



REVUE DE
MODIFICATION
DU
COMPORTEMENT

SOMMAIRE

- **Vers une théorie comportementale
des ruminations** 47
*Yves LAMONTAGNE
Yvan ROY
Sylvie ROBERT*

- **Modification d'un comportement
d'automutilation: une étude de cas** 57
Gilbert LEROUX

- **Congrès '78 — Moncton, mai 1978** 63

- **Index des auteurs des volumes 6 et 7** 65

- **Contenu des volumes 6 et 7** 67

REVUE DE MODIFICATION
DU
COMPORTEMENT

Revue trimestrielle publiée par l'A.S.M.C. Inc.

Directeur: André Soulières
Service de Psychologie
Hôpital Rivière-des-Prairies
7070 boul. Perras
Montréal, Qué.
H1E 1A4

*Conseil
D'Administration
De l'Association
Des Spécialistes
En Modification
Du Comportement
A.S.M.C. Inc.*

Président: Léonard Goguen
Secrétaire: JINETTE MARCIL-DENAUT
Trésorier: Gilbert Leroux
Vice-Présidente (Montréal): Rose-Marie Charest
Vice-Président (Québec): Robert Ladouceur
Vice-Président (Moncton): Thomas Leblanc
Vice-Président (Sherbrooke): Rodrigue Otis
Vice-Président (Nord-Ouest): Raymond Beausoleil

Port de retour garanti par A.S.M.C., 50 Crémazie O, suite 619, Montréal H2P 2T3

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec et Bibliothèque nationale du Canada

I S S N 0 3 8 3 - 0 5 6 X

Vers une théorie comportementale
des ruminations

YVES LAMONTAGNE (1)

IVAN ROY (2)

SYLVIE ROBERT (3)

RESUME

Après une brève analyse des définitions de la rumination et de la compulsion, les auteurs exposent les principales théories comportementales des ruminations qui sont réunies en quatre groupes: ruminations et anxiété, ruminations et désapprobation sociale, ruminations et estimation subjective anormale, ruminations et troubles de l'humeur. A la lecture de ces différentes théories, un modèle théorique vise à expliquer l'apparition, la persistance et la périodicité des ruminations. Selon les auteurs, les ruminations surviennent à la faveur d'un épisode dépressif ou anxieux, elles sont des réponses d'évitement d'une situation anxiogène, renforcées par la réduction de l'anxiété ou de la dépression, et elles disparaissent quand la dépression s'estompe ou au contraire devient brusquement plus sévère. Une étude clinique approfondie de chaque malade obsessionnel, doit maintenant permettre aux auteurs d'évaluer expérimentalement ces propositions théoriques.

La névrose obsessionnelle représente environ cinq pour cent de tous les problèmes névrotiques. Cette maladie se retrouve autant chez les hommes que chez les femmes, célibataires la plupart du temps; l'incidence est plus élevée chez les gens ayant une intelligence supérieure à la normale, appartenant à des classes sociales élevées et issus de familles rigides et autoritaires (Kringlen, 1965). Les théoriciens en apprentissage ont particulièrement porté leur attention sur l'origine des compulsions, mais l'explication des ruminations demeure un domaine théorique de la modification du comportement, très peu développé jusqu'à maintenant. Dans cet article, après avoir donné différentes définitions des ruminations, nous résumerons les diverses théories comportementales portant directement sur les ruminations et nous tenterons d'élaborer un modèle théorique expliquant l'apparition, la persistance et la périodicité de cette pathologie.

1. Directeur du Service de Recherche, hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
2. Département de Psychiatrie, université de Montréal.
3. Université René Descartes, CHU Ste-Anne, Paris.

DEFINITIONS

Certains auteurs ne font pas de distinction entre la rumination et la compulsions. Ainsi, Grimshaw (1965) rapporte que les ruminations sont des compulsions mentales anormales et Carr (1974) n'utilise que le terme "compulsion" qu'il subdivise en compulsions cognitives et compulsions motrices. D'autres, par contre, font une distinction entre les deux termes. Parmi ceux-ci, Kanner (voir: Walker, 1973) voit les ruminations comme des idées qui ne cessent de s'imposer irrésistiblement et douloureusement à la conscience, interrompent la séquence ordonnée de la pensée ou de l'action et sont ressenties par la personne comme asyntones et sans rapport avec son comportement habituel et qui pourtant ne peuvent être repoussées malgré leur caractère non naturel. Quant à Rachman (1971), il définit les ruminations comme des pensées répétitives, importunes et inacceptables qui peuvent entraîner des rituels de vérification ou un comportement d'évitement phobique. La définition des phobies internes par Marks (1969) ressemble étrangement à celle des ruminations par Rachman.

Enfin, Nemiah (1975) montre les différences et les similitudes entre les ruminations et les compulsions. Il décrit la rumination comme une idée ou une pensée et la compulsions comme un besoin ou une impulsion à l'action qui, lorsqu'exécutée, conduit à l'acte compulsif. La rumination et la compulsions sont donc des phénomènes cognitifs. La compulsions inclut en plus la notion d'impulsion qui entraîne souvent un phénomène moteur appelé acte compulsif ou rituel. Toujours selon Nemiah, la rumination et la compulsions ont certains traits communs: 1) une idée ou une impulsion s'impose à l'esprit du sujet avec force et persistance, 2) un sentiment de crainte anxieuse accompagne la manifestation principale et pousse souvent le sujet à prendre des mesures contre l'idée ou l'impulsion initiale, 3) la rumination ou la compulsions est asyntone, c'est-à-dire vécue comme étrangère et non comme une partie habituelle du vécu psychologique du sujet, 4) peu importante la force et la persistance de la rumination ou de la compulsions, les deux sont reconnues comme absurdes et irrationnelles par le malade, 5) et enfin, la personne souffrant de ces manifestations ressent un besoin d'y résister.

THEORIES COMPORTEMENTALES DES RUMINATIONS

Les théories de l'apprentissage énoncées jusqu'à maintenant, expliquent les ruminations en fonction de l'anxiété, de la désapprobation sociale, d'une estimation subjective anormale ou d'un trouble de l'humeur.

Ruminations et anxiété

En se basant sur une enquête de Pollitt (1957) qui rapporte que la sévérité et l'importance des symptômes obsessionnels s'accroissent lorsque l'anxiété et la tension augmentent, Wolpe (1958) fait de l'anxiété le facteur déterminant de la force et de la fréquence du comportement obsessionnel. Cependant, Wolpe sépare les ruminations qui augmentent l'anxiété de celles qui la diminuent.

