

## L'approche comportementale

Mélinée Agathon <sup>(1)</sup> et Jacques Van Rillaer <sup>(2)</sup>

(1) *Ancienne Présidente de l'Association française de Thérapie comportementale*

(2) *Professeur à l'université de Louvain*

### RESUMÉ

L'approche comportementale est souvent victime de préjugés. Quelques-uns sont ici examinés et critiqués. Le noyau de l'approche comportementale se caractérise par sa méthode (l'utilisation de la méthodologie scientifique) et par son objet (le comportement, entendu au sens large du terme, ses facteurs environnementaux et physiologiques). La thérapie comportementale se caractérise par ce noyau. Elle vise à traiter les comportements problématiques de façon efficiente. Elle considère le client comme un collaborateur dans un travail de recherche et d'"expérimentations" comportementales.

*Mots-clés:* comportement, comportementalisme, thérapie comportementale, modification du comportement, thérapie cognitive.

### SUMMARY : The behavioral approach

The behavioral approach is frequently victim of prejudices. Some of these prejudices are examined and criticized. The core of the behavioral approach is characterized by its method (use of scientific methodology) and by its object ("behavior" understood in its wide meaning, its environmental and physiological factors). Behavior therapy is characterized by this core. It aims to treat efficiently problem behaviors. It regards the client as an associate in a research and "experimental" behavioral task.

*Key-Words:* behavior, behaviorism, behavio(u)r therapy, behavio(u)r modification, cognitive therapy.

L'approche comportementale peut se définir comme l'étude scientifique des comportements et de leurs facteurs. Utilisée en vue d'aider des personnes qui souffrent de troubles psychologiques, elle a permis le développement d'une "psychopathologie expérimentale" (Gelder, 1993) et de méthodes psychothérapeutiques, appelées "thérapies comportementales".

Des impulsions décisives à l'étude scientifique du comportement ont été les travaux psychophysiologiques de Pavlov, sur l'activité nerveuse supérieure, et les recherches des psychologues behavioristes sur l'apprentissage. Ces deux courants ont donné une place privilégiée à l'expérimentation. Avant d'exposer le noyau de l'approche comportementale, nous faisons une mise au point sur quelques préjugés relatifs au second courant, souvent jugé suspect et même pernicieux par des intellectuels européens.

### Quelques mises au point sur des préjugés

Le texte de John Watson "Psychology as the behaviorist views it", publié en 1913 dans la *Psychological Review*, est souvent considéré comme l'acte de naissance du comportementalisme. En fait, l'approche comportementale, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, s'est développée avant Watson et a considérablement évolué après lui. Parmi les prédécesseurs, on peut citer entre autres Thorndike, à qui on doit la "loi de l'effet" (1898), ou

Pillsbury, qui déjà en 1911 définissait la psychologie comme la “science du comportement”. Dès 1908, Henri Piéron déclarait, dans sa leçon inaugurale à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes: “Les recherches de la psychologie porteront sur l'activité des êtres et leurs rapports sensori-moteurs avec le milieu, sur ce que les Américains appellent *the behavior*, les Allemands *das Verhalten* (...), sur ce que nous sommes en droit d'appeler le *comportement* des organismes”.

Watson est souvent présenté de façon caricaturale, comme un positiviste qui voyait l'homme tel un animal sans conscience et sans processus cognitifs. En réalité, s'il a proposé de mettre entre parenthèses les phénomènes privés, c'est faute de pouvoir à son époque les étudier de façon objective. Il n'a cependant pas nié leur importance. Il terminait son célèbre manifeste en disant: “Quand nos méthodes seront mieux développées, il deviendra possible de se lancer dans des investigations de formes de comportement plus complexes — telles que l'imagination, le jugement, le raisonnement et l'invention. Les problèmes que nous mettons de côté reviendront au premier plan, mais ils seront vus sous un angle nouveau et dans le cadre de dispositifs plus concrets”.

Le comportementalisme ne peut être réduit aux écrits de Watson. Dans un courant qui se définit avant tout par l'adoption des règles de la scientificité, il ne peut être question d'une doctrine intangible ni d'une autorité détentrice du savoir. Après Watson, des chercheurs tels que Guthrie, Tolman, Hull, Skinner, Mowrer, Bandura et beaucoup d'autres ont réalisé des travaux très différents et d'un intérêt considérable pour les sciences humaines.

