

# 1 Modèles et principes généraux des TCC

Ovide Fontaine, Philippe Fontaine

## Introduction

### 1. Les TCC de la première vague : de Pavlov à Skinner

Conditionnement classique ou répondant ou de type I (Pavlov)

Conditionnement opérant ou de type II (Skinner)

### 2. Les TCC de la deuxième vague : la « révolution cognitiviste »

Quatre variantes du cognitivisme

Le modèle de l'apprentissage social de Bandura

La thérapie rationnelle émotive de Ellis

Le modèle cognitivo-comportemental de Beck

Le modèle du *self instructional training* de Meichenbaum

### 3. Les TCC de la troisième vague (?) : l'analyse des contextes et fonctions du comportement

Bilan de la « révolution cognitive »

Une autre voie : l'analyse contextuelle du comportement

## Bibliographie

### Les auteurs

**Ovide Fontaine**  
Psychiatre, professeur,  
chef de service honoraire,  
service de psychologie de  
la santé, université de  
Liège, fondateur de  
l'AEMTC (Association  
pour l'étude, la  
modification et la thérapie  
du comportement)  
et ex-président de  
l'Association européenne  
de TCC (EABCT).

**Philippe Fontaine**  
Psychiatre, psycho-  
thérapeute au CHU  
de Charleroi-Hôpital  
Vincent-Van-Gogh  
et en libéral, président  
de l'AEMTC (Association  
pour l'étude, la modification  
et la thérapie du  
comportement).

## Introduction

Il est bien difficile d'assigner une date exacte au début des thérapies comportementales. Certains s'évertuent à leur trouver des précurseurs dans les siècles passés, en particulier au XIX<sup>e</sup> siècle. Les noms de Leuret, Lassegue et Falret, Brissaud, Pitres – pour ne pas citer que les Français – ont ainsi été évoqués. Il serait vain de vouloir en tirer des conclusions. Tout le monde s'essaie avec plus ou moins de bonheur à la modification du comportement des autres. Rien de surprenant à ce que certains psychiatres du siècle passé soient parvenus, quelquefois avec beaucoup de bon sens, à la faire entrer dans leurs pratiques thérapeutiques.

Les essais thérapeutiques de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle ont une tout autre signification car, à l'inverse des précédents, ils se présentent délibérément comme des tentatives d'application des théories de l'apprentissage<sup>1</sup>.

L'expression *behavior therapy* apparaît pour la première fois en 1953 dans un texte non publié de Skinner, Solomon et Lindsley<sup>2</sup>. Elle est reprise par Lazarus<sup>3</sup>, mais c'est à Eysenck<sup>4</sup> qu'elle doit, à partir de 1959, sa diffusion.

Pourtant, c'est seulement au début des années soixante que l'on parle vraiment de thérapies comportementales ; c'est à ce moment qu'elles apparaissent comme un ensemble suffisamment cohérent et autonome de techniques thérapeutiques variées, sous-tendues par des théories communes et unies par une même méthodologie. La gestation aura duré une quinzaine d'années, de 1950 à 1965 environ.

À partir de 1965, la thérapie comportementale existe officiellement. Elle connaît une expansion rapide dont témoignent les articles, les associations, les revues, les congrès, les livres qui se multiplient à une cadence impressionnante. Beaucoup de publications sont le fait de cliniciens enthousiastes mais inexpérimentés dont les textes trahissent parfois un manque fâcheux de formation. D'autres écrits adoptent le ton passionné de la polémique pour mettre en pièces, avec des arguments souvent maladroits, le modèle médical introduit en psychopathologie par la psychanalyse.

Pour constater de nouveaux et véritables progrès, il faut attendre que les comportementalistes s'attachent davantage à la rigueur méthodologique qu'à la performance clinique.

1. Fontaine et Rognant, 1986.

2. Lindsley, Skinner et Solomon, 1953.

3. Lazarus, 1958.

4. Eysenck, 1959.

Il serait naïf de croire que de telles révisions peuvent se faire dans l'unité et l'harmonie : différents courants occupent la place et de nombreuses techniques entrent en concurrence.

Un événement considérable vient bouleverser ce paysage déjà tourmenté : l'intrusion du courant cognitiviste. On s'accorde généralement à en reconnaître la première manifestation au milieu des années 1960 dans un célèbre échange d'articles entre Breger et McGaugh<sup>5</sup>, d'une part, Rachman et Eysenck<sup>6</sup>, d'autre part. Bien entendu, l'histoire du cognitivisme ne débute pas là. On en trouve l'origine lointaine dans *La Philosophie rationaliste* de Kant (1724-1804) qui s'est érigée contre l'empirisme et l'associationnisme en soutenant que si nos idées naissent avec l'expérience, elles ne sont pas toutes dans l'expérience ; autrement dit, c'est la raison, non la sensation, qui prime comme source de nos connaissances.

Pour comprendre ce qui se passe, il faut donc introduire des « variables intermédiaires » liées à l'organisation innée du cerveau. C'est ce que font, au début du XX<sup>e</sup> siècle, les *gestaltistes*. Ils sont les premiers à introduire les théories cognitives en psychologie. Ainsi, Kohler<sup>7</sup> défend l'apprentissage par *insight* dans lequel l'animal ou l'homme, au-delà d'une association de perceptions, élabore par réflexion une hypothèse qu'il teste dans l'action. De même, Tolman, en 1932, introduit déjà des éléments cognitifs dans sa vision libérale du behaviorisme. Il accepte des inférences, des constructs sur des inobservables, ce que le behaviorisme radical traite dédaigneusement de « mentalisme » et considère comme une grave régression<sup>8</sup>.

Mais peut-on totalement se passer de l'analyse inférentielle ? C'est la question que posent Breger et McGaugh qui affirment que les techniques comportementalistes ne fonctionnent pas sur le modèle S-R<sup>9</sup>, mais sur un modèle d'apprentissage cognitif. Si leur argumentation ne convainc pas d'emblée, du moins lance-t-elle les comportementalistes à la recherche des variables responsables de l'efficacité de leurs thérapies. Beck<sup>10</sup> reprend le débat lorsqu'il divise les techniques en deux groupes : celles centrées sur les cognitions<sup>11</sup> et celles centrées sur le comportement. Un concert de protestations s'élève : pour Ullman et Krasner<sup>12</sup>, les cognitions sont de simples comportements observables ; une sous-classe de comportements précise Wolpe<sup>13</sup>. Les cognitivistes rétorquent qu'en rejetant la méthode introspective, les comportementalistes laissent de côté l'essentiel du comporte-

5. Breger et McGaugh, 1963.

6. Rachman et Eysenck, 1966.

7. Kohler, 1929.

8. Fontaine, 1978.

9. Stimulus-réponse.

10. Beck, 1970.

11. Il y range la désensibilisation.

12. Ullman et Krasner, 1969.

13. Wolpe, 1976.

14. Mahoney, 1974.
15. Bandura, 1969.
16. Ellis, 1962.
17. Beck, 1970.
18. Meichenbaum, 1977.
- ment, à savoir les fonctions de pensée, de raisonnement, de jugement, etc.
- Ce débat d'idées se complique du fait qu'entre-temps apparaissent des modèles d'apprentissage médiationnels. Mahoney<sup>14</sup> en reconnaît trois types :
- le conditionnement couvert,
  - le traitement de l'information,
  - l'apprentissage cognitif.
- Les plus importants sont présentés plus loin, en particulier ceux de Bandura<sup>15</sup>, d'Ellis<sup>16</sup>, de Beck<sup>17</sup> et de Meichenbaum<sup>18</sup>. Ce sont des modèles théoriques qui reposent soit sur l'expérimentation, soit sur des pratiques thérapeutiques différenciées. La plupart intègrent les deux niveaux d'analyse (cognitive et comportementale). Ils reposent sur l'idée que si le milieu sélectionne les conduites (Skinner), l'homme sélectionne son environnement, cette bidirectionnalité des contrôles se faisant grâce à des circuits de rétroactions responsables d'ajustements permanents.
- Avec le recul, on pourrait distinguer deux « vagues » dans l'évolution des TCC : une première reprenant les courants issus de l'œuvre de Pavlov et du behaviorisme, la deuxième que certains ont voulu appeler la « révolution cognitive ». Depuis quelques années, une troisième vague serait en gestation.

## 1. Les TCC de la première vague : de Pavlov à Skinner

19. Pavlov, 1927.

### Conditionnement classique ou répondant ou de type I (Pavlov)<sup>19</sup>

#### Les travaux de Pavlov

#### Le stimulus et la réponse

La présentation de nourriture (stimulus inconditionnel) déclenche une réponse de salivation (réponse inconditionnelle) chez le chien

affamé<sup>20</sup>. Il s'agit d'une réaction physiologique innée. Si l'on fait précéder de quelques secondes la nourriture par un son (stimulus neutre), au bout d'un certain nombre d'associations, le stimulus neutre devient un stimulus conditionnel : le son, à lui seul, déclenche la salivation<sup>21</sup>. On dit que la salivation est devenue une « réaction conditionnelle »<sup>22</sup>.

On constate, en outre, que la réaction conditionnelle finit par disparaître si l'on omet de la renforcer par l'association son/nourriture : il y a extinction de la réponse. Comme le remarque Pavlov, c'est parce que la liaison acquise est temporaire que l'individu reste capable d'adaptation face à un environnement en perpétuel remaniement. À l'inverse, si le comportement appris reste figé malgré des changements importants du milieu, il risque de devenir inadapté, voire franchement pathologique.

C'est également en termes d'adaptation que l'on peut interpréter le processus de différenciation du stimulus<sup>23</sup> ou, inversement, de généralisation du stimulus<sup>24</sup>.

L'apprentissage de la réponse se fait donc par contiguïté de stimuli, selon un modèle unidirectionnel simple, de type stimulus-réponse<sup>25</sup>. Ce modèle est particulièrement adapté à l'étude des phénomènes viscéraux. Il l'est moins en ce qui concerne l'étude des fonctions de la vie de relation, qui dépendent du système musculaire strié. Le modèle pavlovien reste le plus utilisé dans l'étude des réactions émotionnelles, c'est-à-dire des réactions psychosomatiques au sens large<sup>26</sup>.

### La part du langage et de l'inné

Pavlov a, ultérieurement, complété son modèle en construisant une vaste théorie du fonctionnement du système nerveux supérieur fondée sur ce qu'il appelle les « processus d'excitation et d'inhibition ». Conscient de l'importance du langage, il propose sa conception de l'acquisition et de l'utilisation de celui-ci. Il le nomme le deuxième système de signalisation parce que le mot y est un « signal de signal ». Ce système permet d'accéder à la généralisation sémantique et introduit le symbole dans le comportement humain<sup>27</sup>.

Frappé par le fait que les animaux d'expérience ne se conditionnent pas tous de la même façon, Pavlov jette les bases d'une typologie fondée sur l'équilibre entre excitation et inhibition. Il faut voir dans cette typologie, reprise par Teplov<sup>28</sup> et prolongée par Eysenck<sup>29</sup>, la

20. SI → RI.

21. SC → RC.

22. Expression préférable à celle de réflexe conditionné dont le sens est trop restrictif pour désigner une réponse souvent complexe.

23. Discrimination de faibles variations.

24. Extension des propriétés du stimulus spécifique à l'ensemble de la situation qui l'entoure.

25. SR.

26. On le retrouvera, comme nous allons le voir, chez des auteurs comme Wolpe et Eysenck.

27. Pavlov, 1941.

28. Gray, 1964.

29. Eysenck, 1952.

première tentative faite pour attribuer à l'inné la part qui lui revient dans les processus d'apprentissage.

On ne saurait dissocier du modèle pavlovien les travaux que l'auteur a consacrés à la névrose expérimentale. Ce comportement, qui trahit chez l'animal une désorganisation émotionnelle, conserve, une fois établi, une stabilité qui fournit à l'expérimentateur un remarquable moyen d'investigation des processus nerveux supérieurs. On sait tout le parti que la psychopharmacologie en a tiré...

