

L'Analyse Comportementale

La Conceptualisation des Cas en Thérapie Comportementale et Cognitive

Herman de Vries

Psychologue
79, rue Caulaincourt
75018 Paris

Introduction

En clinique, chaque cas est unique et nous met au défi d'en faire la meilleure analyse pour la meilleure prise en charge possible. Dorénavant, le diagnostic est fait, la plupart du temps, à l'aide de DSM-IV. Il nous aide à nommer et à mieux décrire les symptômes et les tableaux psycho-pathologiques, mais ne nous permet pas d'interpréter leurs causes. Proposer un traitement à partir du seul diagnostic, suivant en cela une prise en charge médicale simplifiée à un livre de recettes, limite singulièrement la finesse et l'efficacité de la démarche des thérapies comportementales et cognitives.

Rappelons que celles-ci, sorties du laboratoire de la psychologie expérimentale, se sont inspirées du cycle empirique depuis le début :

- formulation d'une problématique,
- recueil de données avec en arrière-plan un cadre théorique,
- formulation d'hypothèse(s) sous forme d'une prédiction vérifiable (ou falsifiable),
- expérimentation,
- évaluation des données de l'expérimentation.

Le cycle empirique appliqué à la démarche thérapeutique en TCC, parcourt les étapes suivantes :

- identification des plaintes formulées par le patient,
- recueil des données par observation directe et/ou par la personne elle-même permettant au passage d'établir une ligne de base,
- prise en compte des connaissances actuelles, formulation d'hypothèses concernant l'origine et le maintien au fil du temps et dans le présent du trouble,
- prédiction sur les techniques à utiliser découlant directement de ces hypothèses, discutées avec le patient pour faire un choix de technique et de modalité d'application pour faire évoluer le comportement - problème
- mise en place du projet thérapeutique, application des techniques choisies,

Puis vient l'évaluation. Le problème a-t-il diminué, disparu ? La thérapie pourrait alors se terminer. Le problème n'a pas évolué ? Le cycle est alors à recommencer. Qu'est ce qui n'a pas été fait de façon satisfaisante : la formulation et l'observation de départ du problème ? L'hypothèse sur les facteurs de maintien ? Le choix des techniques ? L'application correcte de ces techniques ?

En ce sens, chaque thérapie est une 'expérimentation à cas unique', ou encore une étude avec n=1 (Kazdin, 1982).

On voit aisément en énonçant ainsi la démarche thérapeutique TCC, que celle-ci comprend une multitude de tâches complexes pour le thérapeute, avec des outils plus ou moins faciles à formaliser, ou à utiliser :

- recueillir des observations objectives,
- décrire précisément le comportement - problème,
- organiser ces données en hypothèses avec une réelle valeur en rapport avec les théories psychologiques et psycho-pathologiques pertinentes pour le cas,
- déduire de ces hypothèses des prédictions utiles au choix de techniques de modification des comportements,
- savoir appliquer ces techniques, en évaluer le résultat, etc.

Quels sont les outils dont dispose le thérapeute pour faire tout cela ?

Les grilles d'Analyse Fonctionnelle en France

Par habitude, avec le temps, dans la sphère française, on a fini par résumer l'ensemble de ces activités et outils sous le terme d'« Analyse Fonctionnelle ». Cette appellation est utilisée pour plusieurs « grilles » différentes : SORKC de Kanfer et Saslow (1969), Analyse Fonctionnelle Rétroactive de Fontaine et Ylieff (1981), SECCA de Cottraux (1990), qui n'ont pas nécessairement un même objectif ou arrière-plan théorique, ou degré de complexité.

SORKC, « **Stimulus - Organisme - Réaction - Contingences (K) - Conséquences** », respecte le mieux les origines du laboratoire de psychologie expérimentale et les connaissances scientifiques les plus solides : les travaux sur le conditionnement et les théories d'apprentissage. Cette grille aide à situer un comportement (- problème ou pas) dans le contexte où il se produit. Mais elle est complexe à utiliser. En fait cette grille est un hybride didactique, intégrant le versant « pavlovien » de toute acquisition et le versant « opérant », cause du maintien des troubles. Le O d'organisme, est souvent mal compris : certains y placent toute l'histoire d'apprentissages ou les aspects cognitifs. Il renvoie en fait à l'effet modulateur possible de l'état (physiologique, ou de motivation) de la personne sur le comportement (R de 'Response', Réaction) dans telle situation (S), avec telles conséquences (C), se produisant sous telles conditions de contingences (K).

