aussi des effets aversifs, par exemple des réactions agressives du conjoint. La banalisation pourrait avoir pour fonction d'échapper à ces conséquences aversives (-S-).

Il est également possible que la cliente s'inquiète de sa santé mentale (« suis-je en train de devenir folle ? »). Elle voudrait entendre le thérapeute lui dire que tout cela n'est pas si grave et que le médecin a dramatisé son cas. Elle essaie peut-être de se rassurer en provoquant des paroles apaisantes.

<sup>5</sup> L'épistémologue Karl Popper a particulièrement bien développé l'idée qu'une démarche scientifique rigoureuse ne peut se contenter de la méthode inductive, mais doit envisager systématiquement quels faits d'observation pourraient remettre en question son hypothèse ou sa théorie. Popper a développé cette idée à l'occasion de son intérêt passionné pour le marxisme, la psychanalyse freudienne et la psychanalyse adlérienne, trois systèmes de décodage et d'explication qui apparaissent « irréfutables ». Cf. *Conjectures and Refutations*. London : Routledge and Kegan Paul, 1963, 3<sup>e</sup> éd. 1969. Trad.: *Conjectures and Refutations. La croissance du savoir scientifique*. Paris : Payot, 1985, 610 p.

**3<sup>e</sup> hypothèse** : la banalisation est justifiée.

Il est possible que le contrôle de la compulsion par des renforçateurs négatifs soit peu important et que la personne ne souffre plus vraiment de l'obsession de la contamination. Le trouble serait maintenu seulement parce qu'il permet de contrôler le partenaire à la maison (+S+). En effet, dès l'hospitalisation, le trouble a diminué de façon spectaculaire et n'apparaît plus comme un problème. Si cette hypothèse se confirme, l'objectif thérapeutique devrait être d'apprendre d'autres comportements pour communiquer avec le conjoint. La thérapie devrait devenir surtout une thérapie de couple.

Les hypothèses doivent être testées — le plus souvent avec soin — afin d'aboutir à des analyses fonctionnelles permettant d'élaborer un plan. Chacune des trois hypothèses envisagées pour le cas 8.9 impliquent des traitements différents.

La mise à l'épreuve d'hypothèses peut se réaliser de différentes façons. Une première source d'informations importantes est l'analyse des stimuli discriminatifs. Ensuite, un examen attentif des trois éléments fondamentaux (antécédents, comportements, conséquences) suffit souvent pour éliminer la plupart des hypothèses inadéquates.

La recherche de comportements présentant une même fonction peut s'avérer également fructueuse. Cette démarche est illustrée par le cas 8.10.

### Cas 8.10

Un après-midi, Françoise, 18 ans, a avalé des somnifères. Sa mère l'a rapidement découverte et conduite à l'hôpital. Là Françoise raconte au médecin que sa vie n'avait plus de sens, parce que son ami voulait rompre. Elle dit regretter d'être encore en vie. Sa version est donc : Sd (vie sans signification) => R (tentative de suicide) => -S- (échapper à la souffrance).

Le psychiatre de l'hôpital envisage une autre hypothèse. Il a l'impression que la jeune fille ne souhaitait pas vraiment mourir. En effet, elle a absorbé une dose minimale de somnifères et elle est restée à la maison, alors que sa mère s'y trouvait. L'hypothèse du psychiatre est que Françoise redoutait la rupture et que son acte a été une tentative désespérée de l'éviter. Donc : Sd (menace de perdre l'ami) => R (tentative de suicide) => oS- (éviter la rupture).

Le psychiatre pense que Françoise n'est pas actuellement en mesure d'entendre son hypothèse. Il est donc allé dans le sens de la cliente et l'a interrogée sur la manière dont elle a réagi dans des situations comparables. Par ailleurs, les déclarations de la mère font penser que Françoise manipule facilement. Par exemple quand son ami voulait sortir seul avec des copains, elle se disait malade à un point tel que son ami n'osait plus la quitter.