La psychologie watsonienne peut se symboliser par la formule “S-R”, stimulus-réponse. Cependant, dès 1923 Tolman a affirmé la nécessité d'étudier les comportements comme des réponses permettant d'atteindre des buts. Il a proposé la formule “S<sub>1</sub>-R-S<sub>2</sub>”, dans laquelle S<sub>2</sub> représente la stimulation recherchée. En 1925, Woodworth, prenant en compte les facteurs internes à l'“organisme”, a proposé l'équation “S-O-R”. Skinner a démontré de façon minutieuse le rôle déterminant, dans l'élaboration du comportement, des conséquences de celui-ci (la formule qui résume ses analyses est “S-R-C”). Il a tout à fait reconnu l'importance des événements internes, en particulier les comportements cognitifs.

La science du comportement n'est pas par nature une psychologie déshumanisée. Comme d'autres sciences, elle donne du pouvoir et celui-ci peut s'utiliser à de multiples fins. Quand on examine son histoire, on constate que beaucoup de ses représentants ont été très préoccupés de la responsabilité qu'entraînent le savoir et le pouvoir. Ceux-ci ont cherché à mettre leurs découvertes au service de la population, en améliorant l'enseignement, la psychothérapie, la gestion de soi ou la vie dans des institutions psychiatriques. Dans aucun autre courant de psychologie ou de thérapie, il n'y a eu autant de réflexions sur l'éthique des interventions psychologiques, le contrôle des individus par d'autres, les moyens de “contre-contrôler” des pouvoirs visibles et des conditionnements cachés, l'importance de changer les environnements physiques et sociaux. Dans la plupart des grands traités de thérapie ou de modification comportementales, se trouve un chapitre qui aborde ces questions de façon détaillée.

## **Le noyau de l'approche comportementale**

L'approche comportementale se caractérise avant tout par sa *méthode*, à savoir la démarche scientifique. Ses partisans savent que des approches intuitives, littéraires ou philosophiques font parfois mieux “comprendre” des êtres de chair et de sang. Toutefois ils estiment que les faits et les relations mis en évidence au terme de recherches expérimentales fournissent *in fine* des modèles mieux vérifiés et plus efficaces. Leurs modèles sont comme des cartes géographiques : celles-ci ne sont ni le paysage réel, ni sa représentation esthétique ; elles sont des formalisations qui présentent les voies à emprunter pour atteindre des objectifs.

L'*objet* de l'approche comportementale est le comportement et ses déterminants. Le mot “comportement” est entendu ici au sens large. Il désigne toutes les activités signifiantes, celles-ci présentant toujours trois dimensions : cognitive, affective et motrice. Les comportements dans lesquels la dimension cognitive apparaît prédominante sont appelés des

comportements cognitifs ou des cognitions. De la même façon on parle de comportements moteurs ou d'actions, de conduites affectives (émotionnelles) ou d'affects (émotions).

Les psychologues d'orientation scientifique prennent généralement en compte les variables suivantes : les stimuli environnementaux, les cognitions, les affects, les actions, les conséquences (éprouvées, observées ou imaginées) de comportements (cognitifs et moteurs), l'état de l'organisme (par exemple le degré d'activation physiologique). Ils diffèrent entre eux par l'importance qu'ils attachent à chacune de ces variables. Les "béhavioristes radicaux" insistent particulièrement sur le rôle des stimuli antécédents, des actions et des renforçateurs. Selon eux, l'explication *ultime* des conduites ("cognitives", "affectives" ou "motrices") se trouve dans les relations présentes et passées entre la personne et ses environnements. (Le qualificatif "radical" ne signifie pas pour eux la négation du cognitif, mais le fait que les comportements "privés" n'ont pas un statut particulier par rapport aux "manifestes"). Les "cognitivistes" insistent avant tout sur les cognitions. Pour eux, l'explication *ultime* des conduites réside dans la manière dont la personne traite les informations. Ceux qui entendent intégrer les apports de ces deux courants estiment que toutes les variables mentionnées ont essentielles. Dans leur optique, l'être humain est conditionné par des informations en provenance de son milieu, mais il a le pouvoir de sélectionner des informations et de les transformer ; il peut également, dans certaines limites, changer l'environnement et modifier activement ses propres réactions.