Ambiguïté des mots :

Le mot **comportement** en français indique d'une part *l'ensemble des réactions objectivement observables*. Ces réactions sont détaillées en : réactions psychophysiologiques/émotionnelles, réactions verbales/cognitives et réactions motrices. On parle d'émotion, cognition et action. Le mot comportement peut d'autre part être utilisé pour indiquer la seule action.

Page 6

L'Analyse Fonctionnelle Rétroactive propose d'intégrer des **éléments historiques** concernant l'origine d'un trouble en même temps qu'une description dans **le présent**. De ce fait cette grille est difficile à utiliser et l'est rarement dans les cas cliniques décrits dans la littérature ou par les étudiants pour leurs mémoires obligatoires au cours des formations de thérapeute.

La grille SECCA : « **Situation - Emotion - Cognition - Comportement - Anticipation** », est de loin la plus utilisée en France. Cette grille a intégré les 'systèmes de réponse' de la théorie

de Lang (1977) sur la mise en mémoire des apprentissages (réactions verbales, réactions motrices, réactions psychophysiologiques) utilisés depuis les années 80 et est appelée 'analyse fonctionnelle **synchronique**' pour indiquer la dimension actuelle. Une feuille de notation diachronique la complète pour recueillir les éléments historiques des problèmes analysés.

SECCA a opéré imperceptiblement un virage en TCC qui correspond à la 'révolution cognitive' des années 80 : si la Réaction (E, C et C) y est encore comprise comme se produisant dans un contexte antécédent (Situation), elle n'est plus reliée aux conséquences qu'elle produit. L'anticipation, activité cognitive par excellence, y a un statut à part, créant la confusion. Avec cette grille, l'explication du comportement est transférée au facteur cognitif, plutôt que située dans le contexte lointain ou actuel (distal ou proximal).

Ces analyses fonctionnelles rencontrées dans les publications TCC françaises ne facilitent pas l'apprentissage de l'analyse des cas cliniques par les étudiants, puisqu'elles suggèrent qu'il serait possible de :

- Faire une analyse du cas, en une ou quelques séances et une fois pour toutes, (puis appliquer des techniques thérapeutiques plus ou moins standardisées,
- Mettre dans une même analyse le passé et le présent,
- Mettre dans une même analyse des comportements ayant des conséquences et des fonctions différentes,
- Considérer d'emblée la plupart des cas cliniques comme relevant d'une thérapie cognitive et se dispenser d'une analyse comportementale qui situe dans son contexte le comportement pour en identifier les facteurs de maintien dans le présent.

Beaucoup d'étudiants vivent des doutes sur leurs capacités quand ils cherchent à suivre le modèle des cas cliniques publiés, dont on peut penser que les analyses fonctionnelles sont écrites après coup, vers la fin du traitement.

Vue d'ensemble et condensé historique

Dans les formations de thérapeutes auxquelles je participe (AFTCC, Paris-V, Paris-X), je préconise une clarification des niveaux d'analyse, pour guider l'apprentissage de la mise en forme des cas cliniques. Le tableau «Activité du Thérapeute - Fonction - Support» (de Vries, 2008) ci-dessous en propose un résumé.