30. Eysenck, 1947.

### Le modèle typologique d'Eysenck<sup>30</sup>

À l'heure où les problèmes liés aux « structures » et aux processus qui les déterminent et les maintiennent suscitent un intérêt croissant en clinique, il serait injuste de ne pas évoquer les travaux d'Eysenck. Le terme de « personnalité », si souvent employé tant par le spécialiste que par tout un chacun, s'est révélé jusqu'à présent peu productif en clinique<sup>31</sup>.

31. Son analyse dimensionnelle ébauchée par Eysenck semble une piste à suivre, bien plus riche, nous semble-t-il, que le concept de « schéma », par exemple, au contenu purement descriptif.

### Les dimensions de la personnalité

Eysenck s'est, très tôt, intéressé aux « dimensions de la personnalité ». Il est un des rares comportementalistes en dehors de Pavlov à s'être consacré à l'étude de la typologie. L'enjeu est pourtant d'importance puisqu'il s'agit d'envisager les rôles respectifs de l'inné et de l'acquis dans la genèse des comportements. Si les individus ne se conditionnent pas de la même façon, est-ce en raison de leur génotype ? Celui-ci s'exprime-t-il essentiellement par des différences dans la stabilité du système neurovégétatif ?

32. Réaction névrotique.

Utilisant l'analyse multifactorielle, Eysenck propose de situer chaque individu par rapport à deux axes orthogonaux définis par une double polarité : neuroticisme/stabilité et introversion/extraversion. Un haut degré de neuroticisme caractérise l'individu qui réagit violemment et de façon prolongée à des situations stressantes de faible intensité<sup>32</sup>. Les concepts d'introversion et d'extraversion sont, chez Eysenck, très proches des concepts pavloviens d'inhibition et d'excitation. Ainsi, l'extraverti<sup>33</sup> se conditionne lentement et difficilement, il résiste mal à la monotonie et l'extinction s'installe chez lui plus rapidement que chez l'introverti. Eysenck complète ultérieurement son modèle en introduisant une troisième dimension bipolaire : psychoticisme/normalité.

33. Le psychopathe, par exemple.

34. En particulier sur le plan de son utilisation clinique immédiate.

Si elle n'a pas répondu à toutes ses ambitions<sup>34</sup>, la typologie d'Eysenck n'en demeure pas moins un essai intéressant qui demande à être pour-

suivi, comme l'a tenté Gray<sup>35</sup> à la lumière des découvertes biologiques sur le fonctionnement de certaines structures centrales.

### L'incubation de l'anxiété

Toujours en relation avec l'influence de l'inné sur le conditionnement, d'autres énigmes restent à explorer, à l'instar de celle qu'Eysenck<sup>36</sup> dénomme « incubation de l'anxiété ». En effet, la loi de l'extinction de la réponse est curieusement transgressée lors de certains apprentissages aversifs : ainsi, chez le chien, une hypertension artérielle déclenchée par un choc électrique aversif, intense et unique, associé à un son, peut se maintenir contre toute attente chez certains animaux grâce au seul son, sans aucune répétition ultérieure du choc (stimulus inconditionnel)<sup>37</sup>.

Partant de cette constatation, Eysenck<sup>38</sup> construit une théorie de l'incubation qui expliquerait que l'anxiété, acquise en une seule fois, puisse se développer et se maintenir à condition que le stimulus conditionnel soit présenté de façon suffisamment brève pour qu'il n'y ait ni habituation, ni extinction.

Pour cet auteur, le phénomène serait dû à la conjonction d'un stimulus aversif suffisamment intense et d'un degré élevé de neuroticisme chez l'individu. L'intérêt d'une telle théorie est qu'elle rend compte de faits d'observation apparemment surprenants : il existe des réactions névrotiques déclenchées par des conditionnements aversifs anciens qui présentent une persistance inattendue<sup>39</sup> malgré leurs conséquences catastrophiques et, inversement, des résultats thérapeutiques stables au cours de cures aversives en l'absence de tout traitement de « rappel ».

### Les phobies « préparées »

Un autre phénomène paraît être en relation avec l'hérédité. Seligman<sup>40</sup> a proposé de distinguer, parmi les phobies, celles qu'il appelle « phobies préparées » : elles seraient en relation avec les peurs ancestrales déclenchées par tout ce qui a pu menacer l'homme « prétechnologique »<sup>41</sup>. Une seule rencontre avec de tels stimuli (réels ou imaginés) pourrait expliquer l'installation de ces phobies particulières dont l'apprentissage serait, en quelque sorte, génétiquement programmé<sup>42</sup>.

Ces faits et ces hypothèses introduisent à la notion de flexibilité-inflexibilité des acquis dans une perspective d'interaction réellement bio-psycho-sociale<sup>43</sup>.

35. Gray, 1964 et 1976.

36. Eysenck, 1968.

37. Effet Napalkov, 1963.

38. Eysenck, 1968.

39. Paradoxe névrotique.

40. Seligman, 1971.

41. L'obscurité, le tonnerre, le feu, les animaux dangereux...

42. L'idée est intéressante ; elle rejoint, dans une certaine mesure, la façon dont les éthologues conçoivent certains processus d'apprentissage, mais elle manque de confirmation tant sur le plan clinique que sur le plan thérapeutique.

43. Nous verrons plus loin que les théoriciens de la troisième vague en TCC abordent depuis peu ce problème crucial pour l'évolution future des TCC.

44. Wolpe, 1952, 1958, 1962 et 1976.

45. Masserman, 1943.

46. Par exemple, un choc électrique.

47. Hiérarchies de pouvoir anxiogène croissant.

48. Jacobson, 1938.

### Le modèle de l'inhibition réciproque (Wolpe <sup>44</sup>)

#### Le modèle

Wolpe poursuit l'idée que l'étude des névroses expérimentales induites chez l'animal doit conduire à une compréhension des réactions névrotiques humaines. Reprenant au laboratoire les travaux de Masserman<sup>45</sup>, il démontre que, contrairement à ce que pensait Freud, la reproduction expérimentale de la notion de conflit n'est pas indispensable à l'installation de la « névrose » ; l'intensité du stimulus nociceptif<sup>46</sup> peut suffire. Ainsi, un chat affamé s'avère incapable de s'alimenter à la vue de la cage d'expérimentation dans laquelle il a reçu des chocs électriques. Inversement, plus on s'écarte de l'environnement traumatisant, plus l'alimentation peut jouer un rôle « calmant » dans les réponses émotionnelles de l'animal. La réaction « névrotique » du chat varie donc en fonction de l'intensité du stimulus conditionnel.

L'auteur en déduit que, si l'anxiété peut inhiber l'alimentation, celle-ci peut, à son tour, dans un contexte différent, inhiber la réponse anxieuse. Il voit dans cet antagonisme une manifestation du phénomène d'inhibition réciproque décrit en physiologie par Sherrington. Il en énonce le principe dans les termes suivants : « Si, en présence des stimuli responsables de l'anxiété, on installe une réponse antagoniste de celle-ci, capable de la supprimer totalement ou partiellement, les liens qui unissent stimuli nociceptifs et anxiété doivent s'affaiblir. »

#### Le traitement : la désensibilisation systématique

De là découle, en toute logique, une méthode de traitement que Wolpe appelle « désensibilisation systématique ». Elle consiste à associer une réponse antagoniste de l'anxiété à la présentation progressive, en imagination ou *in vivo*, des stimuli responsables de celle-ci<sup>47</sup>. Parmi les réponses antagonistes de l'anxiété, il place au premier rang la relaxation différentielle<sup>48</sup>. Fondée sur l'affrontement progressif des stimuli anxiogènes, la désensibilisation trouve une indication chaque fois que ces stimuli sont identifiables. Elle devient alors une technique de choix dans le traitement des phobies.

#### La place de l'anxiété

Comme on peut le constater, le modèle wolpien s'inscrit directement dans le prolongement de celui de Pavlov. L'anxiété, qui est pour Wolpe l'élément central de sa conception théorique de la psychopathologie,



est conçue comme une réponse apprise (sur un mode pavlovien) dans laquelle le vécu émotionnel ne saurait être dissocié de la réaction somatique, parce que la pensée, comme les autres comportements, obéit aux mêmes lois « mécanicistes ». Donc l'anxiété est définie comme « la modalité de la réponse neurovégétative caractéristique d'un individu soumis à une stimulation nociceptive<sup>49</sup> ». Jusqu'à sa mort, l'auteur resta farouchement opposé à l'intrusion d'éléments médiationnels cognitifs dans le modèle de l'inhibition réciproque. Celui-ci déborde d'ailleurs largement le cadre de la désensibilisation puisqu'il fut impliqué par Wolpe dans d'autres processus thérapeutiques : affirmation de soi, thérapies sexuelles, relation psychothérapeutique, etc.

49. Wolpe, 1952.

### Évolution des thérapies fondées sur l'exposition

La désensibilisation systématique de Wolpe<sup>50</sup> est probablement la procédure la plus étudiée tant sur le plan théorique que dans ses modalités d'application.

50. Wolpe, 1958.

### Les variantes des procédures d'exposition

Au fil des études, il est rapidement apparu que la théorie de Wolpe n'était pas correcte et que l'« ingrédient » qui donnait à cette technique son efficacité à travers de nombreuses pathologies était le fait d'exposer le sujet aux situations anxiogènes. De multiples variantes autour des procédures d'exposition ont ainsi été testées.

#### Les procédures d'exposition :

- exposition en imagination précédant l'exposition *in vivo* chez des patients très anxieux<sup>51</sup> ;
- modelage de participation par lequel le thérapeute présente, en tant que modèle, un comportement non anxieux dans la situation anxiogène et invite le patient à l'imiter ;
- exposition graduée en imagination ou *in vivo* au cours de laquelle le sujet s'expose à un stimulus anxiogène jusqu'à un certain seuil de tolérance ;
- exposition en imagination ou *in vivo*<sup>52</sup> aux situations qui entraînent le maximum d'angoisse.

51. Cautela, 1970 et 1971.

52. On parle également d'« immersion ».

### Les paramètres de l'exposition

Ces variantes ont permis d'identifier les paramètres les plus efficaces de l'exposition :

53. Emmelkamp, 1982.

54. Rowe et Craske, 1998 : deux à trois séances par semaine sont plus efficaces que deux à trois séances en un jour.

55. Marshall, 1985.

56. Par exemple, distraction par rapport au stimulus anxiogène.

57. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (Shapiro, 1985) : le thérapeute bouge par vague son doigt (dix à vingt passages) dans le champ visuel du sujet et le sujet suit le mouvement des yeux, la tête restant fixe.

58. Foa et Meadows, 1997.

– l'exposition *in vivo* est plus efficace que l'exposition en imagination ; toutefois, chez les patients trop anxieux, passer par l'exposition en imagination semble utile<sup>53</sup> ;

– les séances d'exposition gagnent à être espacées dans le temps<sup>54</sup> ;

– chaque séance d'exposition doit durer jusqu'à ce que le sujet voie sa peur disparaître ou, à tout le moins, fortement diminuer ; inversement, si un patient s'expose de manière trop brève, il risque d'aggraver sa peur (effet de sensibilisation)<sup>55</sup> ;

– une séance d'exposition est plus efficace si elle est préparée par le thérapeute qui rencontre les anticipations souvent négatives du sujet, explique le déroulement habituel d'une exposition, prévient le sujet qu'il doit être vigilant à supprimer tous les évitements subtils qu'il peut mettre en œuvre, parfois à son insu<sup>56</sup>.

### Deux nouvelles techniques d'exposition

Depuis quelques années, deux nouvelles techniques fondées sur l'exposition ont attiré l'attention tant des cliniciens que des chercheurs.

#### L'EMDR<sup>57</sup>

La « désensibilisation et reprogrammation par mouvements oculaires » est une forme d'exposition dans laquelle on demande au sujet de visualiser des images négatives, de fixer leur attention sur les réactions physiologiques qu'elles suscitent, ainsi que sur les pensées qui les accompagnent, tout en induisant des mouvements oculaires. Les résultats relatifs à l'efficacité de l'EMDR sont contradictoires. Certains suggèrent une amélioration, d'autres pas, d'autres encore ne montrent pas une efficacité supérieure aux autres formes d'exposition<sup>58</sup>.

De nombreuses études semblent nécessaires pour préciser la place de cette technique par rapport aux autres méthodes d'exposition dont elle semble une variante.