RUMINATIONS

Selon lui, les ruminations qui augmentent l'anxiété font immédiatement suite à une situation anxieuse. Ainsi, un mécanicien avait l'impulsion de frapper les gens dès que son anxiété dépassait un niveau relativement bas. Lorsque la rumination survenait, il se sentait de plus en plus anxieux et s'enfonçait les mains dans les poches pour ne pas passer à l'acte. Il ressentit cette impulsion pour la première fois alors qu'il avait été emprisonné pendant 30 jours au cours de son service militaire. Onze ans plus tard, il fut à nouveau arrêté à la suite d'une altercation avec son épouse et éprouva les mêmes sentiments. Par la suite, l'idée de frapper les gens lui revint tant et plus; celle-ci pouvait se manifester à la moindre situation anxieuse. Quant au second type de ruminations, elles soulagent l'anxiété pendant au moins une courte période et peuvent prendre diverses formes: penser, mettre de l'ordre, se laver les mains, manger ou dépenser. Remarquons que Wolpe ne distingue pas ici la rumination de la compulsion. Ces ruminations peuvent donc diminuer l'anxiété qui augmentera cependant à nouveau, par la suite. A titre d'exemple de ruminations qui diminuent l'anxiété, il rapporte le cas d'une femme qui, chaque fois qu'elle était anxieuse, présentait des ruminations où elle avait à juger si un comportement était moralement bon ou mauvais. Jeune, elle avait été abusée par son père et la seule façon qu'elle avait trouvée pour apaiser temporairement son hostilité et sa propre anxiété, avait été d'avoir une bonne performance intellectuelle d'où l'excellence de ses résultats scolaires. Plus tard, juger les choses devint sa réponse automatique aux situations anxieuses.

La théorie de Rosen (1975) s'accorde avec celle de Wolpe. L'auteur propose cependant des facteurs différents pour les deux types de ruminations. Selon lui, les ruminations qui augmentent l'anxiété sont déterminées par la culpabilité alors que celles qui la diminuent sont déterminées par l'anxiété. Ainsi, un malade présentera des ruminations déterminées par la culpabilité ou l'anxiété selon qu'il aura appris à considérer ses pulsions agressives ou sexuelles.

Selon Rosen, les ruminations déterminées par la culpabilité ont un contenu déplaisant et autopunitif. La séquence suivante illustre le mécanisme: une incitation externe à la colère ou à la pulsion sexuelle provoque de la colère ou une pensée sexuelle qui entraîne de la culpabilité. Celle-ci amène l'apparition de la rumination ou de la compulsion qui diminue la pulsion et la culpabilité. Ce mécanisme n'est possible que si l'anxiété éveillée par la rumination est moins aversive que la culpabilité. La même séquence se retrouve pour les ruminations déterminées par l'anxiété sauf que la culpabilité est remplacée par l'anxiété. La rumination, dont le contenu est alors habituellement plaisant et rassurant, provoque une réduction de la pulsion et de l'anxiété.

Enfin, en se basant sur le fait que l'interruption d'une réponse compulsive fait apparaître de l'anxiété, de la culpabilité ou une autre pulsion, Dollard et Miller (1950) expliquent la névrose obsessionnelle de la même manière que la phobie: les obsessions et les rituels seraient des réponses d'évitement renforcées par la réduction de l'anxiété ou de toute autre pulsion. La réponse compulsive peut être le résultat d'essais et d'erreurs ou avoir été apprise dans des situations plus ou moins semblables. Cette réponse compulsive peut provoquer deux effets différents. Tout d'abord, elle peut engendrer un effet rassurant direct par association à un effet semblable ressenti dans l'enfance. C'est le cas de l'enfant qui a appris à éviter la critique de sa mère à propos de ses mains

sales en les lavant. Elle peut également susciter un effet rassurant indirect, soit en entraînant des pensées incompatibles avec celles causées par la peur ("j'ai lavé mes mains, donc elles doivent être propres" sera incompatible avec "peut-être que mes mains sont contaminées"), soit en ayant un effet de distraction; une femme effrayée par ses pensées sexuelles pourra, par exemple, s'occuper à compter ses battements cardiaques.

Ruminations et désapprobation sociale

Selon Taylor (1963), la caractéristique du comportement obsessionnel est qu'il entraîne une désapprobation sociale. Celle-ci provoque une réaction au niveau du système nerveux autonome, accompagnée d'une expérience émotionnelle de culpabilité. Cette réponse à la critique deviendra conditionnée à la performance de l'action compulsive et la rendra névrotique. En général, l'obsessionnel n'arrive pas à faire taire la critique, finit par en admettre la justesse et apprend à condamner ses propres actions. Si les stimuli qui entraînent la réponse compulsive sont externes, le sujet peut tenter de les éviter; il ressent alors de l'anxiété en plus de la culpabilité. Par contre, s'il tente de les éviter, il s'expose à leur représentation symbolique; il lui est alors difficile d'éviter une représentation symbolique de la réponse et du renforcement qui suit habituellement. Le processus est alors internalisé: c'est la rumination.

Ruminations et estimation subjective anormale

En se basant sur ses propres études (Carr, 1970, 1971), Carr (1974) conclut que le malade obsessionnel fait une estimation subjective anormalement élevée de la probabilité d'une conséquence défavorable. Cette conclusion est supportée jusqu'à un certain point par l'étude de Steiner (1972) qui a démontré que les obsessionnels prenaient moins de risques que des sujets normaux et d'autres malades psychiatriques. Carr suppose que le danger ou la menace est fonction de l'estimation subjective de la dangerosité d'un événement. Comme les obsessionnels font une estimation subjective anormalement élevée de la probabilité d'une conséquence préjudiciable, toutes les situations potentiellement dangereuses vont constituer une grande menace et provoquer de l'anxiété. Les comportements compulsifs deviennent des activités réduisant la menace parce qu'ils en diminuent la probabilité subjective. La façon cérémoniale avec laquelle sont accomplis les comportements compulsifs sert encore à diminuer la probabilité. Ainsi, dans le cas de lavage compulsif des mains, par peur d'une conséquence indésirable (la contamination), le fait de se laver selon un rituel précis et dans un ordre spécifique fera que le malade sera certain que tout a été bien fait et que rien n'a été oublié; de cette façon, la diminution de la probabilité et de l'anxiété renforce le comportement compulsif. Les compulsions cognitives ou ruminations n'apparaissent que lorsqu'aucun comportement externe ne peut réduire le danger; c'est leur contenu et non leur répétition qui est anormal, car la répétition est en rapport avec le degré de danger ou de menace. Carr précise que sa théorie ne nie pas que des symptômes compulsifs puissent être le résultat d'un apprentissage traumatique, comme le suppose Metzner (1963), mais il affirme que de tels cas sont rarement démontrables et qu'ils peuvent facilement être expliqués par son modèle théorique.