Il est parfois souhaitable de réaliser des expériences comportementales en vue de choisir parmi plusieurs hypothèses. Cette démarche est illustrée par le cas 8.11.

### Cas 8.11

Germaine, 12 ans, handicapée mentale, présente régulièrement des colères imprévisibles. Ses parents ne savent comment expliquer ces réactions. La responsable du Centre de jour pense que les colères se produisent surtout quand Germaine a le sentiment de ne pouvoir réussir une tâche. Donc : Sd (tâche trop difficile) => R (colère) => oS- (évitement d'une mise à l'épreuve).

L'évaluation de la difficulté de la tâche est une opération subjective. Or Germaine n'est pas en mesure de faire part de ses jugements. Dès lors, le psychologue organise une expérience comportementale. Il propose à Germaine une série de tâches selon un ordre croissant de

difficulté, les premières étant très faciles, les dernières dépassant ses capacités. Germaine ne se met en colère pour aucune des tâches. L'hypothèse semble donc réfutée.

On distingue trois types de comportements qui se maintiennent ou se renforcent :

- le comportement *appétitif* ou d'approche,  
qui permet d'obtenir un ou des renforçateurs positifs (+S+)
- le comportement d'*échappement*,  
qui permet de diminuer ou de faire disparaître une stimulation aversive (-S-)
- le comportement d'*évitement*,  
qui permet d'éviter l'apparition d'une stimulation aversive (oS-).

Le comportement est inhibé ou réprimé par trois types de contingences aversives :

Sd => R => +S-                      Sd => R => -S+                      Sd => R => oS-

Dans certains cas, le comportement disparaît.

Dans d'autres, des réactions contradictoires apparaissent.

## 8.5 Les comportements d'échappement et d'évitement

Le premier stade d'un comportement de fuite est généralement l'établissement d'un conditionnement pavlovien. Des stimuli, neutres au départ, acquièrent une valence négative. Leur nouvelle signification peut se développer de plusieurs façons : par contact direct, par information ou par observation.

Lorsqu'une personne a subi un accident de voiture et dès lors n'ose plus conduire, on peut parler d'un conditionnement par contact direct. Si un garçon développe une phobie des araignées parce qu'un copain lui a raconté qu'« elles attaquent soudainement et peuvent tuer par une seule morsure », on peut parler d'une phobie basée sur des informations. La même phobie peut se développer par imitation, par exemple si un enfant a vu sa mère s'effrayer à la vue d'une araignée.

Le deuxième stade est la composante opérante. La modification de la signification de stimuli incite à un changement de conduite. Reprenons l'exemple de la personne qui vient de subir un accident sur l'autoroute. Supposons qu'elle prend sa voiture pour aller travailler. Arrivée sur l'autoroute, elle la quitte dès la première sortie. Elle adopte un comportement d'*échappement* qui lui permet de réduire l'angoisse (-S-). Les jours suivants, elle prend le train pour se rendre au travail, de façon à *éviter* une confrontation avec le S.C. et avec les affects pénibles qu'il provoque (oS-).

Le comportement d'évitement a tendance à devenir une habitude. La personne en donne alors des justifications rationnelles (« les voitures sont anti-écologiques »), puis ne le considère plus comme un problème. Elle cherchera à modifier son comportement que si celui-ci entraîne de plus en plus d'effets pénibles. Par exemple si les chemins de fer sont en grève pendant vingt-quatre heures, la personne peut prendre un jour de congé, mais si la grève dure plusieurs jours et que la personne n'a plus de jours de congé, les stimuli évités reviennent brutalement à l'avant-plan. Dans ce cas, la conduite d'évitement n'est plus possible et l'angoisse resurgit.

### 8.5.1 La recherche de sécurité : une motivation fondamentale

Dans l'exemple précédent, une conduite d'évitement fait suite à une conduite d'échappement. Il arrive aussi que des réactions d'évitement se développent d'emblée, de sorte que la personne ressent peu ou pas d'angoisse. Le cas suivant illustre ce processus.

