

LA FORMULATION DES CAS CLINIQUES EN THÉRAPIE COMPORTIMENTALE ET COGNITIVE*

The formulation of clinical cases in Behaviour and Cognitive Therapy.

Herman DE VRIES**

* Cet article est une version mise à jour et élargie d'un article précédemment paru dans *Le Lien Psy*, Revue de la Société Algérienne de Psychiatrie, n° 10, décembre 2010 sous le titre *L'Analyse Comportementale, La Conceptualisation des Cas en Thérapie Comportementale et Cognitive*.

**

RÉSUMÉ

Les Thérapies cognitives et comportementales issues des travaux de la psychologie scientifique en constituent des applications majeures dans le champ de la psychothérapie. Bien loin des stéréotypes qu'on leur prête encore, ces thérapies reposent d'une part sur une individualisation des cas, et d'autre part sur une compréhension précise de mécanismes complexes. Elles permettent de prendre en compte non seulement la singularité du patient, mais aussi de chercher finement les facteurs déclencheurs, et ceux qui maintiennent des comportements problématiques et/ou souffrances du patient. L'analyse fonctionnelle du comportement (analyse rigoureuse et systématique) nous aide à procéder à une formulation structurée de la situation. Par cette analyse, régulièrement incrémentée, fondée sur des principes théoriques scientifiquement validés, le thérapeute peut, avec son patient, construire un plan thérapeutique le mieux calibré possible. Cet article vise à présenter les fondements théoriques de cette analyse et en préciser les notions essentielles : la construction de la **Théorie Globale de la Personne**, la réalisation de l'**analyse topographique** et la recherche des facteurs de maintien qui débouchent sur l'**Analyse Fonctionnelle** au sens strict du terme, Il se clôturera par la présentation d'un cas clinique en lien avec une problématique scolaire, montrant ainsi, qu'avec cette démarche, tout psychologue dûment formé pourra prendre en charge un individu en souffrance, quel que soit le contexte.

Mots-clés : psychologie scientifique, TCC, comportement, analyse fonctionnelle, théorie globale, formulation des cas cliniques.

ABSTRACT

Behaviour and Cognitive Therapy coming from works in scientific psychology constitute its major applications in the field of psychotherapy. Far from the stereotypes still attributed to them, these therapies are based, on the one hand, on an individualization of cases, and on the other hand, on an accurate comprehension of complex mechanisms. Not only do they permit to take the singularity of the patient into account, but also to look carefully for the triggering factors as well as those that maintain the patient's problem behaviours and /or suffering. The functional analysis of behaviour – a thorough systematic analysis- helps us proceed to structured formulation of the situation. Via such analysis, regularly incremented and based on scientifically proven theoretical principles, the therapist, together with his patient, can elaborate the best therapeutic plan possible. This article aims to present the theoretical founding principles of this analysis and to clarify the essential notions: the elaboration of the Global Theory of the Person, the carrying out of the topographical analysis and the search for maintaining factors that lead to Functional Analysis strictly speaking. The article will end on a presentation of a clinical case related to a school issue, thus showing that thanks to such an approach, any properly trained psychologist can take charge of a suffering individual, whatever the context.

Keywords: CBT (Cognitive Behavioral Therapy), functional analysis, holistic theory, clinical case formulation.

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

Rappelons que ces TCC, sorties du laboratoire de la psychologie expérimentale, se sont inspirées des étapes du *cycle empirique* (de Groot, 1969) depuis le début :

1. observation d'un phénomène ;
2. formulation d'une problématique en lien avec ce phénomène ;
3. recueil de données issues de la littérature pour établir un cadre théorique ;
4. formulation d'hypothèse(s) ;
5. expérimentation ;
6. évaluation et interprétation des données de l'expérimentation ;
7. conclusion quant à la validité des hypothèses posées ;
8. itération si ces hypothèses ne sont pas validées.