Insistons sur le fait que les comportementalistes accordent de l'importance aux cognitions, mais qu'ils refusent les explications "mentalistes". Une des raisons principales de l'avènement de l'approche comportementale est précisément la dénonciation de la pratique, extrêmement fréquente, d'expliquer des conduites par des entités mentales inobservables (facultés de l'âme, traits de caractère, désirs inconscients, refoulements, complexes, etc.). Dire qu'une personne se mutile à cause de sa pulsion de mort, parce qu'elle retourne contre elle-même son instinct d'agression ou parce que son surmoi est sadique, c'est se contenter d'une pseudo-explication du même ordre que la "virtus dormitiva", mise en scène par Molière, pour "expliquer" que l'opium fait dormir. Pour le behavioriste watsonien, il faut examiner les stimuli présents et les conditionnements passés. Pour le comportementaliste d'aujourd'hui, il faut en outre rechercher une série de renforcements subtils, actuels et passés, ainsi que des croyances, des processus cognitifs et des mécanismes physiologiques. Il examinera par exemple si l'automutilation permet de "contrôler" l'entourage, si elle a pour fonction d'échapper à des crises de panique et, dans ce cas, où, quand, comment et pourquoi ces crises se produisent.

## L'approche comportementale en thérapie

Vers 1960, les conceptions de la psychothérapie provenaient essentiellement de la psychanalyse. Ce modèle est alors entré en crise, surtout dans les pays anglo-saxons. Tant la théorie que le pouvoir curatif de la psychanalyse ont été de plus en plus remis en question, non seulement par des chercheurs — dont Eysenck fut la figure de proue —, mais même par des psychanalystes, tels que Wolpe, Ellis et Beck (cf. Wolpe, 1963 ; Van Rillaer, 1980 ; Eysenck, 1994). On observe à ce moment-là une révolution scientifique et l'émergence de deux nouveaux paradigmes : la thérapie comportementale et la thérapie cognitive.

La thérapie comportementale, contrairement aux autres courants de psychothérapie, n'est pas l'œuvre d'un Père-fondateur. Elle est née dans différents pays (Etats-Unis, Afrique du Sud, Angleterre) à la même époque. L'expression "behavior therapy" a été employée par la première fois en 1953, par Lindsley, Skinner et Solomon, pour désigner l'utilisation de principes de l'apprentissage opérant avec des patients psychotiques. Arnold Lazarus a employé la même expression en 1958 en parlant de la nécessité d'ajouter, aux techniques psychothérapeutiques alors en vogue, des procédures dérivées de la psychologie expérimentale, en particulier la désensibilisation systématique de Wolpe. C'est Eysenck qui a été le principal promoteur du terme "behavior therapy". En 1959 il publie un article, qui fera date, dans lequel il désigne par cette expression l'utilisation de la théorie moderne de l'apprentissage pour expliquer et traiter des troubles psychologiques. Il oppose alors la "behavior therapy" à la "psychothérapie". (Cette

dichotomie ne s'est pas imposée : aujourd'hui on définit la thérapie comportementale comme une forme de psychothérapie, l'Association anglaise s'appelle précisément *British Association for Behavioural Psychotherapy*). En 1960 Eysenck publie le premier livre dont le titre contient cette expression : *Behaviour therapy and the neuroses*. Au cours des années 60, les publications sur ce sujet, recensées dans les *Psychological Abstracts*, prennent une allure exponentielle. La première recension paraît en 1961. Le nombre s'élève à 14 en 1965, à 132 en 1969, à 613 en 1972. Cette année-là, le nombre dépasse pour la première fois celui des recensions de publications psychanalytiques (N = 583) (Hoon & Lindsley, 1974).

La thérapie comportementale se spécifie par sa *méthode* : elle applique les règles de la recherche scientifique, tout en veillant au respect des personnes. L'exigence de scientificité se retrouve à plusieurs niveaux.

- La thérapie comportementale se base sur un corpus de recherches expérimentales, de plus en plus vaste et solide au fil du temps. Aujourd'hui les travaux sur l'apprentissage restent une référence majeure, mais s'y sont ajoutées de nombreuses connaissances sur les processus cognitifs, affectifs et sociaux.

- Au cours de ses interventions, le praticien adopte à la fois une attitude de bienveillance et de chercheur. Il rassemble des observations avec beaucoup de soin, il considère ses analyses et interprétations comme des hypothèses, il propose au client de faire des observations systématiques et d'«expérimenter» pour tester des hypothèses, il ne recourt pas à des explications «ad hoc» pour rester conforme à une doctrine, il change d'hypothèses quand les faits viennent les contredire.