<i>Activité du Thérapeute</i>	<i>Fonction</i>	<i>Support</i>
Recueillir des informations sur la personne et ses difficultés	Approcher une vie complexe	Entretiens, questionnaires et tests, questionnaire biographique, rédactions par patient
Organiser une 'Base de Données	Garder accès à cette masse de données	Anamnèse, Ligne de Vie, analyse diachronique
Formuler des hypothèses sur «l'Histoire d'Apprentissages»	Elaboration théorique du cas unique, choix de cible	<i>Théorie Globale</i>

<i>Activité du Thérapeute</i>	<i>Fonction</i>	<i>Support</i>
Recueillir des observations factuelles sur le Comportement - Problème	Description concrète et objective, quantifiée	(Auto)observation, feuille 5 colonnes, feuilles d'observation sur mesure
Identifier l'enchaînement des comportements à analyser dans leur contexte quotidien	Détecter Antécédents, Comportements et Conséquences	Analyse Topographique Analyse ABC
Formuler des hypothèses sur les contingences de Renforcement	Rendre 'testable' les hypothèses sur les facteurs d'entretien	Analyse Fonctionnelle

Première distinction importante : l'ensemble et ses parties. Pour l'analyse du cas dans son ensemble il existe un "outil" : la **Théorie Globale** qui identifie l'ensemble des problèmes.

page 7

Car nous avons besoin d'une compréhension du cas dans sa globalité, d'un résumé très condensé de toute l'histoire d'apprentissages de la personne. On trouve dans la littérature l'expression "Théorie Holistique" chez Van Rillaer (1992), issue de la tradition flamande et néerlandaise (Hermans e.a., 2007). Nous préférons le terme de "**Théorie Globale de la Personne**", sur le modèle d'expressions comme "vision globale", "approche globale d'un problème".

Une théorie est un système formé d'hypothèses, de connaissances vérifiées et de règles logiques (définition du Petit Robert).

En écoutant et en cherchant activement, en recueillant les données utiles à une compréhension comportementale, nous construisons, sur cette base de données, des hypothèses qui seront progressivement affinées de séance en séance. Ce que l'on a cru comprendre dans un premier temps, peut être infirmé dans l'entretien suivant, quand par des questions découlant de notre première théorie, de nouveaux faits apparaissent.

Même à la fin d'une thérapie, notre connaissance d'une vie complexe reste parcellaire, provisoire, "théorique" et chaque entretien peut faire évoluer notre compréhension de la personne.

La Théorie Globale intègre des connaissances psychologiques et de la psychopathologie (expérimentale), sur des mécanismes et processus. Elle aide à générer des hypothèses, donc des questions précises pour l'entretien, ou pour une investigation plus approfondie (par de nouvelles observations, questionnaires, ou tests). Elle amène à formaliser la réflexion du thérapeute sur l'importance relative et l'articulation dans le temps, de domaines problématiques dans les cas complexes (une alternative à un diagnostic statique "avec comorbidité") et ainsi à argumenter le choix du comportement - cible sur lequel centrer un temps la thérapie.

Cette construction d'une compréhension globale de la vie de la personne se fait essentiellement dans notre tête. Au début de la formation, il est intéressant de chercher à la noter sommairement.

Une théorie globale peut être extrêmement simple et évoluer très peu pendant la thérapie, comme par exemple dans une phobie spécifique :

- un cas de phobie de l'eau : Mme. O a failli se noyer en famille au Mont Saint Michel à 8 ans, évitements systématiques depuis de toute eau : piscine, étang, bord de mer, et même baignoire.

La théorie globale sera surtout utile dans les cas complexes, où notre compréhension augmente au fil des séances. Par exemple :

- un cas de trouble obsessionnel-compulsif (TOC) lourd, avec une anxiété omniprésente et des rituels massifs, personne très dépressive. Première esquisse de théorie globale : TOC => épuisement dépressif. Avec le temps et la levée progressive de l'anxiété autour des préoccupations obsessionnelles, apparaissent des thèmes d'anxiété sociale, d'exigence relationnelle et de difficultés sexuelles, antérieures aux divers traitements et même au début du TOC.

Voir clair en début de thérapie avec des cas aussi complexes est illusoire. Disposer d'un outil de formalisation progressive des problèmes et des relations (de cause à effet, d'interaction, d'antériorité, etc.) entre ces problèmes, est indispensable.

En résumé : la théorie globale est une construction progressive d'une compréhension de la personne, cadre dans lequel viennent s'intégrer les éléments d'une histoire personnelle d'apprentissages et qui donne la logique des troubles et dont découlent des hypothèses à explorer par des analyses fonctionnelles.