La démarche empirique appliquée au processus thérapeutique, parcourt les étapes suivantes :

1. **identification des plaintes** présentées par le patient ;
2. **recueil de données** par observation directe et/ou par la personne elle-même permettant au passage d'établir *une ligne de base* ;
3. prise en compte des connaissances psychologiques actuelles, **formulation d'hypothèses concernant l'origine et le maintien au fil du temps et dans le présent du trouble** ;
4. choix de la **technique thérapeutique** et de ses modalités, avec le patient, parmi un éventail de techniques connues comme potentiellement efficaces. L'évaluation de la pertinence de ces techniques pour favoriser l'apparition d'un nouveau comportement ou affaiblir un comportement problème se fait au regard des hypothèses posées précédemment ;
5. présentation au patient et mise en place du **projet thérapeutique**, puis **application** des techniques choisies.

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

En ce sens, chaque thérapie est une « expérimentation à cas unique », ou encore une étude avec $n = 1$ (Kazdin, 1982) : il s'agit bien d'une prise en charge individualisée.

Ambiguïté des mots :

En français, le mot **comportement** peut d'une part être utilisé pour indiquer la seule action.

Il indique d'autre part *l'ensemble des réactions objectivement observables*. Ces réactions sont détaillées en : réactions psychophysiologiques/émotionnelles, réactions verbales/cognitives et réactions motrices. On parle d'émotion, cognition et action.

C'est bien à cette deuxième définition du mot comportement que nous référons ici.

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

- recueillir des observations objectives ;
- décrire concrètement, précisément le comportement – problème ;
- organiser ces données en hypothèses avec une réelle valeur en rapport avec les théories psychologiques et psychopathologiques pertinentes pour le cas (ce qui peut impliquer aussi des recherches inhérentes aux plaintes du patient, notamment quand elles renvoient à des craintes précises, éventuellement liées à des pathologies médicales) ;
- déduire de ces hypothèses des prédictions utiles au choix de techniques de modification des comportements ;
- savoir appliquer ces techniques, en évaluer le résultat, etc.

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

LES GRILLES D'ANALYSE FONCTIONNELLE EN FRANCE

Par habitude, avec le temps, dans la sphère française, on a fini par résumer l'ensemble de ces activités et outils sous le terme d'« Analyse Fonctionnelle ». Cette appellation est utilisée pour plusieurs « grilles » différentes : SORKC de Kanfer et Saslow (1969), Analyse Fonctionnelle Rétroactive de Fontaine et Ylieff (1981), SECCA de Cottraux (1990), qui

n'ont pas nécessairement un même objectif ou arrière-plan théorique, ou degré de complexité.

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

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

La grille SECCA : « **Situation – Émotion – Cognition – Comportement – Anticipation** », est de loin la plus utilisée en France. Cette grille a intégré les « systèmes de réponse » de la théorie de Lang (1977) sur la mise en mémoire des apprentissages (réactions verbales, réactions motrices, réactions psychophysiques) utilisée depuis les années 1980 et est appelée « analyse fonctionnelle **synchronique** » pour indiquer la dimension actuelle. Une feuille de notation diachronique la complète pour recueillir les éléments historiques des problèmes analysés.

SECCA a opéré imperceptiblement un virage en TCC qui correspond à la « révolution cognitive » des années 1980 : si la Réaction (E, C et C) y est encore comprise comme se produisant dans un contexte antécédent (Situation), elle n'est plus reliée aux conséquences qu'elle produit. L'anticipation, activité cognitive par excellence, y a un statut à part, créant la confusion. Avec cette grille, l'explication du comportement est transférée au facteur cognitif, plutôt que située dans le contexte lointain ou actuel (distal ou proximal), antécédent ou conséquent.

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

- faire une analyse du cas, en une ou quelques séances et une fois pour toutes, (puis appliquer des techniques thérapeutiques plus ou moins standardisées);

- mettre dans une même analyse le passé et le présent;

- mettre dans une même analyse des comportements ayant des conséquences (et donc des fonctions) différentes;

- considérer d'emblée la plupart des cas cliniques comme relevant d'une thérapie cognitive et se dispenser d'une analyse comportementale qui situe dans son contexte le comportement pour en identifier les facteurs de maintien dans le présent.