**La thérapie par réalité virtuelle**

La technologie permet d'équiper un sujet d'un visiocasque muni d'écrans, de capteurs de position de tête qui, grâce à un programme informatique, place le sujet dans un environnement virtuel correspondant aux situations qu'il redoute.

Pour atteindre l'efficacité, il faut que ce milieu fasse illusion d'une expérience à laquelle le sujet participe comme si elle était vraie. Si cette technique a surtout été utilisée par les militaires, les sportifs, les cosmonautes, la publicité... on la voit aujourd'hui appliquée par des équipes spécialisées à des problèmes psychopathologiques<sup>59</sup>. Pour Cottraux, l'avantage de cette méthode réside dans le fait qu'elle permettrait, dans des cas peu complexes, d'être mise en place par des thérapeutes qu'il serait simple de former et de superviser pour cette activité spécifique<sup>60</sup>.

59. Cottraux, 2004.

60. Pour l'instant, le coût élevé du système technique rend la réalité virtuelle peu accessible au clinicien de terrain.

**Conditionnement opérant ou de type II (Skinner)<sup>61</sup>**

La position behavioriste radicale prise par Watson<sup>62</sup> n'a été suivie à la lettre par aucun de ses continuateurs. Tout en s'efforçant de respecter les critères d'une analyse scientifique du comportement, nombre de ces chercheurs ont tenté de réintégrer la variable intermédiaire, – l'organisme<sup>63</sup> – dans l'équation entre le stimulus et la réponse<sup>64</sup>.

Seul Skinner, sans nier l'importance des variables internes, est resté le plus proche des options fondamentales de Watson. Toutefois, là où celui-ci articule sa théorie sur les concepts pavloviens, qu'il considérait comme un des chaînons indispensables à son élaboration théorique, Skinner a appuyé son analyse expérimentale du comportement sur la loi de l'effet de Thorndike<sup>65</sup>. Skinner opérationnalisera cette loi en remplaçant les termes subjectifs de « récompense » et « punition » par un terme plus neutre : le « renforcement »<sup>66</sup>.

**Les contingences de renforcement**

La perspective néodarwinienne de Skinner englobe dans l'examen de la relation réponse-renforcement les situations et interactions qui précèdent, accompagnent et suivent immédiatement le comportement, l'ensemble constituant ce qu'il appelle les « contingences de renforcement ».

61. Skinner, 1938.

62. « Tout comportement doit s'analyser en terme de stimulus-réponse » (Watson, 1913).

63. Hull, 1952 ; Tolman et Honzik, 1930.

64.  $S \rightarrow (O) \rightarrow R$ .

65. « Tout comportement se maintient ou s'élimine en fonction de la valeur récompensante ou punitive de ses conséquences » (Thorndike, 1898).

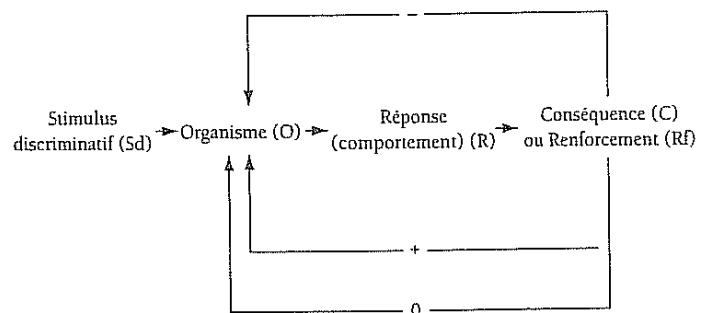
66. « Est renforcement tout ce qui augmente la probabilité d'émission d'une réponse » ( $S \rightarrow (O) \rightarrow R \rightarrow C$ ).

**Une analyse comportementale spécifique toujours :**

- les caractéristiques de la réponse : verbales, motrices et émotionnelles ;
- les modalités des conséquences renforçantes : positives, négatives ou neutres ;
- les circonstances dans lesquelles la réponse survient : les stimuli discriminatifs

Ces interrelations sont infiniment plus complexes que celles qui unissent stimulus et réponse dans les premières formulations de type  $S \rightarrow R$ .

Figure 1. Le schéma S-O-R-C et ses rétroactions

**Le renforcement peut être :**

- positif : l'organisme augmente le débit de ses réponses d'approche lorsque les conséquences sont positives ;
- négatif : l'organisme augmente le débit de ses réponses d'échappement ou d'évitement lorsque les conséquences sont négatives ;
- absent : l'absence de renforcement entraîne une extinction progressive du comportement.

**Le comportement**

Le comportement peut être défini comme une performance observable et mesurable d'un organisme. Aux premières formulations purement motrices de la réponse se sont rapidement associés les deux autres éléments de cette réponse, à savoir les modifications physiologiques (émotions) qui les accompagnent et le langage (cognitions).

Chacun de ces éléments de la réponse présente une certaine topographie<sup>67</sup>. La description topographique est indispensable puisqu'elle seule permet d'étudier avec précision le débit ou fréquence d'apparition du comportement, son intensité ainsi que sa durée. Toutefois, la simple description de la topographie, du débit, de l'intensité et de la durée du comportement ne suffit pas à définir un comportement opérant si l'on ne la relie pas à ses conséquences.

### Les conséquences ou renforcement

La définition du renforcement pose la question de savoir pourquoi un individu est ou n'est pas renforcé par telle ou telle conséquence. Certes, lorsqu'il s'agit de renforcements primaires, tels que la nourriture, la boisson, la chaleur... l'explication est simple.

Lorsqu'il s'agit de renforcements tels que le fait d'être reconnu par autrui, d'aboutir à l'achèvement d'une tâche ingrate, d'accéder à un certain pouvoir... l'explication doit être recherchée dans l'histoire comportementale individuelle. En cela, Skinner rejoint Freud lorsque celui-ci affirme que les expériences de la première enfance peuvent être responsables de la valeur renforçante que nous attribuons aux conséquences de nos actes.

Si le comportement a été renforcé une première fois, sa topographie n'est pas nécessairement identique lorsqu'il est à nouveau émis. En fait, le renforcement s'adresse à certaines propriétés de la réponse, propriétés qui définissent l'appartenance de la réponse à une classe. Ainsi, l'ensemble des conduites agressives fait partie d'une même classe de comportements, quoique leur topographie puisse être différente<sup>68</sup>.

### Le stimulus discriminatif

Le stimulus est souvent perçu comme l'aiguillon qui force l'organisme à réagir<sup>69</sup>.

### Le principe du stimulus discriminatif

D'emblée, Skinner<sup>70</sup> a précisé que « la formulation du comportement en termes de stimulus-réponse comporte une omission grave. Elle ne comprend aucune description de l'interaction entre l'organisme et son milieu ». La théorie du conditionnement opérant s'écarte résolument des formulations en termes de réflexes conditionnés dans lesquels le stimulus conserve sa valeur de force inexorable. En effet,

67. Par topographie, on entend toutes les modalités concrètes de la réponse (comportement moteur, cognitions et émotions) qu'un observateur externe ou le sujet lui-même peut décrire.

68. Par exemple, dans une crise de colère, les comportements du type crier, casser un objet ou frapper une personne appartiennent à la classe des conduites agressives mais leur topographie est totalement différente.

69. Cette conception est clairement illustrée par la formule  $S \rightarrow R$ .

70. Skinner, 1938.

71. Un chien affamé ne peut pas ne pas saliver en présence de nourriture.

72. Ainsi, un automobiliste est capable de brûler un feu rouge, stimulus discriminatif signifiant normalement l'arrêt du véhicule.

le stimulus chez Pavlov est inconditionnel<sup>71</sup>. Ici, le stimulus est perçu comme tout élément de la situation dans laquelle une réponse est émise et renforcée. Dès lors, tout stimulus présent acquiert ou peut acquérir une fonction de contrôle sur la réponse ; cette fonction se marque par le fait que le débit de la réponse augmente ou diminue en sa présence. Le stimulus qui contrôle un comportement opérant sera appelé « stimulus discriminatif ».

Si un enfant pleure lorsqu'il aperçoit un adulte et que ses pleurs cessent lorsque l'adulte porte son attention sur lui, on dira que l'adulte est le stimulus discriminatif du comportement opérant « pleurer », renforcé par ses conséquences (l'attention de l'adulte), qui elles-mêmes modifient le comportement de l'enfant : il cesse de pleurer.

Le stimulus discriminatif n'agit pas exactement comme un déclencheur ; il ne force pas la réponse à se produire<sup>72</sup>. Il ne représente qu'un des aspects, parfois essentiel, des circonstances dans lesquelles une réponse est émise et renforcée.

Nombre de comportements opérants ne sont ainsi émis avec une fréquence élevée qu'en présence de certains stimuli discriminatifs. La règle de base qui régit le contrôle du comportement par des stimuli discriminatifs peut s'énoncer comme suit : la fréquence d'un comportement opérant sera élevée en présence d'un stimulus discriminatif qui, dans le passé, a accompagné la production de ce comportement et a signalé l'occasion de son renforcement.

### L'approche opérante

S'il est important de savoir comment un comportement a été acquis, il est tout aussi nécessaire de savoir comment et par quelles variables il est maintenu. L'intérêt du clinicien se porte donc d'abord sur le débit actuel d'émission d'un comportement, ce qui ne peut se réaliser que par l'examen attentif des contingences présentes de renforcement. Dans la perspective skinnérienne, la tâche du thérapeute consiste, dans un premier temps, à identifier les agents qui maintiennent un comportement inadapté ; ensuite, à modifier les contingences du milieu de telle sorte que le comportement glisse sous de nouveaux contrôles, ou que des renforcements soient obtenus à partir de comportements plus adaptés.

Une analyse précise des contingences de renforcement permet au clinicien d'obtenir une modification favorable du comportement dans

de nombreux cas. Parfois, il se heurte à la complexité des contingences. Ainsi, il peut arriver qu'un déficit inné<sup>73</sup> ou acquis<sup>74</sup> dans le répertoire comportemental rende le sujet incapable de répondre à une situation particulière. Il doit alors, par exemple, avoir recours à des apprentissages nouveaux établis de manière progressive<sup>75</sup>. Parfois, il se heurte à des réponses qui entrent en compétition avec la réponse efficace. Ainsi, des réponses émotionnelles peuvent affaiblir la réponse dont dépend le renforcement ou détruire la valeur renforçante des conséquences<sup>76</sup>. Il peut arriver également que les situations exigent une séquence ou une chaîne de réponses dont les premiers éléments sont trop éloignés du renforcement pour être contrôlés par lui aussi longtemps que d'autres systèmes de renforcements « intermédiaires » n'ont pas été élaborés<sup>77</sup>.

Ce bref aperçu montre que l'approche opérante prête autant d'attention à la topographie et à la structure du comportement qu'aux variables dont il est fonction. Elle met l'accent sur le concept des contingences de renforcement qui recouvre l'interaction entre l'organisme et son environnement. Il en résulte que, pour Skinner : le comportement est modelé par les contingences. Le comportement de l'homme s'explique non pas à partir d'états ou de constructs internes, mais à partir des contingences actuelles de renforcement et de leur histoire<sup>78</sup>.

### Le comportement gouverné par les règles

#### Une interrogation essentielle

Si tous les comportements humains étaient directement modelés par les contingences de renforcement, il faudrait admettre que l'exposition aux contingences soit toujours indispensable à un moment donné de l'histoire individuelle. On pourrait objecter que, fort heureusement, l'immense majorité des hommes ne tuent pas leurs semblables alors qu'ils n'ont jamais été exposés directement aux conséquences négatives (morales ou sociétales) d'un tel comportement.

Il est donc légitime de se poser les questions suivantes : comment se fait-il que l'organisme humain émette un certain nombre de comportements alors qu'il ne les a préalablement jamais expérimentés ? Comment l'homme apprend-il à se comporter adéquatement dans des circonstances ou situations auxquelles il n'a jamais été particu-

73. Par exemple, la débilité mentale.

74. Par exemple, un accident vasculaire cérébral atteignant le langage.

75. *Shaping* = façonnement de la réponse.

76. Par exemple, un enfant renforcé par le fait de regarder un film à la télévision peut, à un moment donné, s'écarter ou fuir devant une séquence d'un film d'horreur.

