

**BULLETIN DE NOUVELLES DE L'ASSOCIATION  
POUR L'AVANCEMENT DE LA THERAPIE  
BEHAVIORALE EN MILIEU FRANCOPHONE  
(A.A.T.B.M.F.)**

**OCTOBRE 1971 VOL.1 NO 4**

**MOT DU PRESIDENT**

Jacques Côté,  
*Hôpital St-Michel-Archange,*  
*Québec.*

La tenue du dernier atelier à l'hôpital St-Jean-de-Dieu du 7 au 12 juin dernier marquait en même temps le premier anniversaire de notre association. Cet atelier, par la qualité de son organisation, de ses conférenciers et devant le nombre des gens qui y ont assisté, illustre bien le chemin parcouru, le degré de professionnalisation de ceux qui s'intéressent à la modification du comportement.

Il convient ici de remercier les autorités de St-Jean-de-Dieu et le directeur du Service de Psychologie pour avoir permis la présentation d'un atelier de cette envergure. Des remerciements bien sentis doivent également être adressés, au nom des participants, aux deux responsables Jean-Marie Boisvert et Gilles Trudel ainsi qu'à toute l'équipe qui a su les supporter aussi efficacement.

Entre les conférences, quelques réunions des membres de l'association ont été tenues pour prendre connaissance du rapport de l'exécutif provisoire et pour la tenue

d'élections d'un nouvel exécutif. Les travaux effectués pendant l'année ont été transmis à ce dernier. Merci donc à Léonce Boudreau, Louis Malenfant et Etienne Thériault ainsi qu'à Léonard Goguen secrétaire lors des deux rencontres annuelles 70 et 71.

Il existe maintenant un comité exécutif : Jacques Côté, président ; Maurice Harvey, vice-prés. ; Alain Larocque, secrétaire-trés.

Un comité du bulletin : Jean-Marie Boisvert et Gilles Trudel.

L'exécutif s'occupera de former un comité de l'atelier qui sera tenu à Québec l'an prochain.

Des responsables - animateurs régionaux ont également été désignés par l'assemblée :

Hull :	Philippe Beaudry
Moncton :	Léonce Boudreau
Montréal :	Michel Boulard
Québec :	Madeleine Thibault

Il va sans dire que le nombre des régions n'est pas immuable.

Les "heureux élus" se sont réunis afin d'inventorier le travail à faire. Voici en bref les questions qui vont retenir notre attention :

- faire connaître l'association, l'approche, les techniques de ses membres, les résultats obtenus.
- recrutement,
- cotisation,
- changement de nom de l'association.
- rédaction d'une charte.
- inventaire des ressources humaines.
- voir à fournir aux membres : une terminologie française fonctionnelle, des bibliographies, des traductions, des documents audio-visuels, un organe de communication et d'information.
- la formation de l'agent de changement : implantation d'un programme dans un ou plusieurs centres ; endroits de stages.
- affiliation à l'Association for the Advancement of Behavior Therapy.
- inventaire de ce qui se fait au Canada, aux Etats-Unis.
- inventaire des Ateliers - Symposia - Journées d'études, Congrès.
- contacts avec universités, corporations etc.
- les suggestions de questions à étudier sont les bienvenues.

En somme les objectifs poursuivis par l'association consistent à favoriser l'identification et le regroupement de ceux et celles qui s'intéressent à la modification du comportement ou y travaillent par l'application de techniques "behaviorales". S'ensuivent la mise en commun des ressources et connaissances, l'inter-formation et la productivité.

Finalement une question doit retenir

brèvement notre attention. Certains ont l'impression que l'association tend à éliminer l'élément anglophone de ses rangs. Ils trouvent cette situation déplorable puisque les membres seraient ainsi privés d'apports des plus valables étant donné les communications faciles et nombreuses des anglophones avec le Canada anglais et les Etats-Unis. D'autres disent ne pas voir la nécessité de différencier entre les milieux anglais et français puisque nos problèmes, principes et techniques sont semblables...pourquoi ne pas créer qu'un groupe quitte à faire des traductions.

Ce n'est pas notre intention d'entreprendre ici un débat ; le mot du président est singulièrement long mais nous demeurons ouverts à des échanges via le courrier ou verbalement. Cependant nous affirmons que le postulat à savoir que l'association tend à éliminer l'élément anglophone est archifaux parce que :

- le Québec est encore à 85% francophone.
- l'idée d'exclusion n'a jamais existé dans l'esprit des fondateurs.
- les anglophones ont déjà toutes les facilités en termes d'accès aux associations existantes, à la littérature, aux endroits de stages, aux visites de conférenciers distingués, en termes de fonds de recherche etc.
- les francophones n'ont pas autant des éléments pré-cités.
- la grande majorité des membres est francophone et la cotisation étant inexistante les coûts de traduction sont prohibitifs.
- on ne peut blâmer une association unilingue (anglaise, française, espagnole etc.), pour l'ignorance linguistique de ceux qui voudraient en faire partie.
- les francophones le font depuis longtemps
- dans les associations anglophones ; ils "baragouinent" et "apportent" en anglais.

Les anglophones peuvent également "baragouiner" et "apporter" en français avec un peu de bonne volonté. S'ils ne le peuvent, beaucoup de francophones connaissent cette langue en plus de la leur.