Beaucoup de jeunes thérapeutes vivent des doutes sur leurs capacités quand ils cherchent à suivre le modèle des cas cliniques publiés, dont on peut penser que les analyses fonctionnelles sont écrites après coup, vers la fin du traitement. En effet, face à de telles lectures, le thérapeute en devenir peut avoir le sentiment que l'analyse produite l'a été dès le départ, donnant l'illusion qu'une compréhension fine et complète est possible *a priori*, ce dont il ne se sent pas capable : et pour cause, cela est impossible. Seule une analyse rigoureuse et évolutive du cas, avec des allers et retours entre ce qui est compris et ce qui est observé peut conduire à un projet thérapeutique abouti.

VUE D'ENSEMBLE ET CONDENSÉ HISTORIQUE

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

Activité du Thérapeute	Fonction	Support
Recueillir des informations sur la personne et ses difficultés	Approcher une vie complexe	Entretiens, questionnaires et tests, questionnaire biographique (qui devront être dépouillés, analysés et restitués au patient), rédactions par patient
Organiser une Base de Données	Garder accès à cette masse d'informations	Anamnèse, Ligne de Vie, analyse diachronique
Formuler des hypothèses sur « l'Histoire d'Apprentissages »	Élaboration théorique du cas unique, faire un choix de cible argumenté	<i>Théorie Globale</i>
Recueillir des observations factuelles sur le Comportement – Problème	Description concrète et objective, quantifiée	(Auto) observation, feuille 5 colonnes, feuilles d'observation sur mesure
Identifier l'enchaînement des comportements à analyser dans leur contexte quotidien	Détecter Antécédents, Comportements et Conséquences	Analyse Topographique Analyse ABC
Formuler des hypothèses sur la nature des Stimuli et les contingences de Renforcement	Rendre « testables » les hypothèses sur les facteurs d'entretien	<i>Analyse Fonctionnelle</i>

Certains éléments de ce tableau seront explicités plus loin, en particulier avec le cas clinique de la fin.

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

Car nous avons besoin d'une compréhension du cas dans sa globalité, d'un résumé très condensé de toute l'histoire d'apprentissages de la personne, de la logique de sa vie qui l'a amené là où il en est aujourd'hui quand il vient nous consulter. On trouve dans la littérature l'expression Théorie Holistique chez Van Rillaer (2012), issue de la tradition flamande et néerlandaise (Hermans e.a., 2007). Nous préférons le terme de « **Théorie Globale de la Personne** », sur le modèle d'expressions comme « vision globale », « approche globale d'un problème ».

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

La Théorie Globale est une construction progressive d'une compréhension de la personne, cadre dans lequel viennent s'intégrer les éléments d'une histoire personnelle d'apprentissages, qui donne la logique des

troubles et dont découlent des hypothèses à explorer par des analyses fonctionnelles.

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

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

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

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

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

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

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

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

Voir clair en début de thérapie avec des cas aussi complexes est illusoire. Disposer d'un outil de formalisation progressive des problèmes

et des relations (de cause à effet, d'interaction, d'antériorité, etc.) entre ces problèmes, est indispensable.

OUTILS POUR ENTRER DANS LE DÉTAIL

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

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

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

Ces données détaillées vont être examinées avec le regard typiquement comportemental qui ne néglige jamais qu'un comportement ne se comprend que dans le contexte dans lequel il s'exprime. Elles peuvent alors être catégorisées pour aboutir à un découpage structuré. Cette « équation comportementale » comprend toujours les 3 termes : dans **quel contexte (S)**, **quelle réaction (R)**, avec **quelles conséquences (C)**.

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

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

«Le comportement est un sujet difficile, non pas parce qu'il serait difficile d'accès, mais parce qu'il est extrêmement complexe puisqu'il s'agit d'un processus (une suite d'actions), plutôt qu'une chose, on ne peut pas le faire arrêter pour l'observer. Un comportement est en cours en permanence, changeant, fluide, évanescent et de ce fait demande une grande ingéniosité technique et beaucoup d'énergie au scientifique» (Skinner, 1953)

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

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

L'ANALYSE FONCTIONNELLE À PROPREMENT PARLER

L'étape suivante est celle de l'**Analyse Fonctionnelle** au sens strict et étroit du terme : de quoi tel problème est-il fonction ? De quoi dépend-il ? Par quoi est-il contrôlé ?

C'est l'articulation entre les théories psychologiques et le cas clinique dans son devenir unique. Nous y formulons des hypothèses sur la nature des trois termes, en relation directe avec les connaissances des théories d'apprentissage.