77. C'est le cas de l'étudiant dont le renforcement « diplôme » n'est accessible qu'après plusieurs années de travail.

78. L'analyse des contingences actuelles permet de comprendre pourquoi un comportement se maintient. L'histoire passée des contingences de renforcement permet de comprendre comment un comportement s'est établi et comment il a évolué.

lièrement préparé, notamment dans le cas de contingences si particulières et si éphémères qu'elles excluent toute préparation générale ?

### La réponse de Skinner : les « règles »

Skinner a apporté une réponse à ces questions en distinguant des comportements gouvernés par les règles. Cette distinction permet à l'analyse behavioriste d'englober les multiples aspects du comportement humain, notamment tous les comportements qui relèvent d'une culture déterminée ou d'une morale, autrement dit, d'aborder, d'une façon générale, le problème de la vie mentale.

La description verbale par l'être humain de ses comportements réussis peut être transformée en instructions verbales utiles pour autrui. Le langage permet de construire des stimuli discriminatifs qui sont aisés à évoquer et à reproduire. En décrivant les contingences de renforcement sous une forme verbale transmissible à autrui, l'homme peut élaborer ce que Skinner a appelé des « règles ». Les comportements ainsi issus de l'application des règles sont appelés « comportements gouvernés par les règles ».

Il existe donc deux catégories de comportements :

- **des comportements modelés par les contingences de renforcement**<sup>79</sup> qui ne sont pas décrits verbalement et auxquels on réagit d'une manière que l'on peut qualifier d'« inconsciente » ;
- **des comportements gouvernés par des règles**, dans lesquelles les contingences (autant les stimuli que les conséquences), dont les règles sont tirées, peuvent n'avoir jamais affecté directement l'individu et qui sont décrites verbalement. On réagit à ces règles d'une manière que l'on peut qualifier de « consciente ». Les maximes, les proverbes, les lois formelles des institutions politiques et religieuses, les lois scientifiques produites par une culture déterminée sont des règles qui spécifient des contingences de renforcement comprenant les situations dans lesquelles le comportement se produit, le comportement lui-même et les conséquences renforçantes de celui-ci.

### Règles et contingences

En tant que stimulus discriminatif, une règle n'est efficace que comme partie d'un ensemble de contingences de renforcement. Il peut arriver que les contingences changent, non les règles. Dès lors, celles-ci peuvent devenir une source de difficultés, de tensions, de conflits<sup>80</sup>.

79. Apprentissage par essais et erreurs.

80. Ainsi en est-il du phénomène que l'on appelle la « crise des valeurs » dans lequel les règles ne correspondent plus aux contingences de renforcement de l'environnement.



D'une certaine manière, on peut opposer le comportement modelé par les contingences et le comportement gouverné par les règles. Néanmoins, il est nécessaire de tenir compte des éléments suivants.

- **Les contingences existent avant que les règles soient formulées.** Cela est évident puisque les règles sont élaborées à partir d'une description des contingences de renforcement.
- **Le comportement modelé par les contingences n'implique pas la connaissance des règles.** Ainsi, on apprend à parler et on peut parler très correctement sans connaître les règles de grammaire mais, dès l'instant où les règles de grammaire ont été formulées, il peut arriver que l'on parle grammaticalement par application des règles.
- **Le comportement gouverné par les règles n'a généralement pas la même topographie que le comportement modelé par les contingences.** En effet, les règles ne couvrent que l'essentiel et sont très générales. Ainsi, le comportement du joueur de golf dont le coup a été façonné par son effet sur la balle se distingue aisément de celui qui imite de son mieux les leçons tirées d'un manuel de golf.
- **Certaines contingences ne se prêtent pas à une description précise et à une formulation des règles.** Ainsi, le vieux médecin de famille peut être un habile diagnosticien en raison des innombrables contingences auxquelles il a été exposé au cours d'une longue carrière, mais il n'est pas toujours en mesure d'explicitier ces contingences ni de construire des règles qui permettraient de transmettre sa compétence à des confrères plus jeunes.
- **Le comportement émotionnel est particulièrement difficile à amener sous le contrôle des règles.** « Le cœur a ses raisons que la raison ne connaît pas », disait Pascal. Le sens profond de cette phrase est peut-être que le comportement gouverné par les règles est différent du comportement modelé par les contingences et que le premier ne peut pas parfaitement simuler le second. Autrement dit, les contingences comportent des raisons que les règles ne peuvent jamais spécifier.

## 2. Les TCC de la deuxième vague : la « révolution cognitive »

La révolution behavioriste a donc, au début du XX<sup>e</sup> siècle, engagé la psychologie scientifique de manière décisive dans une démarche objective en se donnant pour objet le comportement.

Si les formulations outrancières du behaviorisme watsonien ont été, dès le départ, rejetées par la plupart des behavioristes, il existait un large consensus pour voir dans la psychologie la science du comportement.

S'appuyant sur des courants de recherches apparus plusieurs années auparavant<sup>81</sup>, des formulations théoriques et des concepts nouveaux accompagnés de stratégies thérapeutiques qui s'en inspiraient se sont progressivement introduits dans le champ des thérapies comportementales.

Le cognitivisme se présentait comme une nouvelle révolution capable d'élargir le champ des thérapies comportementales, voire, pour certains, de faire sortir la psychologie de la « longue et ennuyeuse nuit du behaviorisme<sup>82</sup> ».

### Quatre variantes du cognitivisme

En examinant le champ de la psychologie théorique, il semble que l'on puisse distinguer quatre grandes variantes de cognitivisme<sup>83</sup>. Au niveau de la formalisation des modèles, elles peuvent tantôt s'amalgamer, tantôt se distinguer clairement.

• **La première variante du cognitivisme** permet de conceptualiser des mécanismes ou des processus intermédiaires entre le stimulus et la réponse. Cet intérêt n'est pas nouveau, puisqu'on le trouve déjà chez des behavioristes de la première heure tels que Hull<sup>84</sup> et sa théorie des besoins. Pour ces cognitivistes, il s'agit d'élaborer des modèles féconds sur ces mécanismes internes inférés et de chercher à les valider sur le mode empirique. Ces modèles axent leur analyse sur les principes de fonctionnement qu'il est raisonnable d'inférer à partir des progrès actuels des sciences expérimentales. On peut dire que ce type de travaux représente un prolongement normal de la psychologie scientifique. Il n'est pas question ici de changement fondamental

81. Miller, 1962 ; Neisser, 1966.

82. Bunge, 1980. Nous épargnons au lecteur l'énumération des controverses multiples que la (ré)apparition de ce mouvement déclencha dans le monde des praticiens et théoriciens de la psychologie.

83. Richelle et Fontaine, 1985.

84. Hull, 1952.

dans les positions méthodologiques et épistémologiques du behaviorisme. Dans cette optique, le comportement reste le seul objet sur lequel s'appuie la réflexion et le « lieu » où s'infirmement ou se confirment les hypothèses. On se souviendra qu'un des pères des thérapies comportementales, le Sud-Africain Wolpe, n'hésitait pas à utiliser, dans sa méthode de désensibilisation systématique, l'imagerie mentale et les représentations symboliques, éléments que l'on qualifierait aujourd'hui de « cognitifs »<sup>85</sup>. C'est à cette variante qu'appartient l'œuvre de Bandura<sup>86</sup>.

• **Le deuxième type de cognitivisme** marque une rupture évidente sur le plan épistémologique en ce qu'il change l'objet même de l'étude psychologique : il ne s'agit plus d'une science du comportement mais bien d'une approche s'intéressant aux phénomènes mentaux. Pour ces cognitivistes, l'étude du comportement est secondaire, à défaut de pouvoir s'en dispenser. La tendance est de recourir à des concepts se référant à des processus internes quasi réifiés. Ils témoignent d'un intérêt presque exclusif pour les représentations mentales, les images mentales, les cartes cognitives... Cette variante, que l'on peut qualifier de « cognitivisme radical », aboutit naturellement à identifier états mentaux et états cérébraux. L'orientation des idées et des recherches qui en découlent se porte rapidement vers une science du cerveau ; les chercheurs qui s'y réfèrent sont tentés de se passer de l'analyse du comportement et des interactions de l'organisme avec le milieu. Dans le domaine biologique, l'ouvrage de Changeux<sup>87</sup> est un exemple extrême de cette orientation. En psychologie, la thérapie rationnelle émotive d'Ellis<sup>88</sup> en est un autre.

• **La troisième variante** met l'accent sur une réhabilitation du sujet comme initiateur de ses conduites. Ceci est évident dans certains modèles médiationnels s'inspirant des théories informatiques<sup>89</sup> dans lesquelles on trouve régulièrement les termes de « prises de décision », « choix », « sélection des conduites »... Dans cette variante, on trouve diverses techniques d'autocontrôle et d'autorégulation que Kanfer et Philipps<sup>90</sup> ont regroupées sous le vocable général de « thérapies d'instigation »<sup>91</sup>. Le modèle du conditionnement couvert<sup>92</sup> de Cautela<sup>93</sup>, avec ses concepts de stimuli, réponses et renforcements internes, se rapproche également des théories d'autocontrôle. De même, les conceptions de Meichenbaum<sup>94</sup> sur l'importance des auto-verbalisations et auto-instructions émises par le sujet sont d'autres

85. Voir supra.

86. Bandura, 1977.

87. Changeux, 1983.

88. Ellis, 1962.

89. *Information processing theory*.

90. Kanfer et Philipps, 1956.

91. *Instigation therapy*.92. *Coverants*.

93. Cautela, 1970 et 1971.

94. Meichenbaum, 1977.

illustrations de ce souci de rendre au sujet un rôle actif sur son environnement plutôt que de le percevoir uniquement comme un objet soumis aux contingences de l'environnement réel. Sans nier l'importance des recherches menées dans ce domaine, on est bien obligé de constater que, chez certains, s'associe rapidement à ces hypothèses une réintroduction de conceptions dualistes à propos de notions telles que la volonté, le libre arbitre, l'intention...

• **La quatrième variante** de cognitivisme organise les variables intermédiaires sur un mode dichotomique : d'un côté, il y a le domaine de la connaissance correspondant aux fonctions de traitement et d'élaboration de l'information, ainsi que le domaine de l'intelligence avec ses fonctions de perception, la mémoire, le langage, les représentations symboliques ; de l'autre côté se situe le domaine de l'affectivité et de l'émotion. Pour ces psychologues, la scission est provisoire et liée à des problèmes de méthodologie de la recherche mais on peut se demander si, transcrite dans le domaine des psychothérapies, elle n'amplifie pas de manière anormale dans les stratégies thérapeutiques le rationnel aux dépens de l'émotionnel. Elle est surtout illustrée en thérapies comportementales par les théories de Beck<sup>95</sup> et de Seligman<sup>96</sup> élaborées à partir de la dépression. Ici, la pathologie est perçue comme la conséquence d'erreurs dans la logique formelle. Si les auteurs accordent aux théories de l'apprentissage un rôle fondamental dans l'acquisition des « schémas » de pensée irrationnelle, schémas qui par la suite fonctionnent sur un mode automatique, on note qu'au niveau de leur proposition thérapeutique, il s'agit de remplacer ces modes de pensée erronés par des pensées alternatives qui, cette fois, épousent la logique formelle.

On peut se demander d'où provient cet engouement chez les praticiens des thérapies comportementales pour les abords cognitifs, quelles que soient d'ailleurs les variantes auxquelles ils se réfèrent. Il est certain que les premiers comportementalistes, attentifs aux seules conduites motrices observables chez les animaux de laboratoire, ont redécouvert qu'ils se trouvaient, s'agissant du sujet réel, confrontés à un individu capable d'émettre des idées et d'éprouver des sentiments. Le malaise ainsi créé, chez ces thérapeutes engagés dans une approche psychologique scientifique, s'est apaisé lorsque les conceptions cognitivistes se sont faites jour : elles réintroduisaient, apparemment sans révolution réelle, des variables non explorées par

95. Beck, 1978.

96. Seligman, 1975.

le comportementalisme, variables que leur contact quotidien avec le sujet malade leur rappelait sans cesse<sup>97</sup>.