- l'association veut d'abord et avant tout regrouper ceux qui travaillent selon des principes et techniques d'ordre behavioral. Elle n'est pas contre l'élément anglophone elle est pour l'élément francophone majoritaire et relativement démunie de moyens de progresser.
- enfin, et c'est là le point essentiel à comprendre, l'association veut faire quelque chose en français, favoriser la production d'une terminologie française, de travaux en français; veut favoriser le développement de compétences francophones, la mise au point de programmes de formation en français.

- la langue de travail de l'association se doit d'être le français pour des raisons d'ordre sociologique, économique, matériel etc. Dans un tel contexte, que des anglophones ne puissent ou ne veuillent faire l'effort de s'intégrer aux francophones est à la fois compréhensible (quel besoin ont-ils d'une association francophone en plus de tout ce à quoi ils ont accès dans leur langue?) et regrettable (nous serons privés de leurs apports).
- nous demeurons ouverts aux anglophones compréhensifs et saurons accueillir leurs contributions qu'elles soient en anglais ou en français.

Les choses en sont là pour le moment. Vos commentaires bienvenus et une évolution inévitable nous assurent d'une association qui ne peut qu'aller en s'améliorant.

---

#### ELIMINATION DE L'HABITUDE DE CRACHER, APPRENTISSAGE VERBAL ET ENTRAÎNEMENT A LA TOILETTE D'UN JEUNE DEBILE MENTAL PROFOND

*Maurice Harvey, L.Ps. et Jacques Hamel, i.l.  
Unité des Thérapies du Comportement  
Hôpital Ste-Anne, Bata St-Paul.*

Dans un article précédent (Harvey, 1971), le progrès du premier résident de l'U.T.C., était décrit mais il s'avérait impossible (une erreur typographique avait fait écrire possible) de se prononcer catégoriquement sur les variables responsables de ce progrès. La description de l'évolution du deuxième résident permet d'être plus affirmatif sur la valeur des techniques elles-mêmes.

Dave fut admis à l'hôpital Ste-Anne en novembre 1967, à l'âge de 3;9 ans, pour arriération mentale et épilepsie. D'après les

renseignements disponibles, il présentait des crises épileptiformes aux une ou deux semaines depuis l'âge de six mois, des signes de rachitisme et une agitation psychomotrice marquée. L'examen EEG n'indique toutefois qu'un tracé sensiblement dans les limites de la normale. Il n'a pas présenté de crise convulsive depuis plus de trois ans ni non plus d'absence depuis au-delà de deux ans mais reçoit encore une médication anticonvulsivante. Les examens radiologiques n'ont permis de déceler aucune évidence de rachitisme.

Né à terme, son accouchement fut très difficile et les forceps durent être utilisés, amenant une légère déformation du crâne. Il souffrit d'anoxie et ne respira qu'une demi-heure après la naissance. Hospitalisé à l'hôpital de l'Enfant-Jésus en 1966, un diagnostic d'encéphalopathie diffuse congénitale par hypoxie néonatale fut porté. Son père et sa grand-mère maternelle sont diabétiques. Un de ses frères, beaucoup plus atteint sur un plan neurologique, est également hospitalisé à Baie St-Paul.

D'après ses parents, qui sont d'un milieu socio-économique assez pauvre, il aurait dit papa et maman dès l'âge de six mois mais n'aurait marché qu'à dix-huit mois. Les premiers temps après son admission, il se mord les poignets, crache beaucoup à la figure des gens et doit être attaché dans son lit. L'épilepsie ayant été contrôlée et les troubles du comportement étant jugés mineurs, un retour dans son foyer naturel est tenté et dure du 27-7-68 au 29-1-69 mais il est alors ramené parce qu'il n'était pas fiable et brisait tout à la maison. Réadmis sur une autre unité, il y devient un peu l'enfant gâté, vu son jeune âge, et fonctionne bien car aucune conduite négative importante n'est relevée. Il y prend par contre des caprices et lorsque cette salle ferme pour des raisons administratives il s'adapte mal ailleurs où, après un certain temps, il est noté qu'il pleure, crie, se jette par terre, crache, se déshabille et déchire son linge.

Dès l'ouverture de l'U.T.C., il y est transféré pour faire disparaître son habitude de cracher et diminuer son hyperactivité. Les renseignements suivants sont fournis : il se déplace seul, n'est pas propre et s'habille avec aide ; il aime porter un pantalon long et un gilet à manches longues ; il mange à table avec une cuillère, déteste les pommes de terre et ses aliments préférés

sont les desserts, biscuits et friandises ; il dort bien toute la nuit, attaché par un pied dans un lit à hauts côtés et refusant toute couverture ; il comprend les ordres simples et s'amuse avec des blocs de plastique ; il aime grimper et se faire bercer. A l'Adaptive Behavior Scale (Nihira et al., 1969) pour enfants, ses résultats à neuf des dix catégories positives le situent au niveau 5, i.e. parmi les sujets ayant 19 et moins de quotient intellectuel.