Outillage pour entrer dans le détail

En analyse comportementale, un va et vient permanent se produit dans l'écoute (et la prise de notes) du thérapeute entre ce plan général de compréhension du cas (théorie globale) et le niveau "moléculaire" des comportements en train de se produire (analyse topographique et analyse fonctionnelle). Pour capter et situer précisément les comportements - problèmes, il est utile de distinguer différents niveaux d'analyse.

Le point de départ de l'Analyse Comportementale est l'**observation** systématique et factuelle de comportements posant problème dans le contexte où ils se produisent. Observation directe ou indirecte, avec des grilles préétablies ou construites *ad hoc* ; observation par la personne elle-même ou par un observateur extérieur. L'objectif est de recueillir des faits pertinents et d'établir la nature de la 'présence dans le monde' des problèmes : durée, intensité, fréquence. Et de décrire finement les trois composantes de la réaction : physiologique/émotionnelle, verbale/cognitive, motrice/action ou non-action.

page 8

Puis l'**Analyse Topographique** met en forme les observations, l'enchaînement des événements et des comportements. Elle donne à voir, comme dans un ralenti, une complexité et une densité, par exemple dans l'échange entre une mère et son enfant, ou entre partenaires, ou encore au cours d'une séquence qui débouche sur un excès (de colère ou de consommation) ou sur une attaque de panique, un évitement, etc.

Sur ces données détaillées, nous allons découper des tranches avec le regard typiquement comportemental : l'insertion d'un comportement dans son contexte. Cette "équation comportementale" comprend toujours les trois termes : dans **quel contexte (S)**, **quelle réaction (R)**, **avec quelles conséquences (C)**.

Dans la pratique de l'apprentissage du jeune thérapeute, il est utile de s'entraîner à appliquer ce découpage sur le phénomène furtif, en cours en permanence, qu'est le comportement.

« Le comportement est un sujet difficile, non pas parce qu'il serait difficile d'accès, mais parce qu'il est extrêmement complexe. Puisqu'il s'agit d'un processus (une suite d'actions), plutôt qu'une chose, on ne peut pas le faire arrêter pour l'observer. Un comportement est en cours en permanence,

changeant, fluide, évanescent et de ce fait demande une grande ingéniosité technique et beaucoup d'énergie au scientifique » (Skinner, 1953)

La formulation S-R-C, « **Stimulus - Réaction - Conséquences** », peut être simplifiée un temps en découpant des séquences « Avant - Pendant - Après », sur le modèle de l'**analyse ABC** : « **Antécédent - Behavior - Consequence** ». Cette analyse intermédiaire entraîne à repérer

- ce qui est un comportement ou une catégorie de comportements pertinents à retenir pour l'analyse,
- ce qui le précède, quel contexte, quelle situation, quel stimulus, a déclenché la réaction de la personne ou la déclenche aujourd'hui,
- ce qui suit la réaction, quelles en sont les conséquences : favorables et défavorables.
- ce qui est excédant et ce qui est déficit dans le répertoire de comportements de la personne

L'analyse fonctionnelle à proprement parler

L'étape suivante est celle de l'**Analyse Fonctionnelle** au sens strict et étroit du terme : de quoi tel problème est-il fonction ? De quoi dépend-il ? Par quoi est-il contrôlé ? C'est l'articulation entre les théories psychologiques et le cas clinique dans son devenir unique. Nous y formulons des hypothèses sur la nature des trois termes, en relation directe avec les connaissances des théories d'apprentissage.

Une hypothèse, en science, *est une proposition relative à l'explication de phénomènes naturels, admise provisoirement avant d'être soumise au contrôle de l'expérience* (définition du Petit Robert).

Dans l'analyse fonctionnelle, l'hypothèse formulée procède des connaissances sur l'origine et le maintien de nos réactions et prédit quelles interventions thérapeutiques produiront un effet de changement (augmentation, diminution) souhaité dans le cas présent. Appliquer cette intervention va soumettre l'hypothèse au contrôle de l'expérience. C'est utiliser les connaissances théoriques dans le cas clinique, essentiellement les deux modes d'acquisition des comportements, conditionnement classique ou « pavlovien » et conditionnement opérant ou « skinnerien ».