RUMINATIONS

Ruminations et troubles de l'humeur

Pour sa part, Rachman (1971) souligne que les ruminations ont un élément endogène plus grand que les phobies et s'associent plus souvent à la dépression alors que l'anxiété accompagne davantage les phobies. Les ruminations peuvent causer une sensibilisation à cause de leur répétition et de leur signification spéciale. Cette sensibilisation pourra être facilitée par les troubles de l'humeur, particulièrement la dépression. Théoriquement, le cercle peut être interrompu en restaurant l'humeur ou en habituant le malade à ses ruminations. Si l'équilibre est rétabli, il pourrait y avoir à nouveau sensibilisation pour une nouvelle perturbation de l'humeur (dépression et/ou excitation) ou par un nouveau stimulus intense. Selon cet auteur, le cycle répétitif des ruminations commence durant ou peu après une période de stress ou de conflit, au cours de laquelle le malade éprouve de l'agitation et de la dépression. La persistance des ruminations après la disparition de la dépression, proviendrait d'un niveau d'excitation trop élevé ou de la survenue d'un stimulus trop intense. Toujours selon Rachman, il se peut enfin que les ruminations soient renforcées par la ré-assurance qu'obtient le malade. Très récemment, Rachman (1976) a affiné sa formulation en introduisant le concept que les ruminations produisent de l'inconfort, mais qu'en même temps, elles représentent des tentatives pour "remettre les choses à l'endroit". L'auteur rapporte, de façon très brève malheureusement, que ces tentatives provoquent une réduction de l'anxiété et/ou de l'inconfort, ce qui renforce, au moins partiellement, le comportement obsessionnel.

De leur côté, Beech et Perigault (1974) font également des troubles de l'humeur, les premiers maillons de la chaîne conduisant aux rituels. Selon eux, les obsessionnels semblent présenter une plus grande détérioration de l'humeur devant les vicissitudes de la vie. Ces auteurs croient que les obsessionnels font preuve d'un état anormal et fluctuant d'excitation ou d'éveil ("arousal"), qui se manifeste par des émotions fortes. Cet état varie dans le temps et selon les événements. Le malade, enclin à des changements importants de l'humeur, cherchera à les expliquer et, devant l'absence de causes externes réelles, créera une fiction à partir de certains événements; il développera des idées pathologiques: les ruminations, et, des anomalies dans son comportement objectif: les rituels ou les conduites d'évitement. Beech et Perigault font appel à trois notions pour expliquer le développement des idées et des comportements obsessionnels: ce sont l'habituation, l'effet Napalkov et certaines possibilités associatives.

L'habituation se définit comme une diminution de la réponse à une stimulation répétée. Les obsessionnels seraient caractérisés par leur niveau anormalement élevé d'excitation et par un trouble de l'habituation. Ils ont tendance à l'excitation exagérée et les états qui s'ensuivent peuvent atteindre des niveaux critiques; à ce moment, une nouvelle stimulation peut produire une augmentation d'excitation, au lieu d'une diminution. Cette augmentation peut survenir si une stimulation arrive durant la période de récupération d'une stimulation antérieure, car tout organisme montrant une récupération lente restera vulnérable pendant une plus longue période de temps. Les individus montrant une excitation élevée et une récupération lente, présenteraient des fluctuations spontanées plus fréquentes de leur état d'excitation. Il y aurait alors plus de chances que des connec-

tions se produisent entre l'état détérioré de l'humeur et les événements de l'environnement. Quant à l'effet Napalkov, celui-ci inclut l'apprentissage en un essai et l'"augmentation paradoxale" ("paradoxical enhancement"). L'apprentissage en un essai s'obtient par une seule présentation d'un stimulus conditionnel avec un stimulus inconditionnel. L'augmentation paradoxale se réfère à des augmentations de réponse, attribuables à l'exposition à un stimulus conditionnel non renforcé, suivant une période initiale d'association d'un stimulus conditionnel et d'un stimulus inconditionnel. Dans une expérience chez le chien, Napalkov (voir: Eysenck, 1967) fit une présentation classique SC-CI. Au cours de l'extinction, seul le stimulus conditionnel était présenté à des intervalles de 3 à 5 minutes. Les présentations successives du stimulus conditionnel entraînèrent une augmentation paradoxale et graduelle de la tension artérielle qui persistait plusieurs mois après la fin de l'expérience. Chez les obsessionnels, un seul événement important dans l'environnement, la phase d'excitation critique étant atteinte, peut fournir la charpente cognitive autour de laquelle ces malades organisent leurs comportements anormaux, et devenir une connection permanente et durable. Enfin, en ce qui a trait aux possibilités associatives, les auteurs rapportent seulement qu'elles permettent la connection entre les troubles de l'humeur et certains événements ou indices de l'environnement.

DISCUSSION

A l'analyse des différentes théories comportementales des ruminations, deux d'entre elles ressortent particulièrement; ce sont celles qui expliquent les ruminations en fonction de l'anxiété et des troubles de l'humeur, particulièrement de la dépression. En effet, l'impression de désapprobation sociale et l'estimation subjective anormalement élevée, peuvent faire partie tout aussi bien de la dépression que de tout état anxieux.

Le modèle théorique que nous proposons veut expliquer l'apparition, la persistance et la périodicité des ruminations. A notre avis, les ruminations surviennent pour la première fois lors d'un épisode dépressif ou anxieux. Deux exemples cliniques permettront d'illustrer notre hypothèse. Une première patiente fit remonter l'origine de ses ruminations au moment où son mari lui confessa avoir une maîtresse. Elle devint alors très déprimée pendant quelques semaines, mais, en se levant un matin et en voyant son mari endormi, elle eut l'idée de le tuer pour l'empêcher d'aller vivre avec cette femme. A partir de cet instant, la rumination de tuer son mari ou ses enfants apparut entre 25 et 50 fois par jour. La malade rapporta cependant qu'avec la survenue des ruminations, sa dépression s'estompa graduellement. En neuf ans, cette rumination ne disparut qu'à une seule reprise pendant quelques mois, lorsque son conjoint la quitta définitivement; elle avait alors présenté un épisode dépressif avec tentative de suicide.