Il se montre très actif dès son arrivée : selon des observations instantanées faites à chaque demi-heure pendant les deux premières semaines, il n'est assis que le tiers du temps quotidien et c'est moins souvent sur une chaise que par terre ou sur le matelas de gymnastique en train de jouer ; le reste du temps, il est à genoux, debout, marchant, courant, grimant. Ses jeux, malgré leur durée, sont peu nombreux et stéréotypés : il déchire du papier la plupart du temps et glisse les morceaux sous les portes ou à travers les grilles des radiateurs. Il s'amuse seul, sans jamais rechercher spontanément les adultes et oppose assez souvent une résistance capricieuse aux procédures quotidiennes des repas, bain et coucher. Il évite le regard même lorsque bercé et retourne dès que possible à ses activités solitaires.

#### Elimination de l'habitude de cracher

Le problème majeur, malgré sa benignité apparente, consiste en son habitude de cracher. C'est cette manie qui est à l'origine des autres problèmes présentés par le sujet. Cette habitude, établie probablement parce que cracher est un moyen très efficace de faire marcher l'équipe infirmière, avait amené une certaine mise à l'écart de ce sujet ; pour ne pas servir de cible, le personnel l'évitait, avertissant tout visiteur de se



méfier et de ne pas trop s'approcher de lui; peu d'opportunités de jeu lui étant laissées,

il criait, pleurait et manipulait le matériel à sa portée dont les draps de son lit qu'il déchirait.

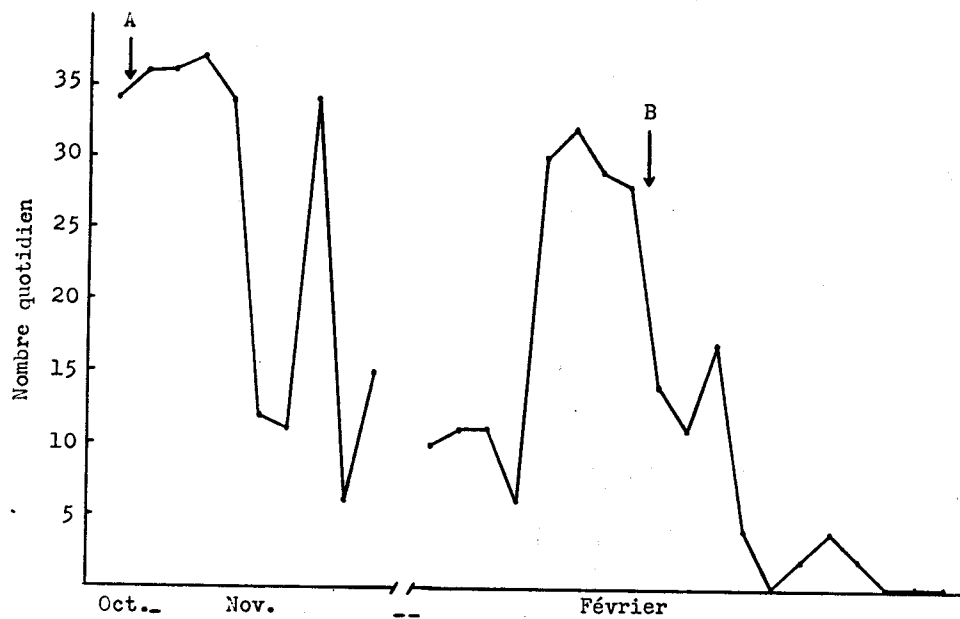


Figure 1. Fréquence quotidienne des crachats au début du traitement par extinction et au moment du passage de l'extinction au confinement.

Dès le début le jeune graçon est placé sur une procédure d'extinction. Le niveau opérant du crachement n'a pas été déterminé sur un long espace de temps, mais il est possible de s'en faire une bonne idée en se référant à la partie gauche de la figure 1 qui fournit la courbe des nombres quotidiens de crachats pour les dix premiers jours sur la salle. L'évolution complète du traitement par l'extinction, qui s'étend sur une période de trois mois (entre les flèches A et B du graphique), est présentée à la figure 2, qui donne les nombres quotidiens moyens de crachats à chaque semaine.

Malgré un début prometteur, qui augurait bien de l'efficacité du traitement, l'évolution apparaît bientôt comme étant très saccadée et non typique d'une courbe d'extinction. La raison principale de cette non-efficacité de l'extinction provient du fait que toutes les conséquences du crachement ne pouvaient être neutralisées. Les membres du personnel ignoraient bien ce comportement mais il était impossible d'une part d'empêcher le sujet de jouer avec ses crachats comme de viser certains objets suspendus au plafond ou de suivre attentivement des yeux le liquide dégoulinant le long du mur et,

comme le sujet le découvrira soudainement d'autre part, il est impossible de contrôler les réactions des autres résidents. Cela devient évident au moment où la courbe re-

monte nettement à la quinzième semaine, le nombre de crachats revenant approximativement à la fréquence déterminée à son arrivée.