Il faudrait un article à part pour détailler les principes d'apprentissage les plus utiles à la thérapie. Quelques exemples : la notion de renforcement, de généralisation d'apprentissage, d'habituation, d'extinction, d'apprentissage discriminant, d'apprentissage en un seul essai, de renforcement intermittent, etc.

Un très bref rappel des paradigmes d'apprentissage et de la compréhension théorique *actuelle* de ces notions étudiées depuis plus de 100 ans, doit suffire ici.

Dans le **conditionnement classique**, l'organisme apprend la signification des stimuli du monde alentour : S'il y a tel signal (cloche), alors il y aura tel phénomène (arrivée de la viande), pour garder vivace la mémoire du chien de Pavlov. Comme la viande fait saliver (Stimulus InConditionnel (SIC), ne nécessitant pas d'autres conditions pour déclencher un comportement), on réagit (R) en salivant au son de la cloche à condition que celle-ci ait été présentée quelques fois avec la viande. Le son était un stimulus neutre avant cela. Le conditionnement classique est le processus par lequel nous acquérons des significations, le sens des choses qui nous entourent.

temps1	Stimulus Neutre (SN) associé à Stimulus InConditionnel (SIC) =>	Réaction InConditionnelle (RIC)
temps2	Stimulus Neutre seul => <i>nouvelle appellation :</i> Stimulus Conditionnel (SC) =>	Réaction (<i>semblable à RIC</i>) Réaction Conditionnelle (RC)

Dans le conditionnement classique, on voit un stimulus initialement neutre acquérir une 'qualité émouvante' (ou signification émotionnelle) par l'association avec une SIC 'émouvant' par nature, c'est à dire 'sans autres conditions'. Ce SC provoque une RC complexe (on l'appelle aussi Re '**répondant**' pour le distinguer d'**opérant**) : une activation globale (végétative, émotionnelle), des cognitions évaluatives de la situation et des réponses motrices.

La compréhension de l'origine des troubles psychologiques, en particulier l'acquisition des peurs et autres réactions anxieuses est basée sur ce paradigme de l'apprentissage classique (Craske et al., 2006).

Le schéma de base pour une analyse fonctionnelle, versant pavlovien, peut s'écrire

Analyse fonctionnelle, versant classique		
<i>SC</i>	=>	<i>représentation centrale SIC/RIC</i> => <i>RC</i>

Par le **conditionnement opérant**, l'organisme apprend l'effet, les conséquences, de ses propres réactions dans le monde : si je fais ceci, il se passera cela. L'environnement sélectionne les réactions individuelles (le behaviorisme est un néo-darwinisme).

		Effet sur le comportement	
		La probabilité du comportement augmente	La probabilité du comportement diminue
Conséquences du comportement dans l'environnement	Apparition ou augmentation d'un stimulus	Renforcement Positif <i>(approche)</i> + S+	Inhibition Positive <i>(évitement passif)</i> + S-
	Disparition ou diminution d'un stimulus	Renforcement Négatif <i>(échappement)</i> - S-	Inhibition Négative - S+
	Ajournement d'un stimulus (qui était attendu)	Renforcement Négatif <i>(évitement)</i> o S-	Sanction o S+
	Aucune conséquence		Extinction
Commentaires :	S+ = stimulus appétitif S- = stimulus aversif	«positif» = comme dans les math : ajouté, en plus	«négatif» = comme en math : soustrait, enlevé
	<i>entre () et en italiques</i>	<i>type de comportement</i>	

Dans l'apprentissage classique, le sujet apprend à connaître son environnement, à y faire des prédictions (si x alors y). Dans l'apprentissage opérant ou instrumental, le sujet apprend par l'effet produit par ses propres comportements à contrôler son environnement (si je fais x alors y). Ou encore autrement dit : le sujet apprend les significations de ce qui l'entoure et de ses comportements dans ce contexte : dans telle situation (Stimulus discriminant (**Sd**)), telle réaction (**R**) de ma part, produira telle conséquence (**C**). Ces conséquences peuvent être positives (C+, C renforçantes), ou négatives (C-, C inhibantes).