Il n'est pas possible de décrire en détail les différentes approches cognitivistes utilisées aujourd'hui par les thérapeutes comportementalistes. Nous nous en tiendrons à une description succincte des quelques modèles qui influencent le plus aujourd'hui la pratique clinique. Le lecteur constatera que, chez certains théoriciens, plusieurs des variantes énoncées plus haut se trouvent mêlées, alors que, chez d'autres, une variante particulière est favorisée<sup>98</sup>.

### **Le modèle de l'apprentissage social de Bandura<sup>99</sup>**

S'intéressant aux problèmes d'apprentissage par imitation qu'il considère comme une des sources essentielles d'apprentissage, à côté de l'apprentissage par contiguïté-répétition et l'apprentissage par les conséquences, Bandura se situait nettement comme un cognitiviste d'origine et d'esprit behavioriste. Son postulat théorique de base, que l'on appelle parfois le « paradoxe de Bandura », était que « si tout changement de comportement implique un changement cognitif, pour changer les cognitions, il faut agir sur le comportement ».

Dans ses écrits ultérieurs, Bandura<sup>100</sup> introduisit une perspective franchement cognitiviste. Les théories de Bandura représentent en quelque sorte une vision éclectique entre thérapies comportementales traditionnelles et thérapies cognitives. Si le terme de « thérapies cognitivo-comportementales » a quelque raison d'être, c'est certainement dans l'éclectisme des perspectives de cet auteur qu'il faut la trouver.

### **Les relations entre l'homme et son milieu**

Pour Bandura, l'homme est un organisme complexe, en perpétuelle interaction avec l'environnement. Les comportements, leurs changements trouvent leur origine dans un état physiologique donné, une histoire comportementale précise, des contingences de l'environnement particulières et, souligne-t-il, dans une variété de processus cognitifs. Certes, cet ensemble de variables rend l'homme dépendant de son environnement mais lui permet également de le modifier. Là où Skinner déclare que le milieu sélectionne les conduites, Bandura ajoute que le milieu peut également être sélectionné par l'homme, notamment à travers l'activité de ses mécanismes cognitifs<sup>101</sup>. La relation, la dépendance organisme-environnement est réciproque,

97. Richelle et Fontaine, 1985.

98. Afin d'éviter des redondances inutiles, nous laisserons le soin au lecteur de rapporter les concepts et hypothèses à l'une ou l'autre des variantes décrites.

99. Bandura, 1969-1977.

100. Bandura, 1977.

101. Voir plus loin.

102. Physiologiques, apprentissages perturbés, sélectivité inappropriée des apprentissages par inadéquation affective...

bi-directionnelle par un ajustement permanent à l'aide de circuits de rétroaction. L'individu qui se comporte accède ainsi à un certain niveau de performance. Le *feedback* externe, relatif à cette performance, est analysé, décrypté par des processus cognitifs qui s'appellent anticipations des conséquences de nos actions, solutions de problèmes, attentes par rapport à une action...

Lorsque ces mécanismes cognitifs sont déréglés, pour des raisons qui peuvent être très diverses<sup>102</sup>, le comportement est perturbé du fait de ces distorsions cognitives.

### Auto-évaluation et autorégulation

Pour Bandura, la motivation active et maintient le comportement. S'il est aisé de repérer la notion de motivation lorsque nous avons faim, soif ou si nous souffrons, il faut constater qu'un grand nombre de nos comportements se déroulent dans des circonstances où aucune stimulation n'est apparente. Bandura insiste à ce sujet sur le fait que nous sommes capables de nous représenter des renforcements très distants dans le temps et d'en anticiper les conséquences. En outre, nous nous fixons des buts à partir desquels nous nous auto-administrons des renforcements. Ainsi, l'effet motivationnel ne dérive pas du but en lui-même, mais bien d'une auto-évaluation de notre propre comportement orienté vers ce but. Cette auto-évaluation peut d'ailleurs avoir en elle-même valeur de renforcement, même si le but n'est jamais atteint.

Ces notions d'auto-évaluation et d'autorenforcement ainsi que celle d'anticipation et d'attente débouchent sur le concept plus vaste d'autorégulation. Notre histoire comportementale antérieure, nos apprentissages par observation des conduites d'autrui nous donnent, cognitivement, une image de ce qui est bien ou mal, bon ou mauvais, souhaitable ou indésirable... À partir de ces standards, nous nous auto-évaluons, nous y puisons des autorenforcements positifs ou négatifs selon que nous analysons nos comportements internes ou externes comme valables ou non, par comparaison avec ces référents.

Ainsi, les changements de comportement ne sont-ils pas exclusivement dus à des associations d'événements issus du monde extérieur, mais aussi à la représentation que nous nous faisons de notre univers. Bandura insiste à ce niveau sur le fait que nous ne sommes, en règle générale, que peu sensibles aux conséquences concrètes de nos comportements, sauf si nous constatons la relation

qui existe entre les événements de manière très consciente, ce qui n'est généralement pas le cas. Le clinicien sait, en effet, quel peut être le changement comportemental qu'il peut brutalement déclencher chez son patient par la simple mise en évidence de relations de causalité entre antécédents et conséquents de ses comportements. La « croyance erronée » en certaines interrelations peut soutenir longtemps des comportements, même si les conséquences sont désastreuses pour le sujet. Bandura ajoute que le principe selon lequel un comportement est gouverné par ses conséquences est plus pertinent pour l'anticipation des conséquences que pour les conséquences réelles. La perception et l'intégration cognitives des contingences de l'environnement sont, pour Bandura, un élément fondamental pour expliquer une série de distorsions ou de paradoxes rencontrés en clinique. Une fois le comportement acquis sur le mode cognitif, il entre dans une certaine routine et ne nécessite plus une conscience permanente dans son exécution.

### Le rôle de la pensée dans la résolution des problèmes

L'auteur ajoute que les capacités cognitives dont nous disposons nous permettent de résoudre la plupart de nos problèmes par la pensée plutôt que par l'action directe. Les processus symboliques, spécialement le langage, les opérations cognitives et leurs interrelations sont les véhicules essentiels de la pensée. Par la manipulation des symboles, nous pouvons comprendre les relations causales entre événements, en déduire de nouvelles formes de connaissances, résoudre des problèmes, prévoir les conséquences d'une conduite. De cette manière, les processus de pensée deviennent progressivement indépendants de leurs référents concrets immédiats<sup>103</sup>.

Cette remarquable flexibilité de la symbolisation et son indépendance par rapport aux contraintes de la réalité augmente de manière extraordinaire les possibilités de la pensée. L'auteur ajoute que la pensée a ses propres processus de vérification qui ne nécessitent pas un retour systématique aux vérifications concrètes. Par conséquent, un fonctionnement cognitif valable nécessite les moyens de distinguer entre pensée correcte et pensée erronée. Ces vérifications se font par les activités de réflexion qui sont des pensées au sujet d'autres pensées (règles logiques), par référence à l'expérience directe, par la captation de comportements, d'idées, de règles issues de la culture dans laquelle

103. L'activité de pensée permet en outre des « fantaisies symboliques » (rôle de l'imaginaire) qui n'ont que peu à voir avec la réalité du monde physique.

104. Par exemple, surgénéralisation à partir d'un fait.

105. Par exemple, les référents publicitaires.

106. Les comportements qui en dérivent peuvent perturber l'individu qui agit des années, voire toute une vie, sur des conséquences cognitivement perçues comme positives alors qu'elles le détruisent.

107. Bandura, 1977.

108. Pour une analyse détaillée, nous renvoyons le lecteur au livre dirigé par Rachman (1978) ainsi qu'à l'ouvrage, plus récent, de Bandura sur l'auto-efficacité (2003).

nous vivons (modelage symbolique). Bien sûr, à chacun de ces niveaux, l'erreur est possible, soit que les règles logiques soient enfreintes<sup>104</sup>, soit que les faits externes soient captés avec une sélectivité erronée, soit que les référents sociaux ou culturels soient eux-mêmes discutables<sup>105</sup>. Dans le cas d'une semblable erreur, on aboutit à des « distorsions cognitives » qui peuvent atteindre un registre comportemental ou l'ensemble des conduites<sup>106</sup>.

### Le concept d'efficacité personnelle

Dans un article paru en 1977<sup>107</sup>, Bandura a tenté de développer et de généraliser sa théorie en explicitant longuement le concept d'« efficacité personnelle perçue ». Par ce concept hypothétique, Bandura attribue le déclenchement de toutes les conduites humaines aux attentes d'efficacité et de résultat que le sujet élabore cognitivement à partir de son histoire et de ses observations. Pour l'auteur, des perturbations dans ces attentes d'efficacité – soit qu'elles déclenchent, soit qu'elles inhibent l'action de manière inadéquate – entraînent la pathologie. Cette théorie, qui a déjà un certain nombre de supports expérimentaux, représente pour Bandura le dénominateur commun expliquant l'efficacité des différents types de psychothérapies. Dans une série d'expériences, Bandura a montré que, pour amener le sujet à l'efficacité personnelle perçue la plus adéquate, le thérapeute peut agir par des procédures diverses que l'on peut classer en quatre catégories :

- corriger les distorsions par l'action,
- corriger les distorsions par l'observation de modèles,
- corriger les distorsions par la restructuration cognitive,
- corriger les distorsions par une réduction de l'activation émotionnelle.

L'œuvre théorique et expérimentale de Bandura est incontestablement d'une grande importance en thérapies comportementales. Œuvre éclectique, alliant les approches comportementales traditionnelles à une série de concepts cognitifs divers mais pour une bonne part non encore vérifiés, elle mérite la plus grande attention ainsi qu'un grand nombre de recherches qui permettraient de la valider<sup>108</sup>.



**La thérapie rationnelle émotive d'Ellis<sup>109</sup>**

Venu de la psychanalyse, Ellis a progressivement développé un modèle que l'on peut qualifier de cognitiviste radical.

Il est clair que le modèle d'Ellis s'appuie sur un modèle plus philosophique que scientifique. Dans une perspective résolument stoïcienne, Ellis considère que les hommes ne sont pas perturbés par les choses en elles-mêmes, mais par la façon qu'ils ont de les percevoir (psychologie de la perception). Pour l'auteur, les problèmes humains sont fonction des attentes et des cognitions « grandioses » que les sujets élaborent. Dans ce modèle, les émotions sont des conséquences de « systèmes de croyance irrationnelle » développés par le sujet. Les principes de la thérapie seront tout d'abord de rechercher les obligations morales<sup>110</sup> ou les impératifs que se formule le sujet, ensuite de repérer les conséquences irrationnelles qui en dérivent.

Cette première analyse réalisée, il s'agit de mettre en compétition critique les systèmes irrationnels de croyance avec une démarche alternative<sup>111</sup> au travers d'un dialogue socratique utilisant une série d'exemples pris dans la vie quotidienne, d'informations fournies par le thérapeute...

Lorsque ce repérage des croyances irrationnelles et de leurs conséquences négatives a été réalisé et lorsque le patient adhère au principe même du modèle proposé par Ellis, l'auteur engage le traitement dans une restructuration cognitive de type didactique et purement sémantique<sup>112</sup>.

Le modèle cognitif radical d'Ellis a été largement critiqué à l'intérieur des thérapies comportementales, y compris chez ceux qui sont impliqués dans les approches de type cognitif malgré une « courbe rentrante » de cet auteur et de son école qui intégreront progressivement l'exposition *in vivo* dans leur pratique<sup>113</sup>.

**Le modèle cognitivo-comportemental de Beck<sup>114</sup>**

Le modèle de Beck s'est développé initialement à partir de ses études sur la dépression. Par la suite que, il a été généralisé aux autres thèmes psychothérapeutiques.

**Théorie de Beck sur la dépression<sup>115</sup>**

Un trouble de la pensée<sup>116</sup> est un des facteurs de base de la plupart des syndromes psychiatriques.

109. Ellis, 1962.

110. *Should*.

111. *Disputing*.

112. Ce en quoi il se sépare de la restructuration cognitive telle qu'elle est, par exemple, pratiquée par Beck qui, elle, impose, outre les aspects sémantiques, un vécu expérientiel dans l'action.