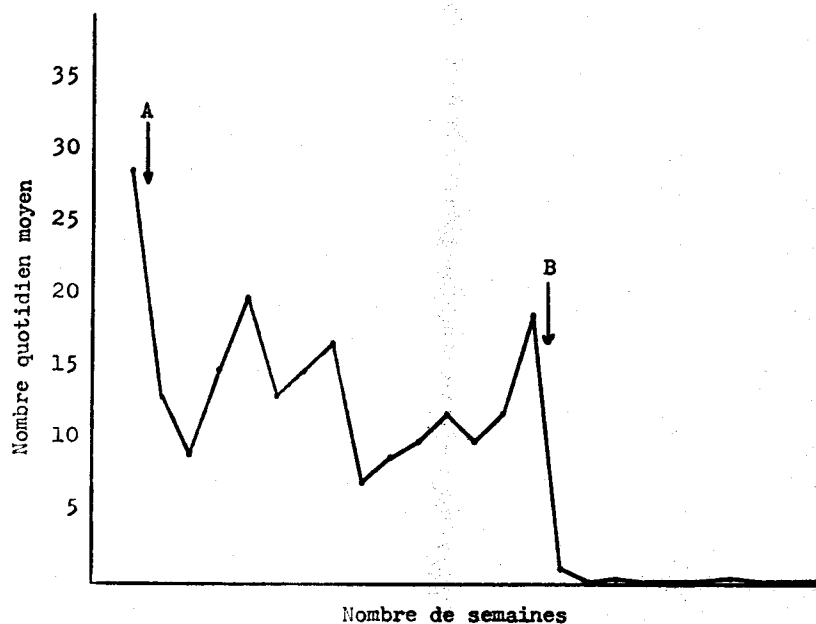


Figure 2. Evolution du traitement de l'habitude de cracher par l'extinction (A) puis par le confinement (B).

L'extinction a échoué face à ce comportement parce que toutes les conditions d'application ne pouvaient être remplies. Avec le même sujet par contre cette procédure avait fonctionné à merveille pour le coucher, moment où Dave se montrait extrêmement capricieux: il changeait de lit, jacassait ou jouait avec l'interrupteur ou la porte, pleurait pendant de longues périodes, crachant par intervalles ou frappant dans la porte, ces périodes d'agitation durant fréquemment plus d'une heure. Devant ce problème qui soulevait diverses réactions de la part du personnel, une procédure stricte,

facilitée par le fait qu'il couchait seul dans une chambre, est établie. Le pyjama étant mis, il est invité à se coucher dans le lit et on lui chante une berceuse s'il reste tranquille; s'il s'agite ou se relève, un retrait de deux minutes est fait; après ce laps de temps, une nouvelle invitation est lancée; à la deuxième désobéissance, le membre du personnel sort définitivement de la chambre en refermant la porte et ne revient sous aucun prétexte. Le premier soir, Dave pleure 65 minutes, le deuxième soir pendant 45 minutes et plus du tout le troisième soir.

Il est décidé, l'échec de l'extinction face au crachement étant reconnu, de recourir au confinement de façon contingente au crachat. Le plus immédiatement possible après le crachat et sans réprimandes le sujet est conduit dans une petite pièce nue et non éclairée pour une période minimum de dix minutes, i.e. qu'il doit être calme depuis dix minutes pour en sortir. Cette mise à l'écart avait été utilisée antérieurement à son égard pour éliminer l'habitude de renverser les fauteuils qu'il avait acquise après son admission par imitation de pareille conduite chez un autre résident. L'application du confinement avait amené le premier jour la plus haute fréquence jamais produite de renversement de fauteuils, soit cinq fois. Par la suite cependant la fréquence ne dépassa jamais deux par jour et trois semaines plus tard ce comportement se trouvait complètement disparu, ne s'étant produit que dix-neuf fois après l'instauration du traitement.

L'introduction du confinement face au crachement (voir figure 1, partie droite, pour étude précise du renversement immédiat de la courbe et figure 2 pour résultat à longue échéance) amena une chute rapide et radicale du nombre de crachats. Durant les neuf semaines suivant celle où le confinement fut introduit, le sujet n'a craché qu'à cinq reprises soit les 1, 4 et 6 mars, le 1 avril et le 3 mai. L'efficacité du confinement s'explique du fait que Dave étant un sujet extrêmement actif le retrait des possibilités d'action constitue pour lui une forte punition.

Ce traitement est le plus beau résultat scientifique obtenu à date sur l'U.T.C., car, alors que toutes les autres variables (personnel, milieu physique et nombre de résidents) se trouvaient maintenues constantes, seule la technique thérapeutique a varié

par le passage de l'extinction au confinement. Et, à moins que soit postulé que les trois mois de traitement par l'extinction avaient préparé le sujet à ce virage soudain, la valeur de la technique behaviorale ressort magnifiquement.

#### Amélioration du contact

A son arrivée, le sujet ne manifeste aucune crainte du personnel, se contentant de l'éviter et ne recherchant pas spontanément le contact qu'il peut parfois accepter tant qu'une demande précise n'est pas formulée. Le personnel, dans la première période, est très libre dans les approches à faire et la seule restriction est d'ignorer le sujet quelques minutes lorsqu'il vient de cracher; cela laisse par conséquent beaucoup de latitude et les contacts avec le sujet sont multiples d'autant plus que pendant près d'un mois il n'y aura que deux résidents sur la salle.

Aussi, certains comportements relationnels apparaissant relativement vite: dès le quatrième jour, il accepte de monter sur les genoux de l'adulte et de se laisser bercer; la semaine suivante, il accepte parfois d'embrasser sur demande et cherche à imiter certains gestes du personnel; vers la fin du premier mois, il lui arrive de répéter plus ou moins bien certains mots simples entendus. Un comportement révélateur, qui apparaît progressivement, est qu'il vient pleurer aux pieds d'un adulte lorsqu'il est frustré ou attaqué par un autre résident; si cette personne se déplace, il la suit et recommence à pleurer en s'écrasant de nouveau à ses pieds. Tout cela reste cependant très occasionnel et il demeure distant et réticent à la majorité des demandes.