Dans l'analyse fonctionnelle, l'hypothèse formulée procède des connaissances sur l'origine et le maintien de nos réactions et prédit quelles interventions thérapeutiques produiront un effet de changement (augmentation, diminution) souhaité dans le cas présent. Appliquer cette intervention va soumettre l'hypothèse au contrôle de l'expérience.

C'est utiliser les connaissances théoriques dans le cas clinique, essentiellement les deux modes d'acquisition des comportements, conditionnement classique ou « pavlovien » et conditionnement opérant ou « skinnerien ».

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

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

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

temps 1 Stimulus Neutre (SN) associé à

Stimulus InConditionnel (SIC) = > RéactionInConditionnelle (RIC)

temps 2 Stimulus Neutre seul = > Réaction (*semblable à RIC*)

nouvelle appellation :

Stimulus Conditionnelle (SC) = > Réaction Conditionnelle (RC)

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

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

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

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

Rappelons que la RC doit être renforcée, au moins de temps en temps, pour se maintenir au long cours (il faut présenter de temps en temps de la viande au chien pour qu’il continue à saliver au son de la cloche.) D’où l’importance cruciale du regard aiguisé du thérapeute comportemental cherchant les renforçateurs. Et rappelons alors en même temps une réalité de la vie de tout organisme qui apprend : si un comportement (problématique ou pas) a une présence dans le répertoire de comportements d’un, c’est qu’il est renforcé, sinon il disparaîtrait avec le temps (notion d’extinction).

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

RENFORCER OU AFFAIBLIR DES COMPORTEMENTS

		Effet sur le comportement	
		La probabilité d’apparition du comportement augmente	La probabilité d’apparition du comportement diminue
Conséquences du comportement dans l’environnement	Rajout d’un stimulus	Renforcement Positif <i>(approche) + S +</i>	Affaiblissement Positif <i>(évitement passif) + S-</i>
	Retrait d’un stimulus	Renforcement Négatif <i>(échappement) - S-</i>	Affaiblissement Négatif <i>- S +</i>
	Ajournement d’un stimulus (qui est donc attendu)	Renforcement Négatif <i>(évitement actif) o S-</i>	Affaiblissement Négatif <i>o S +</i>
	Aucune conséquence		Extinction
Commentaires	S + = stimulus appétitif S- = stimulus aversif	« positif » = comme en math : ajouté, en plus	« négatif » = comme en math : soustrait, retiré, en moins
	<i>entre () et en italiques : type de comportement</i>	<i>Renforcement, affaiblissement et extinction sont des processus</i>	Schéma adapté de Freixa i Baque, 1981

Ce schéma est une adaptation de Freixa i Baque (1981).

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

Rappelons que ces apprentissages se produisent en très grande majorité sans conscience claire de la part de la personne. Ils sont « non-sus » la plupart du temps.

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

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

$$Sd : R \longrightarrow C$$

Analyse fonctionnelle, versant opérant
<p><i>Sd : R (émotionnelle) = > Conséquences Positives (+ S +, - S-, o S-)</i> <i>(cognitive) Conséquences - Négatives (+ S-, - S +, o S +)</i> <i>(motrice)</i></p>

L'analyse topographique, puis A - B - C et S - R - C ont préparé l'analyse fonctionnelle qui, en utilisant lesø deux versants, conditionnement classique ou conditionnement instrumental, revient à assigner à chaque terme un statut théorique :

- la Réaction, est-ce un Répondant ou est-ce un Opérant ?
- le Stimulus, est-ce un Stimulus Conditionnel (SC), ou un Stimulus Discriminant (Sd) ?

– il n’y a pas de conséquence juste après la R? Alors on est dans le cas pavlovien (SC – RC), comme dans le cas de réactions émotionnelles intenses du deuil ou du stress post-traumatique

– il y a des Conséquences, on a alors une séquence skinnerienne et on les détaille :

– les Conséquences sont nécessairement

au moins une Conséquence positive (C +), sinon le comportement ne se maintiendrait pas,

au moins une Conséquence négative (C-), sinon la personne ne se plaindrait pas et ne viendrait pas consulter.