Le second malade nota que sa rumination de compter apparut alors qu'il était très anxieux à l'idée de prendre l'avion par une journée de tempête. En attendant le départ, il se mit à compter dans sa tête pour "oublier". A son étonnement, il se sentit soulagé à un point tel qu'il continua ce stratagème au cours du vol.

RUMINATIONS

L'analyse comportementale révéla que la fréquence des ruminations augmentait de beaucoup lorsqu'il était particulièrement anxieux.

A partir de ces constatations chez ces deux malades et chez d'autres, nous croyons que les ruminations se développent comme les phobies et qu'elles sont des réponses d'évitement d'une situation anxiogène, renforcées par la réduction de l'anxiété ou de la dépression.

Voyons maintenant comment ce modèle théorique explique le contenu des ruminations. Pour ce faire, revenons à nos deux exemples cliniques. Chez la première malade, les ruminations diminuaient les signes objectifs de dépression, mais augmentaient fortement son anxiété. En effet, à l'examen, la patiente présentait des signes d'anxiété sévère: faciès rouge, spasmes musculaires, palpitations et rythme cardiaque accéléré. L'anxiété était en fait le prix consenti pour l'expression de sa haine et sa culpabilité était diminuée car le caractère involontaire, incoercible, inacceptable de la rumination protégeait la patiente de ses propres reproches. On comprend alors que le contenu des ruminations fût déplaisant comme Rosen (1975) l'a montré. Quant au second malade, le contenu des ruminations n'était pas désagréable car celles-ci servaient à réduire l'anxiété, ce qui va dans le sens de la théorie de Wolpe (1958), et en outre, elles représentaient des réponses d'évitement; en ce sens, elles s'apparentent au comportement du phobique. Cette constatation confirme également la théorie de Dollard et Miller (1950).

Enfin, tentons d'expliquer la périodicité des épisodes obsessionnels. Il semble que les ruminations de la première malade aient surgi à la faveur et au décours d'un épisode dépressif, comme si l'apparition des ruminations prévenait la persistance du syndrome dépressif. Il s'agit donc d'une réaction d'évitement de la dépression (Dollard et Miller, 1950) et d'une tentative pour "remettre les choses à l'endroit", ce qui corrobore aussi la proposition de Rachman (1976). De là, on conçoit que les ruminations diminuent ou disparaissent quand la dépression s'estompe après traitement (Rachman, 1971) ou spontanément, comme c'est parfois le cas (Robert et Lamontagne, 1977), soit encore quand une nouvelle déception ravive la dépression. Ce dernier aspect va à l'encontre de la théorie élaborée par Rachman en 1971, mais s'accorde tout à fait avec sa dernière théorie (Rachman, 1976). En effet, les ruminations obsessionnelles de la malade disparurent lors de sa dépression sévère quand son mari la quitta définitivement. La disparition des ruminations témoigne de l'impossibilité de tout évitement et de "remettre les choses à l'endroit". Le suicide resta alors sa seule échappatoire.

En conclusion, ce modèle théorique semble plus global que ceux qui ont été présentés jusqu'à maintenant et tient compte de certains facteurs énoncés par différents théoriciens. Bien sûr, cette hypothèse se doit d'être évaluée expérimentalement; c'est pourquoi chaque malade obsessionnel traité dans notre unité fait maintenant l'objet d'une étude clinique approfondie.

REFERENCES

- Beech, H.R. et Perigault, F. Toward a theory of obsessional disorder. In Beech, H.R. (ed.) *Obsessional states*, 1974, 113-144, Londres: Methuen.
- Carr, A.T. *A psychophysiological study of ritual behaviour and decision process in compulsive neurosis*. Unpublished doctoral dissertation, Angleterre: University of Birmingham, 1970.
- Carr, A.T. Compulsive neurosis: two psychophysiological studies. *Bulletin of the british psychological society*, 1971, 24, 256-257.
- Carr, A.T. Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychological bulletin*, 1974, 81 (5), 311-318.
- Dollard, J. et Miller, N.E. *Personality and psychotherapy. An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill Book, 1950, 163-165.
- Eysenck, H.J. Single-trial conditioning, neurosis and the Napalkov phenomenon. *Behaviour research and therapy*, 1967, 5, 63-65.
- Grimshaw, L. The outcome of obsessional disorder. A follow-up study of 100 cases. *British journal of psychiatry*, 1965, 111, 1051-1056.
- Kringlen, E. Obsessional neurotics. A long-term follow-up. *British journal of psychiatry*, 1965, 111, 709-722.
- Marks, I.M. *Fear and phobias*. New York: Academic Press, 1969.
- Metzner, R. Some experimental analogues of obsession. *Behaviour research and therapy*, 1963, 1, 231-236.
- Nemiah, J.C. Obsessive-compulsive neurosis. In Freedman, A.M., Kaplan, H.I. et Sadock, B.J. (Eds) *Comprehensive textbook of psychiatry*, second edition, 1975, 1, Baltimore: Williams and Wilkins.
- Pollitt, J. Natural history of obsessional states: a study of 150 cases. *British medical journal*, 1957, 1, 194-198.
- Rachman, S. Obsessional ruminations. *Behaviour research and therapy*, 1971, 9, 229-235.
- Rachman, S. The modification of obsessions: a new formulation. *Behaviour research and therapy*, 1976, 14, 437-443.
- Robert, S. et Lamontagne, Y. Traitement comportemental de la dépression. In R. Ladouceur, L. Granger et M.A. Bouchard (Eds) *Principes et applications des thérapies comportementales*, 1977, 417p., Ste-Hyacinthe: Edisem

RUMINATIONS

- Rosen, M. A dual model of obsessional neurosis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1975, 43 (4), 453-459.
- Steiner, J. A questionnaire study of risk-taking in psychiatric patients. *British journal of medical psychology*, 1972, 45, 365-374.
- Taylor, J.G. A behavioural interpretation of obsessive-compulsive neurosis. *Behaviour research and therapy*, 1973, 1, 237-244.
- Walker, V.J. Explanation in obsessional neurosis. *British journal of psychiatry*, 1973, 123, 675.
- Wolpe, J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press, 1958.

Attention! Cliniciens, enseignants et étudiants!

TRUDEL, G. et LAMONTAGNE, Y. (Eds.)
Modification du comportement en milieu clinique et en éducation.
 Montréal: Association des spécialistes en modification du com-
 portement, 1975.