En conséquence, assez tôt, des séances intensives sont établies en vue de l'amener à être plus attentif et à exécuter des

jeux plus constructifs. L'extrait suivant est tiré de la feuille de traitement : faire deux séances par jour, chacune d'une durée de dix minutes ; éviter d'arriver au point de saturation pour que le sujet reste sur sa faim en quelque sorte ; lors de ces séances, miser au début sur les activités déjà acquises et n'introduire de nouvelles activités simples que progressivement, en utilisant chaque fois qu'il est nécessaire le façonnement et l'enchaînement ; à chaque séance, commencer par reprendre dans le même ordre les activités déjà acquises en ne visant à ajouter qu'une répétition de plus à chaque fois, cela jusqu'à un maximum de dix répétitions ; le maximum atteint dans une activité, en venir à un renforcement intermittent à toutes les deux exécutions puis à toutes les trois.

Les activités apprises et maîtrisées sont alternativement les suivantes : passer à quatre pattes dans un tunnel de huit pieds de long formé de gros blocs ; lancer le ballon dans le même tunnel ; monter sur un petit escabeau de trois marches et sauter sur un matelas de gymnastique ; faire à quatre pattes la longueur du matelas de gymnastique ; emboîter des blocs Lego ; enfiler en ordre des rondelles de plus en plus petites. Tant que le renforcement fut continu, le sujet a progressé bien graduellement mais le renforcement intermittent amena une période difficile de refus assez généralisé. Etant donné que le but recherché était surtout de créer une attitude d'attention et d'intérêt pour l'environnement et non pas de le fixer à certaines activités précises, la décision fut prise de n'utiliser qu'un renforcement continu.

Après le passage à travers les six activités mentionnées plus haut, l'apprentissage verbal fut mis en route en suivant sensiblement la même formule. Les premiers

mots à lui inculquer furent des termes alimentaires simples ; l'objet même servait de stimulus en plus de l'incitation verbale et était donné comme renforcement tangible toujours accompagné du renforcement social. Les termes suivants à apprendre furent du domaine vestimentaire, afin que le sujet ait la chance de les utiliser souvent en dehors du contexte des séances intensives, puis des termes du schéma corporel. La procédure d'apprentissage, qui ralentissait probablement le rythme d'acquisition, a maintenant été modifiée et le but actuel est de lui faire acquérir une capacité générale d'imitation tout en diversifiant beaucoup le vocabulaire. Le rythme d'apprentissage est très lent (voir à ce sujet Lovaas, 1968) mais assez régulier.

#### Entraînement à la propreté

Le problème ayant motivé l'admission étant disparu, une orientation vers l'extérieur fut considérée. Il s'est avéré que, quelle que soit la solution envisagée, l'acquisition de la propreté faciliterait grandement le processus. Ce nouveau but fut donc fixé et les procédures de traitement décidées.

La simple incitation avec un renforcement visible est d'abord établie dans un premier temps (voir figure 3, flèche A). Le nombre d'accidents urinaires et sphinctériens ayant été relevé depuis son admission et la moyenne étant de six incontinences quotidiennes, le sujet est amené à la toilette à toutes les deux heures et poussé verbalement à s'y laisser aller en lui offrant un renforcement tangible alléchant, qui ne lui

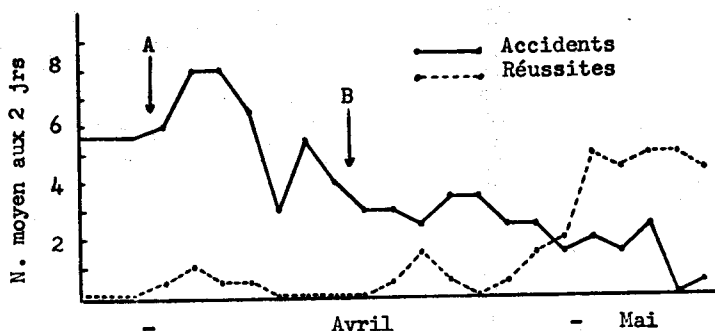


Figure 3. Entraînement à la toilette avec uniquement renforcement tangible lors des réussites (A) puis avec punition surajoutée face aux accidents (B).

est donné bien sûr que s'il y a réussite. Durant ces deux semaines, cinq réussites se produisent dans les premiers jours mais les six derniers jours sont complètement négatifs et Dave ne vient à la toilette qu'après beaucoup de résistance. A ce moment, le confinement contingent aux accidents est ajouté à la procédure (voir figure 3, flèche B). Deux semaines plus tard, la courbe des réussites dépasse celle des incontinences.

L'entraînement à la toilette est donc en très bonne voie et cet entraînement n'est pas uniquement passif car, fréquemment, Dave indique gestuellement son besoin de se rendre à la toilette. Même lorsqu'il ne l'indique pas spontanément, il n'est pas nécessaire de le passer à la toilette à pé-

riode fixes; il suffit de lui demander s'il a envie et quand c'est le cas sa réponse est de partir en courant vers le bon endroit.