113. Ellis, 1999.

114. Beck, 1970 et 1978.

115. Fontaine et Wilmotte, 1981.

116. Moins important et moins spécifique que celui décrit dans la schizophrénie, par exemple.

### Les schémas de la dépression

« Les schémas qui sont actifs dans la dépression sont des structures cognitives antérieures latentes. Elles sont réactivées lorsque le patient est confronté avec certains stimuli internes ou externes. Une fois réactivés, les schémas dépressogènes remplacent graduellement les façons plus appropriées d'organiser et d'évaluer l'information (...). La réponse affective est déterminée par la façon dont un individu structure son expérience. »

Le stimulus externe le plus susceptible d'évoquer et d'activer un schéma dépressogène est toute situation, c'est-à-dire une « pléthore de stimuli », qui ressemble aux circonstances développementales d'élaboration de ce schéma. Dans la dépression, quelle que soit la situation-stimulus actuelle, il s'agit toujours *in fine* de la perception par le sujet d'une perte, d'une réduction significative de son domaine personnel.

Le concept de schéma ou structure cognitive est postulé, vu l'absence d'une théorie de la mémoire qui pourrait expliquer la constance du comportement individuel au cours du temps. Il s'agit de représentations organisées des expériences antérieures, définies comme des « règles générales, inflexibles et tacites, des croyances ou des postulats silencieux ».

Ces schémas peuvent avoir des degrés divers de complexité. Les façons d'inférer leur existence utilisées par l'auteur sont diverses :

- relevés de contenu thématique des rêves ;
- examen des associations libres ;
- réponses à des tests psychologiques ;
- observation des modalités habituelles de structuration des expériences par un individu ;
- interrogations directes du patient quant à ses attentes, ses convictions, ses préjugés et ses attitudes.

Le schéma permet à la personne de trier, coder et évaluer les différents stimuli internes et externes, puis de décider de la réponse à émettre. Le schéma réalise un travail d'abstraction et de transformation des données brutes en pensées ou cognitions. Les schémas spécifiquement dépressogènes sont élaborés au cours de l'histoire développementale du sujet<sup>117</sup>. Ils rendent le sujet plus susceptible de développer un état dépressif et expliquent la nature périodique et les rechutes de nombreuses dépressions. Ces schémas idiosyncratiques n'exercent normalement qu'un effet minime et occasionnel sur la

117. Par exemple comme conséquence d'une perte parentale précoce ou sur base d'un modelage à partir d'un parent déprimé.

pensée d'un individu : ils deviennent hyperactifs et remplacent les conceptualisations plus réalistes lorsque l'organisation cognitive est disloquée, ce qui se voit, par exemple, dans la dépression et les états paranoïdes. Un schéma défini est normalement activé par un ensemble spécifique de stimuli. Au contraire, une fois réactivé un tel schéma peut rester actif en l'absence de la situation stimulus spécifique. Ainsi, l'organisation cognitive, loin d'être un simple chaînon dans la séquence stimulus-réponse, est un système quasi autonome en lui-même. Quoique ce système soit dans une large mesure en interaction fréquente avec l'environnement, il peut, à d'autres moments, être relativement indépendant de cet environnement.

#### La définition de la dépression

Au début, Beck définit la cognition dépressive comme une conceptualisation inadéquate à contenu dépressif. Il décrit une « triade cognitive responsable des symptômes de la dépression » composée d'une vue négative de soi-même, du monde et du futur. Ces cognitions peuvent être classées en fonction des erreurs systématiques sous-jacentes de la logique<sup>118</sup>. Il leur reconnaît aussi certaines caractéristiques formelles : elles sont ressenties par le sujet comme involontaires, automatiques et plausibles et elles font preuve d'une persévérance stéréotypée.

Peu après, Beck précise sa définition de la cognition : « Toute activité mentale qui a un contenu verbal (idées, jugements, auto-instructions, autocritiques, souhaits articulés verbalement). » Plus récemment, enfin, la cognition est décrite à la fois comme le « contenu de la pensée » et les « processus même impliqués dans le fait de penser », à savoir des façons de percevoir, les réévocations du matériel mnésique, les attitudes et les stratégies de solution du problème. Ce contenu de la pensée est façonné en permanence par l'activité du schéma cognitif spécifique évoqué. Cette interaction entre stimulus, schéma, et cognition est précisée comme suit : « Dans la formation d'une cognition, le schéma procure le cadre conceptuel au sein duquel les détails particuliers sont fournis par les stimuli externes. » La cognition dépressive, à son tour, entraîne l'apparition d'un affect dépressif et de symptômes motivationnels.

#### La relation entre cognition et motivation

S'il y a une contiguïté temporelle entre la pensée et l'affect, la réponse

118. Inférence arbitraire, abstraction sélective, surgénéralisation, exagération et étiquetage inexact.

affective est en fait produite et déterminée par la façon dont un sujet structure intellectuellement son expérience. L'intensité de la réaction est fonction du caractère plausible de la cognition dépressive pour le patient. Inversement, plus l'éveil d'un affect dépressif par une cognition est intense et plus l'appréciation « raisonnable » de sa validité devient difficile pour le patient. En outre, le caractère plausible des distorsions cognitives dépressogènes ultérieures est augmenté. Cette interrelation est conçue par Beck comme un modèle de rétroaction circulaire.

La relation entre cognition et motivation peut s'observer dans deux conditions. Premièrement, connaissant les cognitions d'un sujet, il est possible de prédire sa motivation ou l'absence de celle-ci. Deuxièmement, modifier une cognition permet de changer la motivation.

#### **Les symptômes physiques de la dépression**

L'explication des symptômes physiques et végétatifs de la dépression dans le cadre d'un modèle psychologique présente des difficultés. L'examen de ces variables physiologiques amène, selon lui, à mélanger des niveaux conceptuels différents et risque d'aboutir à plus de confusions que de clarifications. Il voit une nette relation entre cognition dépressive<sup>119</sup> et retard moteur, fatigue. En outre, les signes végétatifs<sup>120</sup> peuvent être définis comme des concomitants physiologiques d'un trouble psychologique particulier.

#### **Principes épistémologiques du modèle de Beck<sup>121</sup>**

##### **Le modèle de Beck et la psychanalyse**

La psychanalyse pense que l'expérience consciente joue le rôle d'écran par rapport à la dynamique de l'inconscient. Les cognitivistes qui adhèrent aux théories de Beck utilisent, pour leur part, une approche phénoménologique. Les mécanismes non conscients y sont abordés par une introspection précise. De plus, comme les comportementalistes traditionnels, Beck considère que si le passé est important pour expliquer la genèse des structures cognitives actuelles, c'est « ici et maintenant » que se situent les problèmes du sujet. En outre, il nie l'importance de l'*insight* en tant que facteur thérapeutique. Le traitement est structuré, organisé vers des objectifs précis et le thérapeute y joue un rôle actif.

##### **Le modèle de Beck et les théories comportementales classiques**

Comme le comportementalisme, le cognitivisme de Beck porte son

119. Vue négative de soi et perte de motivation spontanée.

120. Perte de poids et de la libido, troubles du sommeil.

121. Bedrosian et Beck, 1980.

action sur les comportements ouverts. Il cherche en outre à agir directement sur les attitudes, les attentes et les croyances irrationnelles, considérant que ces mécanismes cognitifs fonctionnent de façon quasi autonome et indépendante de l'environnement.

### **Le modèle de Beck et le modèle d'Ellis**

Contrairement à la *Rational emotive therapy* d'Ellis, essentiellement didactique, généralisatrice et uniquement sémantique, du moins au départ, les cognitivistes de l'école de Beck pensent que les changements cognitifs dérivent de vécus expérimentiels, de tests dans la réalité découlant des résultats de la restructuration cognitive, ce en quoi ils se rapprochent des comportementalistes.

### **Les bases opérationnelles du modèle de Beck**

Dans le recueil des faits, behaviorisme et psychanalyse se méfient des autodéscriptions fournies par le sujet. Beck accepte l'interprétation individuelle comme base de départ, considérant qu'à côté du sens commun que l'on attribue aux événements, il existe une analyse personnelle, privée, plus importante dans la compréhension du sujet. Ce vécu personnel détermine l'émotion.

Les bases opérationnelles sur lesquelles s'appuient théorie et pratique dans le modèle de Beck pourraient se résumer comme suit :

- les perceptions et les interprétations qu'un sujet a de la réalité ne sont pas la réalité ;
- les interprétations de la réalité « objective » dépendent de processus cognitifs qui sont faillibles ;
- les croyances du sujet représentent un ensemble d'hypothèses qui sont modifiables ;
- pour obtenir un changement dans ces systèmes d'hypothèses et, par là, dans le comportement, l'individu doit se soumettre à des expériences d'apprentissage plus qu'à une adhésion à un système didactique purement verbal.

### **Axes de la thérapie de Beck**

Le modèle thérapeutique se déduit assez aisément de ce qui vient d'être dit. La relation est celle d'une cothérapie dans laquelle le patient doit être convaincu de la pertinence du modèle présenté à travers une formulation claire du problème. La thérapie s'engage sur un mode contractuel, le patient étant poussé à l'action et à l'expérience

122. Prise de distance, test d'hypothèses alternatives, changements des attributions causales, pratique de la réponse rationnelle face aux pensées dysfonctionnelles...

123. Beck, 1990 ; Young, 1990.

124. Meichenbaum, 1977.

125. Voir Meichenbaum, 1977.

126. Luria, 1966.

127. « Ce que le patient se dit à lui-même » à son propre sujet ou au sujet du monde extérieur.

personnelle. Cette phase comportementale, qui utilise des tâches graduées, des jeux de rôles... sert à identifier les pensées irrationnelles et leurs relations aux symptômes.

Ce « repérage » est, cependant, insuffisant en soi. Diverses techniques cognitives servent à changer les cognitions négatives<sup>122</sup>. Enfin, à titre de prévention de la rechute, on apprend au patient à utiliser des techniques cognitives dans des situations non analysées, de façon autonome par rapport au thérapeute.

### Évolution du modèle de Beck

Depuis les études princeps sur la dépression, le modèle tant théorique que thérapeutique s'est largement étendu à l'ensemble du champ de la santé mentale. Cependant, à partir de la constatation de l'existence de répondeurs partiels et de rechutes, les auteurs se sont de plus en plus attachés à définir les éléments structuraux expliquant ces observations.

Partant de là, au sein des cognitivistes, certains auteurs ont particulièrement développé des modèles axés sur l'exploration et la modification des schémas c'est-à-dire des traits de personnalité<sup>123</sup>.

### Le modèle du *self instructional training* de Meichenbaum<sup>124</sup>

S'inspirant des travaux soviétiques de Vigotski<sup>125</sup> et de Luria<sup>126</sup>, Meichenbaum a étudié l'influence des autoverbalisations sur les comportements. Dans une étude princeps portant sur des enfants hyperactifs, l'auteur pose l'hypothèse que ce type de conduite est lié à l'absence ou à la réduction du discours intérieur organisé dans les quelques secondes qui précèdent le « passage à l'acte ». Avec une méthodologie contrôlée, il propose à ses sujets de se décrire mentalement à eux-mêmes les conduites qu'ils vont émettre avant de les concrétiser. Il constate que le débit des comportements « hyperactifs » diminue de manière remarquable.

Généralisant à un ensemble de pathologies rencontrées tant chez l'adulte que chez l'enfant, Meichenbaum postule que les autoverbalisations<sup>127</sup> représentent l'émergence d'apprentissages anciens, des cartes cognitives qu'il a élaborées au fil des ans au contact d'événements spécifiques.

La thérapie consiste, après identification des distorsions cognitives,

à proposer au patient un « nouveau » langage intérieur plus réaliste<sup>128</sup>. On ne peut s'empêcher de rapprocher ce modèle de la technique populaire qu'avait proposé le Français Coué. S'il est indubitable que notre langage intérieur peut influencer certains de nos comportements, il n'en reste pas moins que ce modèle très partiel reste à préciser, notamment dans ses indications thérapeutiques.

128. *Self instructional training*.