Cette publication en français constitue une source d'information très pertinente pour le lecteur francophone, tant professionnel qu'étudiant.

Les textes sont de:

- | | |
|---|--|
| Joseph Cautela | Processus de conditionnement par provocation d'images et modification du comportement; traduit par Léonard J. Goguen et Luc Granger. |
| Johann Stoyva | La réponse de combat ou de fuite peut-elle être modifiée? Traduit par Gilles Trudel. |
| Ray J. Hodgson | Traitement et classification des troubles obsessionnels-compulsifs; traduit par Yves Lamontagne. |
| Michael Serber | La rééducation sexuelle; traduit par Michel Boulard. |
| Stanley M. Sapon | L'établissement et le raffinement du comportement verbal chez des enfants qui ne parlent pas; traduit par André Soulières et Jacques Déom. |
| Roger Ulrich,
Lee Hunt Secker,
Carole Ulrich
et Kay L. Mueller | La modification du comportement dans l'éducation préscolaire: quelques études et une expérience; traduit par Jacques Naud. |

Ce document sur la Modification du comportement se mérite une place de choix dans toute bibliothèque sur le sujet.

Pour obtenir une copie de ce livre, faites parvenir, à l'adresse suivante, vos nom et adresse ainsi qu'un chèque ou mandat de \$4.75, à l'ordre de l'A.S.M.C.

A.S.M.C. 6983 rue David D'Angers Ville d'Anjou, P.Q. H1M 1X0

Modification d'un comportement
d'automutilation: une étude de cas

GILBERT LEROUX

Institut Doréa

RESUME

L'automutilation est un comportement souvent observé en milieu institutionnel et elle pose de sérieux problèmes d'intervention. La présente étude de cas démontre qu'une procédure aversive de surcorrection, associée à une procédure de renforcement positif, a permis la disparition totale d'un comportement d'automutilation chez une petite fille mongolienne de 5 ans.

Il est fréquent de rencontrer en milieu institutionnel des enfants qui émettent des comportements d'automutilation: se frapper la tête contre les murs, se taper à la figure, se jeter contre les meubles. Ces comportements ont pour effet de mobiliser une très grande quantité d'attention du personnel en place puisqu'il y a danger de lésions corporelles et même mort dans certains cas. La plupart des auteurs mentionnent que les comportements d'automutilation sont appris et maintenus par leurs conséquences (Bachman, 1972; Lovaas, Freitag et Gold, 1965; Lucero, Frieman, Spoering et Fehrenbacher, 1976; Schaefer, 1970; Wolf, Risley et Mees, 1964).

Une grande quantité de méthodes ont été employées pour tenter d'éliminer ce comportement. Une étude de Corte, Wolf et Locke (1971) révèle que la procédure d'extinction est peu efficace dans de tels cas. Des procédures d'isolement et de renforcement différentiel se sont avérées relativement efficaces pour réduire les comportements d'automutilation, mais n'ont pas réussi dans la plupart des cas, à éliminer complètement ces comportements (Tanner et Zeiler, 1975; Wolf *et al*, 1974).

Les procédures à composantes aversives se sont révélées dans l'ensemble plus efficaces pour réduire et éliminer définitivement les comportements d'automutilation (Corte *et al*, 1971; Lovaas *et al*, 1965; Lovaas et Simmons, 1969; Risley, 1968; Tate, 1972). Ces techniques étant très efficaces, elles constituent, de ce fait, un renforcement pour ceux qui les emploient et portent souvent à l'abus. L'utilisation de chocs électriques (Risley, 1968) et de vapeurs d'ammoniac (Tanner et Zeiler, 1975) soulève des questions d'éthique et de valeurs personnelles. La question demeure: doit-on laisser l'enfant continuer à s'autodétruire, ou l'en empêcher par des techniques qui, plus souvent qu'autrement, contribuent à résoudre un problème sérieux, sans pour autant en causer de plus graves?

GILBERT LEROUX

Measel et Alfieri (1976) tentent d'éliminer le comportement d'automutilation par le renforcement d'un comportement incompatible. Cette technique s'avère très peu efficace comme le démontre aussi l'étude de Lucero et ses collaborateurs (1976). Par contre, dans cette même étude, Measel et Alfieri (1976) parviennent rapidement à l'élimination du comportement, en juxtaposant à la première intervention une technique relativement aversive de surcorrection. Cette procédure de surcorrection comprend une forte réprimande verbale ainsi que des exercices difficiles à exécuter avec les mains.

La présente intervention, basée principalement sur l'expérience de Measel et Alfieri (1976), se propose donc d'éliminer chez une petite fille (mongolienne) de cinq ans, un comportement d'automutilation.

METHODOLOGIE

Sujet

Nadia est une petite fille de 5 ans, atteinte de mongolisme. Elle est en institution depuis sa naissance et l'évaluation psychologique mentionne qu'elle fonctionne présentement au niveau de la déficience modérée.

Nadia se gratte le côté extérieur du pouce à l'aide de son index. Ceci occasionne des plaies sérieuses, étant donné la fréquence du comportement. Ce comportement d'automutilation se présente au niveau des deux mains.

Niveau de base

L'observation systématique du comportement est faite à l'aide d'une grille d'observation divisée en 30 intervalles. Chaque intervalle est d'une durée de 15 secondes. Après deux jours d'observation, il est possible de dire que Nadia émet ce comportement 80% du temps.

Pré-expérimentation

Nadia réagit fortement à l'emploi du "jet d'eau"; elle cesse immédiatement de se gratter les pouces. Le "jet d'eau" est une bouteille de plastique dont l'extrémité est munie d'un vaporisateur à pression réglable. Le jet réglable permet d'atteindre l'enfant à une bonne distance et très rapidement.

L'eau doit être propre, très froide et renouvelée à chaque demi-journée. Cette technique avait été précédemment employée au Gary Taylor Center (Beaconsfield-Montréal), comme stimulus aversif se substituant au choc électrique et à l'isolement. Le "jet d'eau" présente plusieurs autres avantages. Il est facile d'emploi, peut être utilisé n'importe où, ne blesse pas l'enfant et ne présente pas un modèle agressif. Il a plutôt un effet de surprise qui, appliquée de façon contingente, a pour effet de faire cesser immédiatement le comportement en cours.

Automutilation

Procédure d'intervention

Durée: Le programme de renforcement s'étend sur une période de trois semaines, à raison de deux séances quotidiennes de 30 minutes.