### Cas 8.12

Isabelle, 36 ans, a une fille de 19 ans, Anne, qu'elle a élevée seule. Elle est divorcée depuis dix ans. Anne a vécu deux ans chez son père et sa compagne. Elle a alors été traitée comme une servante. C'était une période pénible. Anne a ensuite entamé une psychothérapie dans l'espoir de se libérer de ces expériences douloureuses.

Le thérapeute comprend rapidement que la relation entre la mère et la fille est très étroite. Isabelle protège Anne de tout. Par exemple, chaque matin elle la conduit en voiture à son travail. Elle ne veut à aucun prix la laisser prendre l'autobus. Elle dit que sa fille est son trésor, que c'est tout ce qui lui reste. Elle n'est pas consciente de constituer pour sa fille un signal de sécurité. Elle ne comprend pas qu'elle entrave son évolution psychologique. Réciproquement, en se montrant docile, Anne fonctionne comme un signal de sécurité pour sa mère. La mère et la fille jouent dans un système qui entretient leurs problèmes.

Le petit enfant est continuellement menacé par de nouveaux stimuli. Dollard et Miller écrivent à ce sujet, dans leur célèbre ouvrage *Personality and psychotherapy* :

« Il n'est guère étonnant que des conflits émotionnels intenses apparaissent au cours de l'enfance. L'enfant n'a pas encore appris à attendre ; il n'a pas encore intégré les routines inévitables de son environnement ; il n'a pas encore compris que les moments pénibles finissent par passer et que les bons reviennent ; il ne sait pas encore raisonner et planifier en vue d'échapper à une souffrance et de construire un avenir de façon contrôlée. L'enfant est tout simplement poussé à avancer, sans frein, sans espoir, sans perspective. Il est embarrassé, désorienté, désillusionné » (1950, p. 130).

La proximité de la mère — pour nous en tenir à un élément — constitue un signal de sécurité qui neutralise l'anxiété provoquée par des stimuli menaçants. Une mère anxieuse a tendance à amplifier son rôle de réassurance et à surprotéger l'enfant, de sorte que celui-ci manque d'occasions pour apprendre à affronter par lui-même des situations plus ou moins stressantes. Ceci constitue un terrain sur lequel peut se développer une personnalité dépendante.

Une autre situation qui génère l'insécurité est la disparition d'un des parents, par exemple si l'enfant est âgé d'un an. A cet âge, le couple parental apparaît comme un ensemble complexe de stimuli qui inhibe les angoisses. La disparition d'un parent est alors traumatisante. Il faut parfois beaucoup de temps pour que le parent qui s'occupe de l'enfant ait la même fonction sécurisante que celle assurée auparavant par le couple.

Un problème central de l'éducation est le dosage optimal entre la protection et le détachement. Des erreurs néfastes peuvent être commises en accentuant un des pôles. Le cas 8.12 illustre une de ces erreurs. Un système de renforcements réciproques a été mis en place: Isabelle satisfait les désirs (inconscients) d'Anne (« protège-moi ; ne me laisse pas avoir peur »), tandis qu'Anne satisfait le désir d'Isabelle de vouloir épargner à sa fille les souffrances qu'elle a vécues dans sa jeunesse. Quand le thérapeute demande à Isabelle ce qui arriverait si elle laissait Anne prendre l'autobus, elle répond : « Ma chérie se sentirait délaissée ». Quand le thérapeute suggère qu'Anne éprouverait peut-être ce sentiment pendant un temps, mais que ce sentiment finirait par disparaître et qu'elle apprendrait alors à devenir autonome, la mère l'interrompt par ces mots : « Dites ce que vous voulez, je ne changerai pas ».

Les doutes, l'inquiétude, l'insécurité et l'angoisse sont inhérents à l'existence humaine. On ne peut parler de pathologie et envisager une thérapie que quand ces sentiments deviennent aigus ou chroniques, suite à des conditionnements excitateurs et inhibiteurs.