### 3. Les TCC de la troisième vague (?) : l'analyse des contextes et fonctions du comportement

#### Bilan de la « révolution cognitive »

Toute évolution dans les connaissances se fait par phases. Celles-ci sont tantôt en synergie avec les acquis précédents, tantôt en opposition franche. On a vu que les acquis de la première vague se fondent sur deux principes de base :

- faire un examen scientifique des problèmes de santé en se fondant sur les lois établies du pavlovisme et du behaviorisme ;
- développer des techniques de traitement à partir de recherches structurées et validées empiriquement.

Ce sont ces principes que l'on trouve dans les définitions des thérapies comportementales chez Eysenck<sup>129</sup> et Yates<sup>130</sup>.

#### Skinner et Bandura

Si la pratique clinique se tenait, dans un premier temps, à ces prescrits de base, les liens avec les seules théories de l'apprentissage allaient bientôt apparaître trop étroits. C'est que l'analyse expérimentale du comportement n'avait pas pu développer sur le mode empirique une thérapie adéquate des processus cognitifs.

Certes, l'ouvrage de Skinner sur le langage<sup>131</sup> aurait pu inciter des cliniciens à développer des techniques applicables à la clinique. Trop

129. Eysenck, 1959.

130. Yates, 1970.

131. Skinner, *Verbal Behavior*, 1957.

132. Bandura, 1969.

133. Apprentissage par modèle, anticipation, autorégulation, autorenforcement, efficacité personnelle perçue...

134. Rappelons d'ailleurs le célèbre paradoxe de Bandura lui-même : « Si tout *in fine* est cognitif, c'est par le comportement que l'on change les cognitions. »

135. Richelle et Fontaine, 1985.

136. Richelle, 1986 ;  
Richelle et Fontaine, 1985.

137. Hayes, 1993.

théorique peut-être, cet ouvrage passa largement inaperçu dans le champ de la pratique.

Le premier modèle cognitif intéressant est sans conteste celui de Bandura<sup>132</sup>. Fondée sur des recherches empiriques précises, la théorie de Bandura apportait à la clinique un ensemble d'éléments nouveaux<sup>133</sup>. Élevé et nourri dans le sésail skinnerien, ses recherches cognitives demeuraient largement acceptables pour les théoriciens de la première vague<sup>134</sup>.

### Beck

La « révolution cognitive » devait pourtant venir d'ailleurs : c'est incontestablement à Beck qu'on la doit. Le succès foudroyant de ce modèle est dû, d'une part, au fait que, comme Wolpe dans un autre domaine, il fournissait directement aux thérapeutes une méthode thérapeutique détaillée, et, d'autre part, au fait qu'il répondait au désir des cliniciens de s'intéresser aux pensées, à l'esprit et éviter ainsi les critiques acides des psychanalystes qui les accusaient de confondre l'être humain avec les pigeons et les rats des laboratoires béhavioristes. Oublié le fait que le traitement de la dépression, premier objet des recherches de Beck, était largement inspiré du comportementalisme, oublié le fait que sa théorie cognitive empruntait, assez vaguement d'ailleurs, le concept de schéma à la psychologie cognitive expérimentale mais pour le reste ne présentait qu'un modèle descriptif essentiellement fondé sur la raison – autrement dit, l'intelligence. Cette mise en valeur du cognitif au détriment de l'affectif, même si on s'accorde à la déclarer provisoire, tend à exalter le rationnel aux dépens de l'émotionnel.

Dans l'euphorie, on débaptise les thérapies comportementales pour créer, sous une étiquette à première vue assez curieuse, des thérapies dites « cognitivo-comportementales ». Tout se passant comme si on voulait donner à un des aspects du comportement, la cognition, une valeur explicative jusque-là inégalée<sup>135</sup>. Il aurait évidemment été peu raisonnable du point de vue du « marketing » de parler de thérapies emotivo-cognitivo-comportementales !

### Hayes

Trente ans après, où en est-on ? Si certains avaient déjà questionné cette évolution<sup>136</sup>, ou ébauché quelques voies différentes<sup>137</sup>, il fallut attendre le XXI<sup>e</sup> siècle pour qu'un modèle encore jeune puisse s'ex-



poser dans tous les sens du terme. L'auteur le plus prolifique et le plus affirmé dans ce nouveau domaine est incontestablement Steven G. Hayes, professeur au département de psychologie de l'université du Nevada aux États-Unis.

Nous reprendrons ici l'essentiel des critiques qu'il émet vis-à-vis du modèle cognitif dominant dans les TCC.

Hayes rappelle que le principe du renforcement se situe à l'interface entre l'action et son contexte, reliant ainsi variable dépendante (le comportement) et variables indépendantes (le contexte) en une seule unité. Lorsque le clinicien applique ce concept pour changer le comportement (moteur, émotionnel et cognitif), des variables indépendantes spécifiques peuvent être manipulées et l'effet de cette manipulation constaté. C'est le principe de base de la première vague des TCC. Or ceci n'est plus le cas dans les modèles cognitifs utilisés en clinique. Ainsi, si, par exemple, nous voulons modifier un schéma – la variable dépendante –, le modèle ne précise pas sur quelles variables indépendantes le clinicien doit agir pour obtenir un changement. Pour tenter de combler ce vide, la psychologie cognitive clinique a dû créer ses propres variables indépendantes telles que surgénéralisation, cognitions irrationnelles, etc. qui n'ont rien à voir avec les sciences cognitives de base. En fait, ces concepts ne sont cognitifs que dans le sens commun du terme, parce qu'ils se centrent sur les « pensées ». On pourrait, sans exagérer, dire qu'il s'agit là de variables « virtuelles » dont les relations avec le schéma sont loin d'être démontrées.

À partir de là, les techniques cognitives ont été développées de manière impressionnante sans que l'on puisse affirmer qu'elles ont apporté un « plus » important aux thérapies comportementales de la première vague. Des thérapeutes, non des moindres, sont obligés de constater que la réponse thérapeutique survient souvent plus par les techniques de la première vague, avant même que les techniques cognitives aient été utilisées<sup>138</sup> et que l'action isolée des stratégies cognitives sur la thérapie est faible<sup>139</sup>. Il n'est pas non plus vérifié qu'un changement cognitif obtenu par des méthodes centrées sur la cognition soit nécessaire pour obtenir une amélioration clinique.

Hayes appuie sa critique sur des faits scientifiques indiscutables auxquels on se doit de réfléchir. Faut-il pour autant jeter le bébé avec l'eau du bain ? Nous ne le pensons pas. Mais le temps est venu de

138. Ilardi et Craighead, 1994.

139. Gortner, Gollan, Dobson et Jacobson, 1998.

poursuivre sereinement l'analyse des apports réels du cognitivisme clinique de la deuxième vague et de ses limites.

### Une autre voie : l'analyse contextuelle du comportement

140. Hayes, 2004.

Hayes<sup>140</sup>, chef de file de la troisième vague des TCC, la définit comme suit : « Enracinée dans une approche empirique, la troisième vague de thérapies comportementales et cognitives est particulièrement attentive au contexte et fonctions des phénomènes psychologiques, pas seulement à leur forme. Par conséquent, elle tend à insister sur des stratégies de changement contextuelles et expérientielles, cherchant à construire avec le sujet des répertoires larges, flexibles et efficaces de comportements, plutôt que de se contenter d'éliminer, comme cherchent à le faire la première et deuxième vague, des problèmes comportementaux limités. »

Dans cette troisième vague, Hayes cite notamment :

- la thérapie d'acceptation et d'engagement<sup>141</sup> ;
- la thérapie de pleine conscience<sup>142</sup> ;
- la thérapie comportementale dialectique<sup>143</sup>.

Expliciter longuement les bases théoriques et pratiques de ces nouvelles thérapies n'est pas l'objectif de ce chapitre.<sup>144</sup>

Tentons d'en résumer les idées maîtresses.

### L'acceptation

#### Les évitements expérientiels

Pour Hayes *et al.*<sup>145</sup>, l'ACT se fonde sur l'idée que de nombreuses formes de psychopathologies sont des troubles liés à des « évitements expérientiels ». L'évitement expérientiel survient lorsque le sujet tente de fuir le contact avec des expériences privées non désirées<sup>146</sup> et essaye de modifier la forme ou la fréquence de ces événements et les contextes qui les occasionnent malgré un coût fonctionnel négatif.

### L'acceptation

Le thérapeute ACT montre au patient que s'il est normal et souvent efficace d'éviter des situations aversives dans le monde extérieur, ceci n'est, dans la plupart des cas, pas possible dans son monde interne. L'objectif est donc d'augmenter la distance entre le sujet (le self, le moi) et son modèle intérieur construit sur la base de son histoire. Pour expliquer au patient le problème de la différence entre son « moi »

141. *Acceptance and Commitment Therapy* : ACT (Hayes, 2004).

142. *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (Segal, Williams et Teasdale, 2001 ; Baer, 2003).

143. *Dialectical Behavior Therapy* (Linehan, 1993).

144. Le chapitre 17 de cet ouvrage consacré au traitement des personnalités borderline est fondé sur la thérapie comportementale dialectique qui participe de ce mouvement.

145. Hayes *et al.*, 1996.

146. Par exemple, des pensées, des sentiments, des souvenirs, des sensations corporelles...

et son monde intérieur, on prend l'exemple d'une maison. Le bâtiment, c'est le moi. Tout ce qu'il contient (mobilier) est différent : il s'agit des éléments accumulés au cours du temps. Cette histoire accumulée a créé au fil du temps des programmations de vie, des règles de fonctionnement qui limitent les répertoires comportementaux à des évitements. Pour arriver à séparer le « moi » de ces événements privés, il faut amener le sujet à considérer que ces pensées et sentiments négatifs ne sont pas lui mais seulement en lui. Il s'agit d'accepter<sup>147</sup> ces pensées, souvenirs et émotions non désirés dans la mesure où ceci permet au sujet de s'intéresser et de s'engager dans des répertoires comportementaux qui véhiculent ses propres valeurs de vie.

147. Acceptance.

L'acceptation est une alternative à l'évitement. Aider le patient à identifier ces valeurs existentielles et à se comporter en accord avec celles-ci, même en face d'obstacles émotionnels, est, à ce stade de la thérapie, l'objectif essentiel. Hayes définit les valeurs comme les directions de vie souhaitées par le sujet. Ces valeurs donnent une orientation générale à la vie, une direction alors que l'objectif<sup>148</sup> sélectionne une destination concrète. Ces valeurs peuvent se trouver dans différents domaines : couple, famille, relations sociales, travail, éducation, distraction, spiritualité, santé...

148. Goal.

### L'engagement

#### Les objectifs et les valeurs

Une fois les valeurs générales propres au sujet identifiées, il s'agit de chercher avec lui les objectifs<sup>149</sup> spécifiques qu'il souhaite atteindre.

149. Goal.

Réunir les valeurs et s'engager dans leur réalisation est ce qui rend l'acceptation différente d'une simple immersion émotionnelle. À ce stade, l'ACT ressemble, dit Hayes, à une exposition systématique<sup>150</sup> et à une thérapie de modification comportementale<sup>151</sup>. Tout au long de la thérapie ACT, l'auteur propose une série de moyens pour atteindre ces résultats.

150. Acceptation et prise de distance vis-à-vis des événements privés non désirés.

151. Engagement dans une recherche des valeurs et objectifs, et leur opérationnalisation en termes de comportements.

#### La thérapie de pleine conscience

Parmi ceux-ci, le *Mindfulness Training*. Les sujets ACT sont, par exemple, invités à dire : « J'ai la pensée que je suis une mauvaise personne » plutôt que « je suis une mauvaise personne ». Il s'agit de ne plus essayer de contrôler ses pensées et sentiments mais de les observer sans jugement, de les accepter tels qu'ils sont.

La thérapie de « pleine conscience » se fonde sur un ensemble de techniques trouvant leurs origines dans les pratiques de méditation orientales du bouddhisme. Il s'agit de fixer une attention précise sur des expériences internes et externes se déroulant dans le moment présent sans aucune forme de jugement ou d'évaluation en bon ou mauvais, vrai ou faux, important ou trivial... Cet état s'obtient à partir de la pratique de la méditation que l'on peut définir en tant que technique d'autorégulation.