Lors des premières séances, les pansements de l'enfant lui sont retirés, puis remis ensuite. Dix jours plus tard, les pansements sont définitivement enlevés.

Déroulement: Aussitôt que l'enfant se gratte lors des séances, l'éducatrice lui dit immédiatement "NON" d'un ton ferme et lui administre le "jet d'eau" au bas du visage. Lorsque l'enfant ne fait pas le mouvement de se gratter, l'éducatrice la renforce à l'aide d'un renforçateur primaire (bonbon, chips, etc ...) et d'un renforçateur verbal: "C'est bien, Nadia ne se gratte pas". En plus, des exercices d'extension des doigts et des mains sont faits en animant la chanson: "Ainsi font, font, font..." Cette technique positive est inspirée d'une procédure mise sur pied par Azrin et Nunn (1973) et qui est appelée "Hand awareness training". Cette technique, issue du renversement d'habitude ("habit reversal"), a pour but le renforcement d'un comportement incompatible. Dans le présent cas, les mouvements des mains étant à l'origine des blessures, la technique "Hand awareness training" s'avère tout à fait appropriée.

Résultats

Comme l'indique la figure 1, durant la période d'intervention (9 observations), le comportement est passé de 80% à 7%. La période de relance montre que l'intervention a été efficace puisque la fréquence du comportement est de 0.8%.

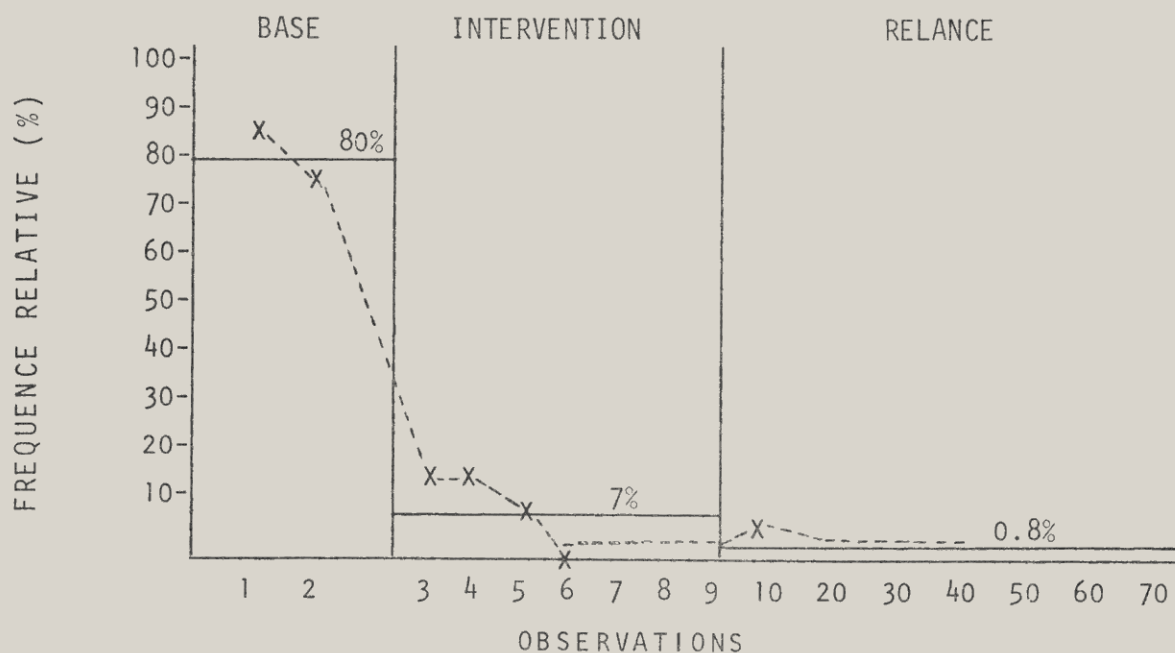


Fig. 1. Fréquence relative, en pourcentage, du comportement automutilatoire.

Une enquête effectuée trois mois après, auprès des éducateurs, démontre que le comportement n'est pas réapparu. En plus, l'enfant serait plus active et son rythme d'apprentissage aurait augmenté. Le service de l'infirmierie rapporte que Nadia a une peau très sensible et qu'elle contacte souvent des infections aux bras et aux mains. A l'apparition de ces infections, elle aurait tendance à se gratter de nouveau. Les techniciens en place appliquent donc de nouveau la procédure positive déjà mentionnée. Cette procédure s'avère efficace et préviendrait la réapparition du comportement d'auto-mutilation.

Discussion

Dans le présent contexte thérapeutique, il est très difficile d'isoler objectivement la variable: procédure aversive. Par contre, l'ensemble des techniques employées se sont révélées efficaces. Il est aussi possible de dire qu'avant l'intervention, l'enfant ne répondait aucunement à l'appel verbal ('non, ne fais pas ça') l'incitant à cesser le comportement.

Des observations subjectives permettent de dire que l'enfant s'est trouvé fort surprise lors des applications du "jet d'eau". Il serait donc intéressant, dans une analyse ultérieure, d'analyser "l'effet de surprise" sur les comportements. Cet effet aurait la propriété de faire cesser toute activité du moment. En plus, la procédure du "jet d'eau" semble posséder l'avantage de ne pas présenter un modèle agressif à l'enfant, tout en étant relativement aversif.

Comme toute procédure de contrôle aversif du comportement, il est important d'en limiter l'emploi au stricte minimum et d'en définir le mode d'emploi. Face à l'efficacité de la technique, le personnel en place aura tendance à l'employer pour tenter d'agir sur plusieurs enfants et plusieurs comportements. Un contrôle suivi des applications permettra donc d'éviter tout abus et l'accent devra être mis sur les techniques positives de renforcement.

REFERENCES

- Azrin, N.H. et Nunn, R.G. Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behavior research and therapy*, 1973, 11, 619-628.
- Bachman, J.A. Self-injurious behavior: A behavior analysis. *Journal of abnormal psychology*, 1972, 80, 211-224.
- Corte, H.E., Wolf, M.M., Locke, B.J. A comparison of procedures for eliminating self-injurious behavior of retarded adolescents. *Journal of applied behavior analysis*, 1971, 4, 211-213.
- Lovaas, O.I., Freitag, G., Gold, O.I. Experimental studies in childhood schizophrenia: Analysis of self-destructive behavior. *Journal of experimental child psychology*, 1965, 2, 67-84.