– les C +, peuvent consister en

– apparition ou augmentation d’un stimulus appétitif : + S +

– disparition ou diminution d’un stimulus aversif : – S-

– non-apparition d’un stimulus aversif attendu : o S-

– les C-, peuvent consister en

– apparition ou augmentation d’un stimulus aversif : + S-

– disparition ou diminution d’un stimulus appétitif : – S +

– non-apparition d’un stimulus appétitif attendu : o S +

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

Une description trop générale comme « l’évitement déduit l’anxiété » ne donne pas de clés suffisantes pour l’intervention thérapeutique. On utilise la notion de « stimulus essentiel », qu’il est important de rechercher : ce n’est peut-être pas l’eau qui est le stimulus anxiogène essentiel, mais la suffocation vécue à l’occasion de la confrontation douloureuse à l’eau. C’est donc (dans notre hypothèse) la confrontation à ce stimulus aversif que la personne cherche à éviter. La technique thérapeutique qui s’impose est alors l’exposition intéroceptive : des exercices de confrontation organisée aux stimuli internes : sensations corporelles, psychophysiologiques, peuvent être mis en place.

APPLICATIONS ET CAS CONCRETS

Vignette clinique

Appliquons ce que nous venons de voir à un cas clinique. Le patient est une adolescente (A) qui semble présenter une forme de phobie scolaire, se sentant dans l'incapacité de se rendre en cours. Elle se plaint de maux de tête, d'une fatigue chronique handicapante. Cet état inquiète sa mère, qui la garde volontiers à la maison, bien qu'elle comprenne que cette situation ne puisse pas perdurer, sa fille prenant un gros retard sur le plan scolaire. L'adolescente explique ne pas avoir le sentiment d'être une bonne élève, que ses résultats sont très moyens et qu'elle n'a pas d'intérêt majeur sur le plan des apprentissages (pas de matière motivante, pas de projet de vie professionnelle). Elle ajoute qu'elle est peu entourée et que ses relations aux autres sont peu investies : elle a notamment du mal à faire confiance.

Le thérapeute recueille ces premiers éléments, qui rendent compte de la situation problème actuelle et du contexte dans lequel le comportement problème s'exprime. Au fur et à mesure de la prise en charge, ce recueil de données est enrichi, permettant une compréhension affinée et donc plus juste.

En attendant des investigations complémentaires (cf. paragraphes précédents) nous pouvons déjà mettre en forme le cas clinique avec ce que nous avons compris pour l'instant concernant l'axe d'analyse historique, la Théorie Globale, provisoire, du tout début, ici encore très sommaire. Elle peut se faire sous forme de croquis, ou d'un résumé bref, un narratif :

La dégradation de ses résultats a amené une perte d'intérêt pour le travail scolaire. A. déprime lentement et est de plus en plus tendue. L'expression psychophysologique de ces tensions sont des maux de tête et la fatigue. Quand elle s'en plaint, sa mère la dispense d'école.

Nous demandons alors à A et à sa mère de faire des observations au jour le jour à l'aide d'une grille avec 5 colonnes : Situation/ R cognitive/verbale/ R physiologique et émotionnelle/ R motrice/ R motrice/ Conséquences.

Ces observations plus précises permettent de faire des hypothèses sur l'axe analyse du comportement dans le présent : l'Analyse Fonctionnelle d'un comportement qui pose problème chez cette adolescente :

– Sd : jour de classe (le Stimulus Différentiel (SA, delta) : jours sans classe)

– R : R verbale/cognitive : se plaint de maux de tête
R motrice : ne s'habille pas, reste au lit au réveil
R émotionnelle/physiologique : petite mine (ou a des maux de tête?)

– C + : attention et soins de la mère (+ S +)
agréablement occupé à la maison (télé, discussions mère) (+ S +)
pas d'école (o S-) (à préciser en quoi elle est aversive)
donc : hypothèses sur les facteurs de maintien du comportement

– C - : moins de camarades – S +
retard scolaire + S-

donc hypothèses sur les conséquences à plus long terme qui peuvent être des éléments de motivation

De ces hypothèses découlent les Interventions Thérapeutiques :

I. T : enlever + S + : les faire intervenir après / les rendre contingents à d'autres

Comportements ;

= – S - : aider à affronter ce qui fait peur (l'échec, le regard critique des autres, le travail scolaire difficile);

= – S + et + S - : utilisables pour augmenter la motivation à faire les efforts qu'impliquent une thérapie.