- Les comportementalistes vérifient méthodiquement les effets de leurs interventions. Ils comparent l'évolution de clients de même type, traités par des méthodes différentes, en vue de découvrir quels sont les ingrédients les plus efficaces et lesquels sont inutiles. Ils essaient de préciser non seulement quelles procédures fonctionnent bien pour la moyenne des sujets, mais encore quelles sont celles qui fonctionnent le mieux pour tel type d'individus (par exemple les techniques utilisant la visualisation mentale ne conviennent qu'à certains). Ils se remettent en question quand les résultats sont médiocres (cf. par exemple Foa & Emmelkamp, 1983). Ils cherchent inlassablement à améliorer les procédures.

- Les comportementalistes savent que leurs propres comportements sont fonction de multiples variables, dont certaines sont difficilement accessibles. Ils s'efforcent de les observer de façon objective et de les modifier quand c'est souhaitable. Ils analysent par exemple les renforcements réciproques qui opèrent de façon subtile dans leurs psychothérapies (Rosenfarb, 1992).

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

L'*objet* d'étude de la thérapie comportementale ce sont évidemment les «troubles mentaux» — ou mieux : les «comportements problématiques» — et leurs facteurs.

Le modèle médical est pertinent pour expliquer et traiter une série de troubles psychiques qui résultent de dysfonctionnements biologiques, la dépression endogène par exemple. Toutefois sa transposition au domaine des troubles typiquement psychologiques — certaines phobies et compulsions par exemple — est généralement inadéquate. Le comportementaliste n'envisage pas d'emblée les réactions problématiques en termes de «symptômes» de maladies psychiatriques ou d'entités mentales sous-jacentes (pulsions en conflit, complexes, etc.). Il fait l'hypothèse qu'une partie des difficultés psychologiques proviennent d'anomalies génétiques ou de dysfonctionnements biologiques, et que d'autres résultent de facteurs sociaux et psychologiques, plus précisément : des conditionnements passés (par exemple des normes familiales intégrées de façon rigide), des conditions de vie actuelles (par exemple une

insuffisance de satisfactions affectives, de plaisirs sensoriels ou d'activités valorisantes), des modes de pensée dysfonctionnels (par exemple une tendance à absolutiser les désirs et à dramatiser les frustrations), un manque de compétences sociales, une insuffisance de l'habileté à résoudre certains problèmes existentiels, à réguler des impulsions et à affronter certaines situations stressantes.

Dans une perspective moins psychothérapeutique, certains comportementalistes ont préféré l'expression "behavior modification" (promue par Krasner et Ullman en 1965). Cette expression incite à relativiser la frontière entre les conduites "normales" et "pathologiques", elle suggère que tous les comportements s'expliquent et se modifient selon les mêmes lois psychologiques, elle permet de regrouper sous un même vocable l'ensemble des pratiques comportemento-cognitives (notamment la médecine comportementale, le biofeedback, l'enseignement programmé, des méthodes d'éducation, des stratégies d'autogestion, des formes d'organisation sociale). En pratique, le mot "thérapie" convient souvent mieux, du moins pour le public qui cherche une aide psychologique : il se comprend plus facilement et suscite moins de résistances. Par ailleurs l'expression "modification comportementale" est utilisée de façon peu rigoureuse. Tantôt elle est synonyme de "thérapie comportementale" (chez Kazdin par exemple), tantôt elle désigne des procédures d'apprentissage utilisables par des non-spécialistes de la psychologie, avec tous les types de populations (cf. Agathon, 1993).

La différence majeure entre les thérapeutes typiquement "comportementaux" et "cognitifs" réside dans l'importance relative accordée aux dimensions et aux déterminants du comportement. Les premiers insistent particulièrement sur l'apprentissage par le client d'une meilleure analyse des contingences environnementales des conduites, sur l'expérimentation concrète de nouvelles actions (la méthode de l'"exposition" étant le prototype de cette règle) et sur la modification active d'éléments du cadre de vie. Les seconds procèdent avant tout à une analyse méticuleuse des modes de pensée et à des exercices de restructuration cognitive. Cependant, chez les praticiens de la thérapie comportementale, à commencer par Wolpe, les comportements "cognitifs" (visualisations mentales, autoverbalisations, etc.) ont toujours été un objet d'investigation et un moyen thérapeutique. Chez les thérapeutes cognitifs, depuis Ellis et Beck, l'action et les "expérimentations comportementales" ont été largement reconnues comme nécessaires, notamment pour infirmer des croyances dysfonctionnelles et opérer des changements cognitifs solides (cf. par exemple Blackburn & Cottraux, 1988; Salkovskis, 1991). Ellis (1993) a même fini par rebaptiser son approche "thérapie comportementale rationnelle émotive".