Automutilation

- Lovaas, O.I., Simmons, J.Q. Manipulation of self-destruction in three retarded children. *Journal of applied behavior analysis*, 1969, 2, 143-157.
- Lucero, W.J., Frieman, J., Spoering, K. et Fehrenbacher, J. Comparison of three procedures in reducing self-injurious behavior. *American journal of mental deficiency*, 1976, 80, 548-554.
- Measel, J.C., Alfieri, P.A. Treatment of self-injurious behavior by a combination of reinforcement of incompatible behavior and overcorrection. *American journal of mental deficiency*, 1976, 81, 147-153.
- Risley, T.R. The effects and side-effects of punishing the autistic behaviors of a deviant child. *Journal of applied behavior analysis*, 1968, 1, 21-34.
- Schaefer, H.H. Self-injurious behavior: Shaping "head-banging" in monkeys. *Journal of applied behavior analysis*, 1970, 3, 111-116.
- Tanner, B.A., Zeiler, M. Punishment of self-injurious behavior using aromatic amoniac as the aversive stimulus. *Journal of applied behavior analysis*, 1975, 8, 53-57.
- Tate, B.C. Case study: control of chronic self-injurious behavior by conditioning procedures. *Behavior therapy*, 1972, 3, 72-82.
- Wolf, M., Risley, T. et Mees, H. Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child. *Behavior research and therapy*, 1, 305-312.

CONGRES A.S.M.C. - C.E.E. '78

10 au 12 mai 1978

Université de Moncton, Moncton

Deux associations distinctes mais partageant de nombreux intérêts communs ont prévu leurs congrès annuels du 10 au 12 mai, à Moncton. Il s'agit du neuvième congrès de l'Association des Spécialistes en Modification du Comportement (A.S.M.C.) et du deuxième congrès du chapitre Beauséjour du Conseil de l'Enfance Exceptionnelle (C.E.E.). Psychologues, conseillers d'orientation, travailleurs sociaux, éducateurs, parents et autres personnes intéressées s'inscriront à la fois au congrès A.S.M.C. et à celui du C.E.E. Ils pourront donc, sans frais additionnels, profiter des activités organisées dans l'un ou l'autre programme. Les échanges favorisés par une telle organisation seront sans doute avantageux pour les membres des deux associations.

Le thème commun des deux congrès est:

*La MOTIVATION en PSYCHOLOGIE et en EDUCATION:
L'ENGAGEMENT de la PERSONNE*

Ateliers

Motivation, Engagement, Auto-contrôle, Auto-enregistrement, Habileté sociale, Affirmation de Soi, Rétroactivité Biologique, Identification, Objectifs, Individualisation, Humanisme, Valeurs, Concept de Soi, Thérapie Cognitive, Contrat de comportement.

Les présentations majeures seront données par des conférenciers de renom. Les congressistes bénéficieront des services d'interprétation simultanée pour ces présentations.

Activités

Films, Exposition de livres, Exposition de matériel, Conversations informelles avec les conférenciers, Visites (galerie d'art, musée acadien), Vins et fromages, Soirée sociale, Souper au Homard.

CONFERENCIERS

Note: Le comité d'organisation encourage fortement les communications des Canadiens-Français. Les conférenciers dont les présentations seront acceptées par le comité de programme, pourront bénéficier d'aide financière. Si vous désirez présenter une communication, envoyez vos nom, adresse, affiliation et numéro de téléphone, ainsi que le sujet de votre présentation à:

*M. Terrence Robichaud
Congrès ASMC-CEE '78
a/s Département de Psychologie
Université de Moncton
Moncton, N.-B. E1A 3E9*

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Langue parlée: Français _____ Anglais _____

Frais d'inscription (cochez dans la case appropriée)

	<u>Avant le 15 avril 1978</u>	<u>Après le 15 avril</u>
Membre - ASMC	\$25.00 ()	\$30.00 ()
- CEE	\$25.00 ()	\$30.00 ()
Membre étudiant - ASMC	\$15.00 ()	\$20.00 ()
- CEE	\$15.00 ()	\$20.00 ()
Nom-membre	\$30.00 ()	\$35.00 ()
Non-membre étudiant	\$20.00 ()	\$25.00 ()

*Frais d'inscription combinés aux frais de cotisation
à l'ASMC ou au CEE*

	<u>Avant le 15 avril 1978</u>	<u>Après le 15 avril</u>
Inscription (25.00) et Cotisation ASMC (10.00)	\$35.00 ()	\$40.00 ()
Inscription (25.00) et Cotisation CEE (25.00)	\$50.00 ()	\$55.00 ()
Inscription		
- étudiant (15.00) et Cotisation ASMC (5.00)	\$20.00 ()	\$25.00 ()
- étudiant (15.00) et Cotisation CEE (12.50)	\$27.50 ()	\$32.50 ()
Inscription quotidienne		
- étudiant	\$15.00 ()	
- membre ou non-membre	\$20.00 ()	

S.v.p. Faire parvenir ce formulaire d'inscription avec chèque ou mandat à:

ASMC-CEE '78
a/s Thérèse Landry Martin
Département de Vie Etudiante
Université de Moncton
Moncton, N.-B. E1A 3E9

Index des auteurs, pour les volumes 6 et 7

ARCHAMBAULT, Jean: 6, 78
BEAUSOLEIL, Raymond: 7, 5
BOISVERT, Jean-Marie: 6, 78
BOUDREAU, Léonce: 6, 19; 6, 34
CHAREST, Jacques: 6, 59
DUPUIS, Norbert: 6, 34
GOULET, Paul: 7, 23
HARVEY, Maurice: 7, 1
JEFFREY, Clarence: 6, 34
KIROUAC, Gilles: 6, 26
LACHANCE, Jocelyne: 6, 69
LADOUCEUR, Robert: 6, 7
LAMONTAGNE, Yves: 7, 47
LAPOINTE, André: 7, 31
LEBLANC, Renaud: 6, 34
LEDUC, Aimée: 6, 69; 7, 23
LEPORE, Franco: 6, 59
LEROUX, Gilbert: 7, 57
LORANGER, Michel: 6, 69
MARCOTTE, Claude: 6, 53
MARINEAU, Normand: 6, 78
RICHARD, Marc-André: 6, 78
ROBERT, Sylvie: 7, 47
ROY, Yvan: 7, 47
SOULIERES, André: 7, 45