Ainsi, on a « bouclé » un cycle de la démarche empirique esquissée dans l'introduction :

– identification des plaintes formulées par le patient (absences scolaires);

– recueil des données par observation directe et/ou par la personne elle-même permettant au passage d'établir une ligne de base (nombre de jours à la maison / à l'école par semaine);

– prise en compte des connaissances actuelles, formulation d'hypothèses concernant l'origine et le maintien au fil du temps et dans le présent du trouble : le comportement problème (absences scolaires répétées) est maintenu par un processus de renforcement négatif = l'évitement de la confrontation aux difficultés scolaires et par un processus de renforcement positif = l'attention de la mère, le bon temps passé à la maison ;

– prédiction sur les techniques à utiliser découlant directement de ces hypothèses, discutées avec le patient pour faire un choix de techniques et de modalités d'application pour faire évoluer le comportement – problème

(exposition pour faire diminuer une peur du regard, de l'échec, aide scolaire temporaire pour dépasser des difficultés, etc.);

- mise en place du projet thérapeutique, application des techniques choisies;

- évaluation.

Puis pour terminer vous trouverez ci-dessous un tableau récapitulatif « Renforcer ou Affaiblir des comportements ». Il s'agit d'une version déployée du schéma de la page 9, avec des exemples chez l'enfant.

Renforcer ou Affaiblir des comportements						
N°	Notation technique	Procédure de conditionnement opérant	Nom usuel	Ce qui se passe après la R	Catégorie de comportement qui produit cet effet	Exemples courants des effets que produisent chez l'enfant les Conséquences de leur comportement
1	+ S+	Renforcement positif	Récompense	Une chose agréable pour la personne apparaît	Comportement d'approche	L'enfant chouine et réclame de plus en plus. Il obtient en général ce qu'il réclame. Si ce comportement 'réclamer' augmente avec le temps, il est alors considéré comme étant renforcé positivement. C'est le fait qu'il augmente qui prouve qu'il a eu renforcement
2	- S-	Renforcement négatif	(absent)	Une chose désagréable pour la personne s'arrête	Echappement	Un enfant qui a peur de l'eau tremble, se montre anxieux et pleure dans le bus qui amène la classe à la piscine. La maîtresse lui propose de rester près d'elle sur un banc, en spectateur, son anxiété retombe alors. Se montrer anxieux, pleurer, risquent d'augmenter. L'enfant fait donc l'expérience, il apprend, que par son comportement (pleurer et être anxieux) quelque chose de désagréable pour lui (aller dans l'eau) disparaît
3	o S-	Renforcement négatif	(absent)	Une chose désagréable ne se produit pas	Evitement actif	Ayant échappé une première fois à l'expérience d'aller dans l'eau, l'enfant peut craindre que la deuxième fois on le forcera plus. Alors il imagine des stratagèmes pour ne pas y aller du tout : il "oublie" son maillot de bain, par exemple. "Aller dans l'eau" (aversif, désagréable pour l'enfant) ne se produira pas. L'enfant a évité cette conséquence par une activité (laisser le maillot à la maison)
4	+ S-	Punition positive	Punition	Une chose désagréable apparaît	Evitement passif	Si la punition produit un effet réel, c'est donc que l'enfant ne fait plus ce qu'il faisait (il devient passif, le comportement est freiné, inhibé) et que l'adulte ne pensait pas adapté (couper les cheveux de sa petite sœur, grosses remontrances). Les punitions au quotidien ne produisent souvent pas beaucoup d'effet, car l'adulte voudrait surtout que l'enfant fasse autre chose, sans le lui indiquer clairement ("arrête de gigoter" au lieu de "reste un peu assis tranquille et regarde ces images"). En plus l'attention portée à l'enfant pourrait être un renforçateur
5	- S+	Punition négative	Privation	Une chose agréable quelconque est enlevée	Le comportement est (surtout) inhibé	Les parents arrêtent la télé si l'enfant suce son pouce ou est turbulent. la télé n'est pas un renforçateur de sucer son pouce. C'est une activité fréquemment concomitante. Et la télé est une activité "appétitive" pour l'enfant, qui est enlevé quand le comportement de sucer son pouce se produit. Ce comportement est alors susceptible de diminuer en fréquence
6	o S+	Extinction	"Ignorer"	Une chose agréable qui suit d'habitude est enlevée	Le comportement peut complètement ne plus apparaître	L'enseignant qui d'habitude porte son attention sur un enfant dès qu'il perturbe la classe, s'intéresse désormais aux autres enfants d'abord et il réoriente ensuite celui qui perturbe vers des tâches qui le valorisent. Si ces autres activités sont renforcées un temps, elles peuvent prendre la place du comportement perturbateur qui est alors considéré "éteint". S'il applique cette stratégie comportementale régulièrement, l'enfant est susceptible de devenir plus appliqué. Le comportement de l'enseignant de son côté en sera renforcé à son tour...