Le thérapeute se trouve souvent devant des situations embarrassantes. Il ne doit pas s'occuper de tous les signaux de sécurité. Il doit établir si le client souffre d'insécurité et d'inhibitions excessives. C'est un des objectifs de l'analyse fonctionnelle.

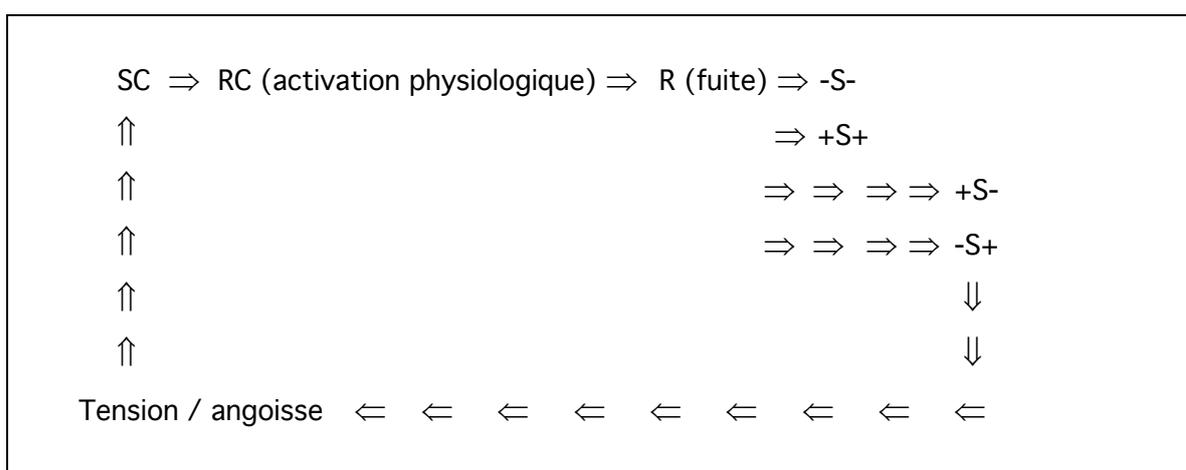
### 8.5.2 Du modèle des deux facteurs aux analyses fonctionnelles

Le modèle des deux facteurs de Mowrer est un excellent fil conducteur pour réaliser des analyses fonctionnelles de réactions émotionnelles problématiques, en particulier les réactions anxieuses.

Prenons le cas d'une personne qui souffre d'une phobie de contamination et qui se préoccupe continuellement d'échapper à ce danger. Elle entre inévitablement en contact avec des objets qu'elle imagine contaminés, par exemple des poignées de porte. Aussi longtemps que le nettoyage se trouve renforcé, la personne n'y voit pas de problème. La réduction de la peur (-S-) et éventuellement des commentaires laudatifs sur la propreté (+S+) maintiennent le comportement. Petit à petit cette compulsion entraîne des conséquences aversives : l'attention bienveillante de l'entourage pour la propreté fait place à de l'irritation (+S-) et le temps mobilisé pour les nettoyages empêche d'avoir des activités agréables (-S+).

Une erreur courante est de croire que les conséquences punitives d'un comportement problématique diminuent automatiquement sa fréquence. La punition peut avoir cet effet, mais ce n'est pas une loi générale. Les stimuli aversifs qui font suite à un comportement d'échappement peuvent, au contraire, contribuer à son augmentation. La punition positive (+S-), sous la forme d'hostilité ou de critiques de l'entourage, et la punition négative (-S+), qu'est l'appauvrissement des possibilités d'action, engendrent des tensions qui peuvent augmenter la fréquence de comportements d'échappement (cf. fig. 8.1). La personne qui souffre de l'obsession de contamination diminue sa tension et son angoisse en pratiquant des lavages (réaction conditionnée d'évitement). Elle peut ensuite utiliser ce rituel pour réduire la tension ou l'angoisse provenant de sources tout à fait différentes. Cette évolution s'observe régulièrement dans les troubles obsessionnels-compulsifs. Par exemple, chez Lilli, traitée en clinique, les compulsions avaient fortement diminué suite à la procédure classique de prévention de la réponse. Au retour d'un week-end passé en famille, Lilli signala qu'elle avait éprouvé une forte impulsion à recourir aux rituels après s'être disputée avec son mari. Elle découvrit ainsi que ses actions avaient une fonction plus large qu'elle ne le croyait. Ses nettoyages lui permettaient de réduire des tensions provoquées par des événements qui n'avaient rien à voir avec la poussière ou la saleté. Lilli subissait une généralisation de la réaction conditionnée d'évitement en présence d'autres stimuli stressants.