La plupart des troubles de l'anxiété et de l'humeur, peuvent être mieux compris avec l'éclairage opérant : c'est **ce que fait** la personne, ou **ce qu'elle ne fait pas/plus**, en réaction à une expérience douloureuse, traumatisante, en compensation à ses difficultés (de pression au travail par exemple), qui va entretenir avec le temps les problèmes : l'évitement pour ne pas être confronté de nouveau à l'eau (ou à la panique provoquée par l'eau), après avoir failli se noyer, installe avec le temps une phobie tenace. Réduire ses activités de loisirs pour pouvoir faire face aux pressions du travail, ne va pas tellement aider pour la fatigue, mais va diminuer les renforçateurs positifs et donc vider la vie de ses éléments de plaisir et de satisfaction et augmenter un vécu de mal-être.

Le schéma de base d'une analyse fonctionnelle, versant opérant, s'écrit :

Analyse fonctionnelle, versant opérant	
Sd :	R (émotionnelle) => Conséquences + (+ S+, - S-, o S-)
	(cognitive) Conséquences - (+ S-, - S+, o S-)
	(motrice)

L'analyse S - R - C a préparé l'analyse fonctionnelle qui, en utilisant ces éléments théoriques, revient à assigner à chaque terme un statut théorique :

- la Réaction, est-ce un Répondant ou un Opérant ?
- le Stimulus, est-ce un Stimulus Conditionnel (SC) ou un Stimulus Discriminant (Sd) ?
- les Conséquences sont nécessairement
 - au moins une Conséquence positive (C+),
sinon le comportement ne se maintiendrait pas ;
 - au moins une Conséquence négative (C-),
sinon la personne ne se plaindrait pas et ne viendrait pas consulter.
- les C+, peuvent consister en
 - apparition ou augmentation d'un stimulus appétitif : + S+
 - disparition ou diminution d'un stimulus aversif : - S-
 - non-apparition d'un stimulus aversif attendu : o S-
- les C-, peuvent consister en
 - apparition ou augmentation d'un stimulus aversif : + S-
 - disparition ou diminution d'un stimulus appétitif : - S+
 - non-apparition d'un stimulus appétitif attendu : o S+

page 10

Exemple

Si en formulant une analyse fonctionnelle qui « prédit » (= fait l'hypothèse) qu'une peur phobique est entretenue par l'évitement de **tel** stimulus, l'intervention thérapeutique est trouvée en même temps : l'exposition à **ce** stimulus devrait faire disparaître la peur (en appliquant correctement la technique.). Après un certain nombre de séances, la peur diminuant, on conclut que l'hypothèse (l'analyse fonctionnelle), était la bonne.

On utilise la notion de « stimulus essentiel », qu'il est important de rechercher : ce n'est peut-être pas l'eau qui est le stimulus anxiogène essentiel, mais la suffocation vécue à l'occasion de la confrontation douloureuse à l'eau. La technique thérapeutique qui s'impose est alors l'exposition intéroceptive (aux stimuli internes : sensations corporelles, psychophysiologiques).

Un exemple plus développé, d'un adolescent présentant des problèmes scolaires :

- Sd : jour de classe (le Stimulus Différentiel (SΔ) : jours sans classe)
- R : R verbale/cognitive : se plaint de maux de tête
R motrice : ne s'habille pas, reste au lit au réveil
R émotionnelle/physiologique : petite mine (ou a des maux de tête ?)
- C+ : attention et soins de la mère (+ S+)
agréablement occupée à la maison (télé, discussions mère)(+ S+)
pas d'école (o S-) (à préciser en quoi elle est aversive)
(donc : hypothèses sur les facteurs de maintien du comportement)
- C- : moins de camarades - S+
retard scolaire + S-
(donc hypothèses sur les conséquences à plus long terme = éléments de motivation)

De ces hypothèses découlent les Interventions Thérapeutiques :

- I.T : enlever + S+ : les faire intervenir après /
les rendre contingents à d'autres comportements
= - S- : aider à affronter ce qui fait peur
(l'échec, le regard critique des autres, le travail scolaire difficile)
= - S+ et + S- : utilisables pour augmenter la motivation à faire les efforts
qu'implique une thérapie