Au stade actuel de la recherche, qui est encore débutante, les mécanismes potentiellement actifs dans le *Mindfulness Training* sont nombreux : stratégie d'exposition, changement cognitif, relaxation... Sur un plan théorique, ce qui nous paraît intéressant dans les conceptions de ce mouvement, par-delà ses techniques, c'est l'idée de centrer les études sur les fonctions cognitives, sur le rôle qu'elles jouent dans la pathologie plutôt que de se contenter d'une simple analyse descriptive.

Comme ces quelques lignes le laissent deviner, cette troisième vague de thérapies est encore loin de constituer un corps de connaissances empiriquement validé dans de nombreux domaines. Quelques essais contrôlés dans la dépression, les troubles anxieux<sup>152</sup> ainsi que dans la prévention de la rechute chez des patients déprimés<sup>153</sup> ont permis un début de validation.

De plus amples recherches sont nécessaires pour mesurer l'importance réelle de cette nouvelle vague. Nous pensons cependant qu'il était important de les porter à la connaissance du public francophone qui ne dispose, à ce jour, d'aucune littérature en français abordant ce domaine<sup>154</sup>.

152. Hayes *et al.*, 2004.

153. Baer, 2003.

154. À l'exception de la traduction française toute récente de Segal *et al.*, 2006, sur la prévention des rechutes dépressives par le *Mindfulness Training*. Le lecteur intéressé pourra augmenter son information à partir de la bibliographie de ce chapitre : Hayes *et al.*, 2001, Hayes *et al.*, 1999, Hayes *et al.*, 2004, Segal *et al.*, 2001.

#### Lectures conseillées

- Bandura A., *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*, Bruxelles, De Boeck, 2003.
- Beck A.T., « Cognitive Therapy: Nature and Relation to Behavior Therapy », *Behav. Ther.*, 1, 1970, 183-200.
- Gauthaux J., *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson, 2004.
- Fontaine O., *Introduction aux thérapies comportementales*, Bruxelles, Mardaga, 1978.
- Hayes S.C., Strosahl K. et Wilson K.G., *Acceptance and Commitment Therapy: an Experiential Approach to Behavior Change*, New York, The Guilford Press, 1999.
- Segal Z.V., Williams J.M.G. et Teasdale J.P., *La Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression. Une nouvelle approche pour prévenir la rechute*, trad. Claude Meskens, Bruxelles, De Boeck & Larc, Carrefour des psychothérapies, 2006.
- Skinner B.F., *Science and Human Behavior*, New York, MacMillan, 1953.
- Wolpe J., *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Stanford University Press, 1956.

#### Bibliographie

- Baer R.A., « Mindfulness training as a clinical intervention : a conceptual and empirical review », *Clinical Psychology, Science and practice*, 10, 2003, 125-143.
- Bandura A., *Principles of Behavior Modification*, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Bandura A., *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1977.
- Bandura A., « Self Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change », *Psychol. Rev.*, 84, 2, 1977, 191-218.
- Beck A.T., *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, New York, Int. Univ. Press, 1978.
- Beck A.T., *Depression : Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*, New York, Harper & Row, 1967.
- Beck A.T. et Freeman A., *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York, Sulford Press, 1990.
- Bedrosian R.C. et Beck A.T., « Principles of cognitive therapy », dans Mahoney M.J., *Psychotherapy process. Current issues and future directions*, New York, Plenum Press, 1980.
- Breger L. et McGaugh J.L., « Critique and reformulation of "learning theory", approaches to psychotherapy and neuroses », *Psychol. Bull.*, 63, 5, 1965, 338-368.
- Bunge M., *The Mind-Body Problem. A Psycho-Biological Approach*, Londres, Pergamon Press, 1980.
- Cautela J.R., « Covert reinforcement », *Behav. Ther.*, 1, 1970, 33-50.
- Cautela J.R., « Covert conditioning », dans Jacobs A. et Sachs L.B. (dir.), *The Psychology of Private Events : Perspectives on Covert Response Systems*, New York, Academic Press, 1971, pp. 100-130.
- Changeux J.P., *L'Homme neuronal*, Paris, Fayard, 1983.
- Ellis A., *Dominez votre anxiété avant qu'elle ne vous domine*, Québec, Éd. de l'Homme, 1999.
- Ellis A., *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York, Stuart, 1962.
- Emmelkamp P., *Phobie and Obsessive Compulsive Disorders : Theory, Research and Practice*, New York et Londres, Plenum Press, 1982.
- Eysenck H.J., *Dimensions of Personality*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1947.
- Eysenck H.J., « Learning theory and behavior therapy », *J. Ment. Sci.*, 106, 438, 1959, 61-75.
- Eysenck H.J., « A theory of the incubation of anxiety fear responses », *Behav. Res. Ther.*, 6, 1968, 308-321.
- Foa E.B. et Meadows E.A., « Psycho-social treatment for post traumatic stress disorder : a critical review », *Annual Review of Psychology*, 48, 1997, 449-480.

- Fontaine O. et Rognant J., « Les thérapies comportementales : approche théorique », *Encycl. Med. Chir., Psychiatric*, 37820, A, 1986.
- Fontaine O. et Wilmoite J., « Le processus dépressif. Analyse critique des modèles de Beck et Lewinsohn », *Acta Psychiatr. Belg.*, 81, 3, 1981, 226-244.
- Gortner E.T., Gollan J.K., Dobson K.S. et Jacobson N.S., « Cognitive-behavioral treatment for depression : relapse prevention », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1998, 377-384.
- Gray J., *Pavlov's typology, recent theoretical and experimental development from the laboratory of B.M. Teplov*, New York, McMillan, 1964.
- Gray J., « The behavioral inhibition system : a possible substrate for anxiety », dans Feldman M.P. et Broadhurst A. (dir.), *Theoretical and Experimental Bases of Behavior Therapy*, Londres, Wiley et Sons, 1976.
- Hayes S.C., « Analytic goals and the varieties of scientific contextualism », dans Hayes S.C., Hayes L.J., Reese H.W. et Sarbin T.R. (dir.), *Varieties of scientific contextualism*, Reno, Context Press, 1993, pp. 11-27.
- Hayes S.C., « Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy », *Behavior Therapy*, 35, 2004, 639-665.
- Hayes S.C., Barnes-Holmes D. et Roche B. (dir.), *Relational Frame Theory : A Post-Skinnerian Account of Language and Cognition*, New York, Plenum Press, 2001.
- Hayes S.C., Follette V.M. et Linehan M.M., *Mindfulness and acceptance : Expanding the Cognitive Behavioral Tradition*, New York, The Guilford Press, 2004.
- Hayes S.C., Wislon K.G., Gifford E.V., Follette V.M. et Strosahl K., « Experiential avoidance and behavioral disorders : A functional dimensional approach to diagnosis and treatment », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1996, 1152-1168.
- Hull C.L., *A Behavior System. An Introduction to Behavior Theory Concerning the Individual Organism*, New Haven, Yale University Press, 1952.
- Ilardi S.S. et Craighead W.E., « The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression », *Clinical Psychology : Science & Practice*, 1, 1994, 138-156.
- Jacobson E., *Progressive Relaxation*, Chicago, University of Chicago Press, 1938.
- Kanfer F.H. et Phillips J.S., « Behavior therapy : a panacea for all or a passing fancy ? », *Arch. Gen. Psychiatr.*, 15, 2, 1956, 114-128.
- Köhler W., *Gestalt Psychology*, New York, Liveright, 1929.
- Lazarus A.A., « New methods in psychotherapy : a case of study », *S. Afr. Med. J.*, 32, 26, 1958, 860-863.
- Lindsley O.R., Skinner B.F. et Solomon H.C., *Studies in Behavior Therapy*, Status Report 1, Waltham, Mass, Metropolitan State Hospital, november 1953.
- Linehan M.M., *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, The Guilford Press, 1993.
- Luria A.R., *Higher Cortical Functions in Man*, New York, Plenum Press, 1966.
- Mahoney M.J., *Cognition and Behavior Modification*, Cambridge, Bellinger Publishing, 1974.
- Marshall W.L., « The effects of variable exposure in flooding therapy », *Behavior Therapy*, 16, 1985, 117-135.
- Masserman J.H., *Behavior and Neurosis*, Chicago, University Chicago Press, 1943.
- Meichenbaum D., *Cognitive-Behavior Modification : an Integrative Approach*, New York, Plenum Press, 1977.
- Miller G., *Psychology. The Science of Mental Life*, Londres, Harper & Row Publishing, 1962.
- Napalkov A.V., « Information process of the brain », dans Wiener M. et Sefade J.C. (dir.), *Progress in Brain Research*, vol. 2, Amsterdam, Elsevier, 1963.
- Neisser U., *Cognitive Psychology*, New York, Appleton Century Crofts, 1966.
- Pavlov I.P., *Conditioned Reflexes : an Investigation of the Physiological Activities of the Cerebral Cortex*, Londres, Oxford University Press, 1927.
- Pavlov I.P., *Lectures on Conditioned Reflexes*, vol. 2 : *Conditioned Reflexes and Psychiatry*, New York, International Publishers, 1941.
- Rachman S., *Perceived Self-Efficacy : Analysis of Bandura's Theory of Behavioral Change*, New York, Pergamon Press, 1978.
- Rachman S. et Eysenck H.J., « Reply to a "critique and reformulation" of behavior therapy », *Psychol. Bull.*, 3, 1966, 165-169.
- Richelle M., « Introduction : on some varieties of cognitivism », dans Eelen P. et Fontaine O., *Behavior Therapy : Beyond the Conditioning Framework*, Louvain, University Press, et Hillsdale, New Jersey, Lawrence Elbaum associates, 1986.
- Richelle M. et Fontaine O., « Réflexions sur les cognitivisme », *Confront. Psychiatr.*, 1985.
- Rowe M.K. et Craske M.G., « Effects of an expanding spaced vs massed exposure schedule on fear reduction and return of fear », *Behavior Research and Therapy*, 36, 1998, 705-717.

- Segal Z.V., Williams J.M.G. et Teasdale J.T., *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression : A New Approach to Preventing Relapse*, New York, The Guilford Press, 2001.
- Seligman M.E., *Helplessness : on Depression, Development and Death*, San Francisco, Freedman, 1975.
- Seligman M.E., « Phobias and preparedness », *Behav. Ther.*, 2, 1971, 307-320.
- Shapiro F., *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*, New York, The Guilford Press, 1985.
- Shapiro M.B., « Experimental method in the psychological description of the individual psychiatric patient », *Int. J. Soc. Psychiatry*, 3, 1957, 89-102.
- Skinner B.F., *The Behavior of Organisms : an Experimental Analysis*, New York, Appleton Century, 1938.
- Skinner B.F., *Verbal Behavior*, New York, Appleton Century Crofts, 1957.
- Thorndike E.L., « Animal intelligence. An experimental study of the associative processes in animals », *Psychol. Rev. Monogr. Suppl.*, 2, 8, 7, 1898, 28-31.
- Tolman E.C., *Purposive Behavior in Animals and Men*, New York, Appleton Century Crofts, rééd. University of California Press, 1949, 122-129.
- Tolman E.C. et Honzik C.H., « Introduction and removal of reward and maze performances in rats », *Univ. Calif. Publ. Psychol.*, 4, 1930, 257-275, 134-35.
- Ullman L.P. et Krasner L., *A Psychological Approach to Abnormal Behavior*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1969.
- Watson J.B., « Psychology as the behaviorist view It. », *Psychol. Rev.*, 20, 1913, 158-177.
- Wolpe J., « Experimental neurosis as learned behavior », *J. Psychol.*, 43, 1952, 243-268.
- Wolpe J., *Themes and Variations : a Behavior Therapy Case Book*, New York, Pergamon Press, 1976.
- Wolpe J., *The Practice of Behavior Therapy*, 3<sup>e</sup> éd., New York, Pergamon Press, 1962.
- Yates A.J., *Behavior Therapy*, New York, Wiley & Sons, 1970.
- Young J.P.E., *Cognitive Therapy for Personality Disorders : a Schema Focused Approach*, Sarasota, FL., Professional Resource Exchange, 1990.

● LES USUELS RETZ

*Guide clinique*  
de thérapie  
comportementale  
et cognitive

BCU - Lausanne



1096041736  
du Dr OVIDE FONTAINE  
et du Dr PHILIPPE FONTAINE