Figure 8.1 Schéma du modèle des deux facteurs



Le client cherche à se faire aider à cause des conséquences aversives de ses réactions, des réactions qui lui apportent par ailleurs des satisfactions. Il se sent prisonnier d'un *conflit approche-évitement*, il adopte des comportements qu'il voudrait supprimer. Le thérapeute se

centre sur les renforçateurs des comportements-problèmes (+S+ et -S-), tandis que le client demande avant tout comment échapper à des conséquences aversives (+S-). Cette différence de perspective peut être source de conflits et de résistances de la part du client.

Un traitement qui vise des comportements de fuite n'est pas facile. L'exposition avec prévention de la réponse est une technique exigeante, qui requiert une forte implication du thérapeute et une réelle motivation chez le client. On se trouve souvent confronté à des situations inattendues, à des comportements de résistance, à la volonté du client d'arrêter la thérapie en cours de route.

Les comportements d'évitement sont souvent jugés de façon négative. Toutefois, l'évitement actif de certaines situations n'a rien de pathologique, au contraire. Les êtres humains adoptent fréquemment des conduites d'évitement : ils évitent de se blesser, de boire ce qui rend malade, de donner inutilement de l'argent, d'apparaître sous un mauvais jour, etc. Le comportement d'évitement n'est problématique que s'il vise des situations qui ne doivent pas être évitées et qui ne présentent pas, d'ordinaire, un réel danger.

### Cas 8.13

A l'âge de 17 ans, Jeanne a souhaité la mort de son grand-père à l'occasion d'une dispute avec lui. Le grand-père est mort peu de temps après. Trois ans plus tard, Jeanne entre en conflit avec sa mère et a brusquement le souhait de sa mort. Dans les jours qui suivent, la mère tombe gravement malade. Depuis, Jeanne essaie d'éviter toute idée hostile à autrui. Dès que surgit une idée en rapport avec la mort, un accident ou un malheur des autres, elle sent une angoisse qu'elle cherche à dissiper par des rituels compliqués. Pour éviter le plus possible ces idées intrusives, elle essaie d'être continuellement active. Aller dormir est devenu un problème majeur parce qu'elle se sent obligée de se relever après chaque idée intrusive pour accomplir des rituels de déculpabilisation. Ce sont ces difficultés d'endormissement (+S-) qui l'amènent à consulter.

Ce cas illustre le passage d'une situation — pour laquelle le modèle des deux facteurs peut être le fil conducteur — vers une situation caractérisée par le modèle de l'évitement. Au départ, Jeanne s'occupe d'*échapper* à l'angoisse provoquée par des idées concernant la mort. Elle y parvient grâce à des rituels (R => -S-). Ensuite elle essaie d'*éviter* des stimuli conditionnés (des idées intrusives) en étant sans cesse active. Chaque situation dans laquelle les idées redoutées sont contrôlées devient un signal de sécurité : Sd => R (activité) => oS- (évitement d'une catastrophe).