#### Conclusions

Un indice de l'évolution du sujet est fourni par les résultats à l'Adaptive Behavior Scale pour enfants; la somme de toute la partie positive est de 90 points à l'admission, de 147 trois mois plus tard et de 149 après six mois; la somme de toute la partie négative est de 50, de 72 puis de 78 aux memes intervalles. Le progrès apparait par conséquent s'être produit surtout pendant les premiers mois; quant à l'augmentation des points négatifs, qui est surprenante à première vue, elle s'explique probablement

par le fait que le sujet a maintenant beaucoup plus de liberté et de latitude pour exprimer ses états d'âme.

Depuis son admission, le sujet a modifié plusieurs de ses comportements: il n'a jamais déchiré de draps ce qui peut être attribué au changement de milieu, il ne crache plus, il est à peu près propre et son contact s'est amélioré énormément. Alors qu'il était à peu près complètement indifférent aux autres, il suffit maintenant qu'un membre du personnel s'occupe d'un autre résident pour qu'aussitôt Dave pointe le nez et s'interpose pour obtenir les mêmes ren-

forcements tangibles et sociaux.

Il aurait été intéressant de pouvoir pousser ce sujet au maximum de ses possibilités mais, étant donné les objectifs de l'U.T.C., il faut tenir compte du grand besoin de traitement pour les gros troubles du comportement ce que pour l'instant nous sommes seuls à pourvoir dans la région, alors que l'éducation qu'il faut maintenant donner à Dave pour être fourni par d'autres services. Aussi le but très prochain à son égard est de lui faire quitter en douceur l'U.T.C., de telle façon qu'il conserve ses acquisitions.

#### Références

HARVEY, M. (1971)

Traitement behavioral de l'agressivité chez un mongol, débile mental profond. *Bull. de nov. de l'A.A.T.B.M.F.*, vol. 1, no 2.

LOVAAS, O.I. (1968)

Learning theory approach to the treatment of childhood schizophrenia in A.B. Mills (Ed.) *Behavior theory and therapy*. Calif. Departm. Ment. Hygiene: Research symposium No. 2.

NISIRA, K et al. (1969)

*Adaptive Behavior Scales, Manual*. Washington, D.C.: Amer. Assoc. Ment. Defic.

TRAITEMENT D'UNE OBSESSIONNELLE  
PAR "ARRÊT DE PENSÉE"  
ET PAR "RENFORCEMENT IMAGE"

*Robert Ladouceur, M.A. Ps.,\**  
*Hôpital St-Charles,*  
*Joliette.*

Une image, une pensée dite obsédante peut s'imposer de façon continue et incoercible à un individu et l'entraîner dans une lutte épuisante, pouvant conduire à l'écllosion de manifestations anxieuses et à l'inactivité complète. Par exemple, le directeur d'une entreprise dont les revenus s'accroissent d'année en année peut cependant appréhender une faillite soudaine, même si objectivement aucun indice ne permet de prévoir une telle conséquence. Dès lors, cette idée provoque chez lui une anxiété intense et continuellement peut le restreindre dans ses activités sociales et même au sein de ses responsabilités familiales. L'importance et la nécessité de trouver un moyen de résoudre ce genre de problème ont attiré l'attention de Dollard et Miller (1950, p. 445-459), mais aucune méthode n'a été systématiquement proposée en dehors de cette suggestion de se concentrer et de porter plus d'attention aux tâches quotidiennes, ce que très peu de patients peuvent réussir.

Taylor, en 1955 (voir Wolpe, 1958), a introduit en thérapie une méthode appelée "arrêt de pensée". La procédure consiste à demander au patient de se fermer les yeux et d'essayer de se représenter de façon précise l'image, l'idée qui l'obsède et de la verbaliser. Soudain, pendant que ce dernier rapporte la scène, le thérapeute crie "arrête". Celui-ci reprend cette procédure à quelques

\* *Maintenant Etudiant, Département de Psychologie, Université Laval, Québec.*

reprises, et fait ensuite remarquer au patient que la pensée anxiogène disparaît effectivement lorsqu'il crie "arrête". Il lui propose alors de pratiquer lui-même cette technique, c'est-à-dire de se crier à lui-même "arrête" à chaque fois que la pensée obsédante apparaît. Ainsi, l'individu peut arriver à maîtriser son obsession. Taylor (1963) a décrit l'application de ce principe dans un cas d'épilation compulsive des sourcils qui durait depuis plus de 31 ans.

Un renforcement réfère à n'importe quel stimulus qui a pour effet d'accroître la fréquence d'une réponse s'il est présenté en même temps que cette réponse ou immédiatement après. Si l'arrêt de pensée est renforcé, la fréquence d'apparition de la pensée obsédante diminuera graduellement jusqu'à disparition complète. Un renforcement peut être présenté à un sujet par imagination et à ce moment, il est appelé renforcement imagé. Cette technique a été récemment introduite en thérapie behaviorale par Cautela (1970a, 1970b). L'hypothèse de base en est que le renforcement présenté par imagination produirait le même effet qu'un renforcement présenté en réalité. Des recherches déjà entreprises en ce sens semblent démontrer le bien fondé de cette assertion, (Cautela, Walsh et Wish (sous presse) Wish, Cautela et Steffen (1970), Wisocki, (sous presse).