Ainsi, on a « bouclé » le cycle empirique esquissé dans l'introduction :

- identification des plaintes formulées par le patient (absences scolaires),
- recueil des données par observation directe et/ou par la personne elle-même permettant au passage d'établir une ligne de base (nombre de jours à la maison / à l'école),
- prise en compte des connaissances actuelles, formulation d'hypothèses concernant l'origine et le maintien au fil du temps et dans le présent du trouble : le comportement problème (absences scolaires répétées) est maintenu par un processus de renforcement négatif = l'évitement de la confrontation aux difficultés scolaires et par un processus de renforcement positif = l'attention de la mère, le bon temps passé à la maison,
- prédiction sur les techniques à utiliser découlant directement de ces hypothèses, discutées avec le patient pour faire un choix de techniques et de modalités d'application pour faire évoluer le comportement – problème (exposition pour faire diminuer une peur du regard, de l'échec, aide scolaire temporaire pour dépasser des difficultés, etc.).
- mise en place du projet thérapeutique, application des techniques choisies.

Conclusion

Comprendre et aider un cas clinique demande un outillage intellectuel structuré, formalisé. L'analyse comportementale (Théorie Globale et l'Analyse Fonctionnelle) permet l'application directe de connaissances scientifiques, en particulier les théories d'apprentissage, spécificité des Thérapies Comportementales et Cognitives.

Commencer tôt à utiliser ces outils, aidera l'étudiant à mettre en forme et à conceptualiser les cas cliniques, condition pour une utilisation de bon aloi des techniques thérapeutiques dont l'efficacité est éprouvée.

Bibliographie

- Cottraux, J., (1990), *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson, (et toutes les rééditions depuis)
- Craske, M.G., Hermans, D. et Vansteenwegen, D., (2006), *Fear and Learning, From basic processes to clinical implications*, American Psychological Association, Washington
- de Vries, H., (2008), Quelle fonction pour l'analyse fonctionnelle aujourd'hui ? », communication au 36^{èmes} Journées Scientifiques de l'AFTCC, 12-13 décembre 2008, Paris
- Fontaine O., Fontaine Ph., (2006), *Guide clinique de Thérapie Comportementale et Cognitive*, Retz, Paris
- Fontaine O., Ylieff M., (1981), L' Analyse fonctionnelle et raisonnement expérimental, *Journal de Thérapie Comportementale de Langue Française*, III, 2, 119-130
- Freixa i Baqué, E., (1981) Une mise au point de quelques concepts et termes employés dans le domaine du conditionnement opérant, *L'Année Psychologique*, 81, 123-129 (accessible depuis 2009 par internet (et légèrement retouché...!) :
- http://pagesperso-orange.fr/estevfreixa/terminologie_conditionnement.pdf
- Hermans, D, Eelen, P. et Orlemans, H., (2007), *Inleiding tot de gedragstherapie* (Introduction aux Thérapies Comportementales), Houten, Bohn,, Stafleu van Loghum
- Kanfer, F.H. et Saslow, G., (1969) Behavioral Diagnosis, in Franks, C.M. (ed), *Behavior Therapy, Appraisal and Status*, New York, McGraw Hill
- Kazdin, A. E. (1982), *Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. New York: Oxford University Press
- Lang, P.J., (1977), Imagery in therapy : An information processing theory of emotional imagery, *Psychophysiology*, 16, 495-521
- Ramnerö, J. et Törneke, N., (2008), *The ABC's of Human Behavior, Behavioral Principles for the Practicing Clinician*, New Harbinger Publications, Oakland
- Van RILLAER, J. (1992), *La gestion de soi*, Mardaga, Liège
- Skinner, B.F., (1953), *Science and Human Behavior*, New York, MacMillan. Trad., *Science et comportement humain*. Paris : In Press, 2005.

===

« Rien n'est plus pratique qu'une bonne théorie. La théorie doit expliquer et ouvrir des perspectives. » (Kurt Lewin, prof de psychologie à Berlin, années 1920).