P.S. Il est important de réaliser que le phénomène de Renforcement Négatif ne fait pas partie de la conscience collective : il n'y a pas de mot quotidien pour le désigner. C'est la recherche psychologique fondamentale qui l'a mis en lumière. Il joue un rôle particulièrement important dans la constitution des comportements qu'on appelle auparavant "névrotiques".

CONCLUSION

Comprendre et aider un cas clinique demande un outillage intellectuel structuré qui formule clairement le cas, son histoire et son présent douloureux qui a fait consulter.

L'analyse comportementale (Théorie Globale et l'Analyse Fonctionnelle), permet l'application directe de connaissances scientifiques, en particulier les théories d'apprentissage, spécificité des TCC.

Commencer tôt à utiliser ces outils, aidera le jeune thérapeute à mettre en forme le cas clinique, condition pour une utilisation de bon aloi des techniques thérapeutiques comportementales et cognitives dont l'efficacité est éprouvée.

BIBLIOGRAPHIE

COTTRAUX, J. (1990). Les thérapies comportementales et cognitives, Paris, Masson, (et toutes les rééditions depuis).

CRASKE, M.G., HERMANS, D. ET VANSTEENWEGEN, D. (2006). Fear and Learning, From basic processes to clinical implications, American Psychological Association, Washington.

DE VRIES, H. (2008). Quelle fonction pour l'analyse fonctionnelle aujourd'hui ? », communication aux 36es Journées Scientifiques de l'AFTCC, 12-13 décembre 2008, Paris.

DE GROOT A.D. (1969). Methodology Foundations of Inference and Research in Behavioral Sciences. La Haye, Mouton.

FONTAINE O., FONTAINE PH. (2006). Guide clinique de Thérapie Comportementale et Cognitive, Retz, Paris.

FONTAINE O., YLIEFF M. (1981). L'Analyse fonctionnelle et raisonnement expérimental, Journal de Thérapie Comportementale de Langue Française, III, 2, 119-130.

FREIXA I BAQUÉ, E. (1981). Une mise au point de quelques concepts et termes employés dans le domaine du conditionnement opérant, L'Année Psychologique, 81, 123-129 (accessible depuis 2009 par internet (et légèrement retouché...!) : http://pagesperso-orange.fr/estevfreixa/terminologie_conditionnement.pdf

HERMANS, D, EELEN, P. ET ORLEMANS, H. (2007). Inleiding tot de gedrags-therapie (Introduction aux Thérapies Comportementales), Houten, Bohn, Stafleu van Loghum.

KANFER, F.H. ET SASLOW, G. (1969). Behavioral Diagnosis, in Franks, C.M. (ed), Behavior Therapy, Appraisal and Status, New York, McGraw Hill.

KAZDIN, A. E. (1982). Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings. New York: Oxford University Press.

LANG, P.J. (1977). Imagery in therapy: An information processing theory of emotional imagery, Psychophysiology, 16, 495-521.

RAMNERÖ, J. ET TÖRNEKE, N. (2008). The ABC's of Human Behavior, Behavioral Principles for the Practicing Clinician, New Harbinger Publications, Oakland.

VAN RILLAER, J. (2012). La nouvelle gestion de soi, Mardaga, Wavre.

SKINNER, B.F. (1953). Science and Human Behavior, New York, MacMillan.

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