Si le renforcement imagé, tel que mentionné plus haut, a comme conséquence d'augmenter la fréquence d'un comportement et s'il est présent

té immédiatement après l'apparition de ce comportement, il est donc plausible de prévoir qu'à mesure que le patient appliquera la technique d'arrêt de pensée, la disparition de cette pensée anxiogène deviendra de plus en plus fréquente, voire complète.

#### PATIENT

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, M.P., qui vit seule avec sa mère. Son père est décédé depuis six ans. Elle a un seul frère âgé de 25 ans, célibataire, demeurant dans une ville située à environ 50 milles de chez elle. La relation avec la mère est décrite comme excellente et sans problème particulier. La raison de la consultation est la suivante: depuis plus de deux ans, M.P., est obsédée par la "peur de mourir". Elle commença à éprouver cette crainte à la suite de la mort de son père, alors qu'elle était âgée de 14 ans. Un an plus tard, sa grand-mère décéda. Cette dernière, avant sa mort, répétait constamment qu'il lui restait très peu de temps à vivre et que très bientôt elle "quitterait ce monde". Les dires de la grand-mère se sont "avérés exacts". Un an et demi plus tard, la patiente eut à faire face à une troisième situation similaire: mort d'une tante avec laquelle elle entretenait de très bonnes relations et qu'elle appréciait beaucoup. Depuis ce dernier événement, deux de ses compagnons ont perdu la vie à la suite d'accidents.

M.P., rapporte que ces idées obsédantes apparaissent surtout le matin entre 10.30 heures et midi, vers la fin de l'après-midi et pendant la soirée. Bien que la fréquence de cette obsession soit irrégulière, elle dit que cette "peur de mourir" lui vient entre 20 et 30 fois par jour.

#### PROCEDURE

Le traitement a consisté en trois séances d'une durée d'une heure s'échelonnant

sur une période d'un mois.

#### PREMIERE SEANCE

La patiente énumère ses problèmes et décrit les situations qui la rendent anxieuse. Cette première rencontre permet de recueillir les renseignements rapportés ci-haut.

#### DEUXIEME SEANCE

La deuxième entrevue consiste principalement à lui enseigner la technique de la relaxation (Wolpe et Lazarus, 1966). Le thérapeute lui suggère de pratiquer ces exercices de détente à raison de deux fois par jour. De plus, lors de cette séance, "le Renforcement Survey Schedule" (RSS) de Cautela et Kastenbaum (1967) lui est remis afin qu'elle le complète chez elle avant l'entrevue suivante.

#### TROISIEME SEANCE

Deux semaines plus tard, la patiente se présente à nouveau au bureau. Elle rapporte qu'elle parvient à bien se détendre, à dormir plus facilement et à se sentir beaucoup moins nerveuse au travail. D'après le RSS et le rapport verbal de la patiente, les items qui lui procurent le plus de sensations agréables sont: 1. assister en compagnie de son ami à des courses d'accélération (drags) 2. conduire elle-même une auto sport. Ces deux items sont employés pour le Renforcement imagé.

Le thérapeute enseigne à la patiente les principes de l'arrêt de pensée et du renforcement imagé. Pendant cette entrevue, cette procédure est pratiquée à huit reprises de la façon suivante: M.P., doit se détendre le plus possible, garder les yeux fermés et imaginer la pensée obsédante. Dès que la scène est imaginée clairement, elle l'indique en levant l'index. A ce moment, le thérapeute crie "arrête", et lui suggère aussi-



tôt de s'imaginer qu'elle se trouve en compagnie de son ami à la piste de courses (renforcement imagé). Ensuite, la patiente pratique cette technique par elle-même à cinq reprises. Le thérapeute demande à M.P., d'appliquer cette technique à chaque fois que la pensée obsédante réapparaîtra.

#### RESULTATS ET DISCUSSION

Un mois après cette troisième entrevue, la patiente est convoquée. Elle rapporte qu'une semaine après notre troisième rencontre, cette "peur de mourir" a complètement disparu, et que depuis trois semaines elle n'a été aucunement troublée par cette idée, situation qui durait depuis plus de deux ans. Quatre mois après la dernière rencontre, la patiente est rejointe par téléphone. Elle rapporte que son état mental est excellent et que les symptômes demeurent disparus. A la suite de ces résultats, il semble donc que l'arrêt de pensée employé avec le renforcement imagé poursuit des résultats efficaces pour le traitement d'une obsession. Un follow-up se poursuit actuellement afin de vérifier la persistance des résultats obtenus et de voir s'il y aura une substitution de symptômes, objection classique qu'apportent les tenants de la thérapie traditionnelle aux tenants de la thérapie comportementale.

Il est important de mentionner ici, que les symptômes présentés étaient bien spécifiques et que la patiente jouissait d'un état mental bien équilibré. De plus, la motivation de M.P., était optimale. Ces deux facteurs ont certes contribué à la rapidité des résultats obtenus et à leur persistance.