L'expression "cognitivo-comportemental" traduit la volonté d'intégrer les deux points de vue. Elle a l'avantage de marquer la distance avec le behaviorisme watsonien. Elle a l'inconvénient de laisser le non-spécialiste croire à une absence d'intérêt pour la dimension affective. Elle a été adoptée notamment en France, un pays où l'usage de la raison est traditionnellement valorisé (le fondement des connaissances solides est, selon Descartes, le "je pense"; pour les empiristes anglais, c'est l'expérience sensible). Dans d'autres régions, les Pays-Bas par exemple, l'expression "thérapie comportementale" est utilisée sans plus, le mot "comportement" étant alors entendu au sens large, incluant les aspects cognitifs et affectifs.

L'*objectif principal* de la thérapie comportementale est d'aider les personnes, qui le souhaitent, à changer de façon *efficente* leurs modes d'action, leur façon de penser et leur environnement. Pour illustrer le souci d'efficience, citons une étude de Silove *et alii* (1990), qui montre que le nombre moyen de séances de thérapie était de 11 chez les comportementalistes et de 321 chez les thérapeutes d'orientation psychanalytique. La durée d'une thérapie dépend évidemment de divers facteurs, notamment les objectifs choisis par le client (simple changement d'un type de réactions, modification d'un style de vie, apprentissage d'une meilleure gestion de soi).

Dans une thérapie comportementale, le "client" n'est pas considéré comme un "malade" ou un "patient" qui "subit" un traitement. Il est un collaborateur actif, un "praticien scientifique", qui cherche à mieux résoudre des problèmes (cf. Van Rillaer, 1995). Il apprend à observer, quantifier, analyser des comportements et leurs contingences ; il "expérimente" de nouvelles actions et de nouveaux modes de pensée. L'approche comportementale se caractérise par la

souplesse d'adaptation aux situations particulières des personnes. Pour cette raison, elle se développe facilement dans des univers culturels fort différents (cf. Agathon, 1981).

Les thérapies comportementales, prenant appui sur une discipline qui évolue — la science du comportement —, elles ont déjà beaucoup changé au cours de leur courte histoire. Les théories et les procédures du futur sont imprévisibles, mais on peut raisonnablement penser que l'approche comportementale restera féconde pour aider à mieux vivre et à résoudre, dans la clarté et avec efficacité, une large variété de problèmes psychologiques.

## Références

- AGATHON M. - Intérêt de la pratique des thérapies comportementales dans les pays en voie de développement. *Psychopathologie Africaine*, 1981, *XVII*, 436-443.
- AGATHON M. - Thérapie comportementale. Dans: *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique* (sous la direction de J. Postel). Larousse, Paris, 1993, p. 564-566.
- BLACKBURN I. & COTTRAUX J. - *Thérapie cognitive de la dépression*. Masson, Paris, 1988.
- ELLIS A. - Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *The Behavior Therapist*, 1993, *16*, 257-258.
- EYSENCK H. - *Déclin et chute de l'empire freudien*. Trad., Ed. F.-X. de Guibert, Paris, 1994.
- FOA E. & EMMELKAMP P. (eds) - *Failures in behavior therapy*. Wiley, New York, 1983.
- GELDER M. - Au-delà de la méthode clinique : les applications de la psychopathologie expérimentale. Dans : P. Pichot & W. Rein (eds) *L'approche clinique en psychiatrie*. Synthélabo. Collection Les empêcheurs de penser en rond, 1993, vol. 2, p. 101-116.
- HOON P.W. & LINDSLEY O.R. - A comparison of behavior and traditional therapy publication activity. *American Psychologist*, 1974, *29*, 694-697.
- ROSENFARB I. - A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, 1992, *42*, 341-54.
- SALKOVSKIS P.M. - The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 1991, *19*, 6-19.
- SILOVE D., PARKER G. & MANICAVASAGAR V. - Perceptions of general and specific therapist behaviors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1990, *178*, 292-299.
- VAN RILLAER J.- *Les illusions de la psychanalyse*. Mardaga, Liège, 1980, 415 p., 4<sup>e</sup> éd. en 2019, 372 p. (Trad. espagnole: *Las ilusiones del psicoanálisis*. Ariel, Barcelona, 1985).
- VAN RILLAER J.- *La gestion de soi*. Mardaga, 1992, 348 p., Édition entièrement revue en 2019 .
- VAN RILLAER J. - *Les thérapies comportementales*. Morisset (Essentialis), Paris, 1995, 64 p.
- WOLPE J. - Psychotherapy: The nonscientific heritage and the new science. *Behaviour Research and Therapy*, 1963, *1*, 23-28.