Contenu des volumes 6 et 7

Volume 6, no 1, mars 1976

LEDUC, Aimée: Le behaviorisme et l'autonomie de la personne.	1
LADOUCEUR, Robert: Critique du livre "La thérapie comportementale en psychiatrie" de l'association américaine de psychiatrie.	17
BOUDREAU, Léonce: Critique du livre "Pratique de la thérapie comportementale" de Joseph Wolpe.	19
Quelques publications en français (relevé de J.-M. Boisvert).	21
"Le septième congrès de l'Association des spécialistes en modification du comportement".	22

Volume 6, no 2, juin 1976

KIROUAC, Gilles: Les thérapies behaviorales considérées sous l'angle de la psycho-biologie.	26
BOUDREAU, Léonce, JEFFREY, Clarence, LEBLANC, Renaud et DUPUIS, Norbert: Le bégaiement traité par le renversement d'habitudes.	34
Quelques publications en français (relevé de J.-M. Boisvert).	51

Volume 6, no 3, septembre 1976

MARCOTTE, Claude: Les comportements sociaux des ex-résidents d'un programme d'économie de jetons.	53
CHAREST, Jacques et LEPORE, Franco: Origine périphérique et non cérébrale d'un rythme alpha: une revue critique.	59
Quelques publications en français (relevé de J.-M. Boisvert).	66

Volume 6, no 4, décembre 1976

LACHANCE, Jocelyne, LORANGER, Michel et LEDUC, Aimée: Etude de deux instruments d'évaluation pour l'identification de catégories de comportements déviants en milieu scolaire.	69
BOISVERT, Jean-Marie, ARCHAMBAULT, Jean, MARINEAU, Normand, RICHARD, Marc-André: Système de jetons et contrat comportemental avec des patients psychiatriques.	78
"Behaviorisme '77"	87

Contenu des volumes 6 et 7 (suite)

Volume 7, no 1, mars 1977

- HARVEY, Maurice: Arguments historico-sophistiques à l'usage des "modificateurs" du comportement. 1
- BEAUSOLEIL, Raymond: L'anxiété durant le testing scolaire: sa mesure et son contrôle par voie de désensibilisation systématique auprès d'écoliers. 5

Volume 7, no 2, juin 1977

- GOULET, Paul et LEDUC, Aimée: Effet du renforcement positif sur le comportement d'attention à la tâche de l'élève. 23
- LAPOINTE, André: Modification du comportement de fumer. 31
- SOULIERES, André: Recension de livre: Charest, J., Naud, J. et Vitaro, F. Définition opérationnelle des objectifs en pédagogie et en psychologie: méthode et applications. 45

Volume 7, no 3-4, septembre-décembre 1977

- LAMONTAGNE, Yves, ROY, Yvan et ROBERT, Sylvie: Vers une théorie comportementale des ruminations. 47
- LEROUX, Gilbert: Modification d'un comportement d'automutilation: une étude de cas. 57
- Congrès '78; Moncton, mai 1978 63
- Index des auteurs des volumes 6 et 7 65
- Contenu des volumes 6 et 7 67

Inscription à
l'A.S.M.C. et Abonnement à la Revue de Modification du Comportement

Toute personne désirant s'inscrire (ou se réinscrire) à l'Association des spécialistes en modification du comportement (A.S.M.C.) est priée de remplir le présent questionnaire et de faire parvenir un chèque ou mandat de \$10.00 (étudiants: \$5.00), à l'ordre de l'A.S.M.C. Cette cotisation constitue en même temps un abonnement à la Revue de modification du comportement.

Cochez ici s'il s'agit d'une réinscription.

NOM: _____

ADRESSE: _____

TELEPHONE: _____

PROFESSION: _____

N.B. Si étudiant, indiquer dans quel domaine et à quel université ou collège.

FAIRE
PARVENIR
A

Mme Jinette Marcil-Denault, secrétaire
A.S.M.C.
50 ouest, Crémazie, suite 619
Montréal, Québec H2P 2T3

N.B. POUR LES INSTITUTIONS SEULEMENT

L'abonnement annuel à la Revue est de \$20.00 pour les institutions. Celles-ci sont priées de faire parvenir leur commande à:

M. André Soulières, directeur
Revue de modification du comportement
Service de Psychologie
Hôpital Rivière-des-Prairies
7070 boul. Perras
Montréal, Québec H1E 1A4

SOUSSION DE TEXTES A LA REVUE
DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

COMITE DE REDACTION ET DE LECTURE *

La Revue de Modification du comportement publie des articles sur l'analyse et la modification du comportement: articles théoriques, études de cas, recherches expérimentales et revues de la littérature. Les auteurs ne doivent pas nécessairement faire partie de l'A.S.M.C. ni résider au Canada. Les articles, rédigés en français, doivent être présentés en deux exemplaires dactylographiés à double interligne et se conformer, autant que possible, aux normes prescrites par le Publication Manual of the American Psychological Association (1974). Chaque auteur est prié de joindre à son article un résumé de 100 mots, qui sera publié en tête de l'article. Les textes soumis pour fins de publication doivent parvenir à:

M. André Soulières, directeur
Revue de modification du comportement
Service de Psychologie
Hôpital Rivière-des-Prairies
7070 boul. Perras
Montréal, Québec H1E 1A4

BOISVERT, Jean-Marie
Hôpital Louis-H. Lafontaine
BOUCHARD, Marc-André
Allan Memorial Institute
BOUDREAU, Léonce
Université de Moncton
CHAREST, Jacques
Université du Québec à Rouyn
COTE, Jacques
Centre hosp. Robert Giffard
GAUDETTE, Gilles
Hôpital Louis-H. Lafontaine
GAUGUEN, Léonard
Université de Moncton
GRANGER, Luc
Université de Montréal
HARVEY, Maurice
Villa Dufresne, Sherbrooke
LACHANCE, Jocelyne
Université Laval
LADOUCEUR, Robert
Université Laval
LEDUC, Aimée
Université Laval
LEROUX, Paul-André
Commission scol. Chomedey Laval
MARINEAU, Normand
Hôpital Louis-H. Lafontaine
MAURICE, Paul
Université du Québec à Montréal
NAUD, Jacques
Université du Québec à Rouyn
OTIS, Rodrigue
Université de Sherbrooke
RICHARD, Marc-André
Hôpital Louis-H. Lafontaine
ROUTHIER, Serge
Centre hosp. Robert Giffard
TRUDEL, Gilles
Hôpital Louis-H. Lafontaine
VALIQUETTE, Claude
Université de Montréal
VITARO, Frank
Université du Québec à Rouyn

* Font partie du comité de rédaction et de lecture, les membres de l'A.S.M.C. qui ont accepté de commenter des textes soumis à la Revue au cours de la dernière année.