#### REFERENCES

- CAUTELA, J. (1970a) Covert Reinforcement. *Behavior Therapy*, 1, 33-50
- CAUTELA, J. (1970b) Covert Conditioning. Rapport présenté à la conférence on the Study of Private Events à l'University of West Virginia, Morgantown.
- CAUTELA, J. et KASTENBAUM, R. (1967) A Reinforcement Survey Schedule for use in therapy, training and research. *Psychological Report*, 20, 1115-1130.
- DOLLARD, J. et MILLER, N.E. (1950) *Personality and Psychotherapy*. New-York : McGraw Hill.
- WISH, P., CAUTELA, J. et STEFFEN, S. (1970) Covert Reinforcement: An experimental test. Rapport présenté lors de la 78ième convention annuelle de l'American Psychological Association, Miami.
- CAUTELA, J., WALSH, K. et WISH, P. (sous presse) The use of covert reinforcement in the modification of attitudes toward the mentally retarded. *Journal of Social Psychology*.
- WISOCKI, Patricia (sous presse) Treatment of obsessive compulsive behavior by Covert sensitization and Covert Reinforcement: A case report. *Behavior therapy and experimental Psychiatry*.
- TAYLOR, J.G. (1963) A behavioral interpretation of obsessive compulsive neurosis. *Behavior Research and Therapy*, 1, 237-244.
- WOLPE, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal inhibition*. Stanford University Press.
- WOLPE, J. et LAZARUS, A. (1966) *Behavioral therapy techniques*. Pergamon Press.

Le prochain numéro (janvier 1972) comportera, entre autres, un compte-rendu de quelques conférences de l'Atelier de thérapie behaviorale, tenu à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, en juin 1971. De plus, les résultats des questionnaires sur cet atelier d'études et sur le Bulletin de nouvelles de l'A.A.T.B.M.F., seront exposés et interprétés.

Certains n'ont pas indiqué leur nom sur leur feuille de réponses au questionnaire sur le Bulletin de nouvelles. S'il veulent le recevoir à l'avenir, ils devront nous écrire à nouveau pour que leur nom apparaisse sur la prochaine liste d'envoi.

QUELQUES PUBLICATIONS EN FRANCAIS

AGATHON, M. (1971)

Une étude expérimentale de psychopathologie: l'extinction d'un conditionnement opérant libre. *Encéphale*, XV, 81-93.

AGATHON, M, ROUSSEL, A. (1968)

Une réalisation d'unité de conditionnement opérant destiné à la recherche comportementale chez l'homme. *Revue de psychologie appliqués*, 18, 129-146.

DELAY, J., PICHOT, P., LEMPERIERE, T., FELINE, A., AGATHON, M. (1969).

Application d'une méthode de conditionnement à l'étude d'un cas d'amnésie de Korsakoff. *Annales médico-psychologiques*, 1, 1-12.

PICHOT, P., AGATHON, M. (1964)

Le conditionnement opérant libre chez l'homme-techniques, recherches et applications récentes américaines. *Revue de psychologie appliquée*, 14, 179-200.

ROGNANT, J. (1970)

*Les thérapeutiques de déconditionnement dans les névroses*. Paris: Masson.

RESULTATS A L'UNITE DE CONDITION-  
NEMENT OPERANT EN DATE DU 1-9-71

Jacques Côté et Wilfrid Pilon,  
Hôpital St-Michel-Archange  
Québec

Population totale : 67

Résultats après 16 mois de fonctionnement.  
Ces données sont pour les 50 résidents pré-  
sents au départ.

TABLEAU I

Statistiques concernant les résidents ayant obtenu leur congé

Age	Années d'hospitalisation	Nombre d'admissions	Séjour dans le programme (mois)	Sortie : Endroit
1. 68	40	1	14	F
2. 23	3½	2	7	T
3. 35	9	3	12	T
4. 57	11	1	5	F
5. 56	18½	1	3	F
6. 38	12½	1	3	F
7. 48	23	1	3	F
8. 32	11	1	12½	F
9. 36	14	1	12½	F
10. 38	22	1	12½	F
11. 48	4½	1	13	FR
12. 32	18	1	13	F
13. 50	5	1	12	T
14. 52	5	1	13	F
15. 26	2½	1	16	T
639	199½	18	150½	
M: 42.6	M: 13.3	M: 1.2	M: 10 mois	11F 4T 1R

\* F: foyer  
T: travail  
R: Réadmission dans le programme

Si l'on examine le tableau I on se rend compte que les résidents qui sont sortis de l'hôpital ont en moyenne 42 ans 6 mois; qu'ils ont séjourné au dit hôpital 13.3 ans en moyenne; que pour la plupart ce séjour s'est fait d'un seul coup; qu'au conditionnement il leur a fallu un séjour moyen de 10 mois avant de faire la preuve qu'ils pouvaient séjourner en foyer ou travailler en s'organisant d'eux-mêmes totalement sans aucune pension.

Sur les 15 résidents sortis, 11 sont allés en foyer, 4 se sont trouvés de l'ouvrage

par eux-mêmes et 1 résident en foyer a dû être réadmis.

Si l'on considère que le groupe de départ comprenait 50 résidents, cela représente un pourcentage de sortie de 30% et un pourcentage de réadmission de 6%.

Il convient ici de féliciter l'équipe du 3E-Messieurs pour ces résultats tangibles tout en espérant que l'Administration sera ainsi encouragée à investir davantage dans cette forme de traitement - contact avec la réalité.

---

Le Bulletin de Nouvelles de l'Association pour l'Avancement de la Thérapie Behaviorale en Milieu Francophone est publié à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Les responsables de ce bulletin sont messieurs Gilles Trudel, L.Ph. et Jean-Marie Boisvert, L.Ph., du Service de Psychologie du même hôpital.