Lorsque l'évitement fonctionne bien, Jeanne n'éprouve presque plus d'angoisse et n'a pas l'occasion de faire l'expérience de l'absence de liens séquentiels entre les idées et les catastrophes. Pour qu'elle comprenne, de façon existentielle, qu'elle adopte un comportement superstitieux d'échappement (contrôlé par oS-), elle devrait réduire des activités et provoquer des idées relatives à la mort, tout en s'abstenant de recourir aux rituels. Jeanne est piégée par l'apparente efficacité de son comportement. En effet, depuis la maladie de sa mère, il n'y a plus eu d'événement dramatique. Du fait qu'elle accomplit soigneusement ses conduites d'évitement, elle ne peut pas constater que le non-accomplissement des rituels provoque les catastrophes redoutées. Lorsque des événements négatifs apparaissent, elle croit que ses rituels sont insuffisants et elle les intensifie.

## 8.6 L'effet de sommation

Joseph Wolpe (1958, p. 115) a montré expérimentalement qu'une série de chocs peu intenses peut aboutir au même résultat qu'un choc très pénible. Il a ainsi observé un « effet de sommation ». Bindra et Cameron ont montré le même processus chez l'être humain (cf. Jones, 1961, p. 490). On peut dès lors penser qu'une accumulation d'événements peut finir par avoir le même effet qu'un ou quelques événements manifestement traumatisants.

Par exemple, si des parents punissent de façon subtile tout comportement qui a un rapport quelconque avec la sexualité, l'enfant peut, selon l'hypothèse de l'effet de sommation, éviter systématiquement tout ce qui a un lien avec la sexualité. Il peut en résulter une impuissance sexuelle. Ce processus d'évitement passif peut s'élaborer de façon inconsciente. Le renforcement des tabous peut faire que des idées ou des représentations concernant la sexualité apparaissent dangereuses et sont donc évitées. Un type d'évitement « efficace » consiste alors à penser continuellement à autre chose. De cette façon, des obsessions peuvent avoir pour fonction d'éviter des pensées d'ordre sexuel. Ce processus constitue une explication en termes d'apprentissage de la conception freudienne du refoulement, selon laquelle les tendances inconscientes demeurent actives.

Un blocage émotionnel peut se produire si un enfant est subtilement puni chaque fois qu'il exprime des émotions (« un garçon ne pleure pas »). Les situations qui provoquent normalement des émotions finissent par susciter de l'angoisse et des comportements d'échappement. Ce type de réaction peut se généraliser. Dans ce cas, les émotions ne sont plus ressenties, elles sont de plus en plus évitées. Finalement la personne n'éprouve plus d'angoisse, mais rencontre d'autres problèmes — en particulier dans sa vie relationnelle — à cause de la pauvreté de ses sentiments.

Pour conclure, disons que le thérapeute qui fait des analyses fonctionnelles peut se référer à différents modèles fondés sur l'expérimentation. En l'occurrence, beaucoup de chemins mènent à Rome. On peut toutefois souligner que différents types de problèmes s'appréhendent mieux avec tels principes d'apprentissage qu'avec tels autres. Le comportement est toujours complexe, mais ce fait n'implique pas d'explicitier à chaque fois toute la complexité. Dans la pratique, il s'agit de résoudre des problèmes. Si des analyses fonctionnelles relativement simples suffisent, il est inutile d'élaborer des constructions compliquées.

## Références bibliographiques

- Dollard, J. & Miller, N. (1950) *Personality and psychotherapy*. McGraw-Hill. Rééd. Paperback, 3<sup>e</sup> éd., 1965, 488 p.
- Goldiamond, I. (1974) Toward a constructional approach to social problems. Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism* (University of Nevada), 2 : 1-84.
- Mowrer, O. H. (1950) *Learning theory and the personality dynamics*. N.Y.: Ronald Press.
- Orlemans, H. & Van den Bergh, O. (1997) *Phobies intéroceptives et phobies de maladies*. Traduction et préface de J. Van Rillaer. Paris : P.U.F., Coll. Nodules, 128 p.
- Lang, P. J. (1985) The cognitive psychophysiology of emotion : Fear and anxiety. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds) *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, N.J. : Erlbaum.
- Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press, 220 p.