

Soumission de textes à la revue de modification du comportement

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 scientifique. 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 (en français et en anglais) d'environ cent (100) mots.

En outre, il est recommandé de suggérer un choix de termes-clés (en soulignant ces mots dans le résumé anglais), afin de faciliter la confection d'un répertoire, la Revue se trouvant répertoriée dans **psychological abstracts**, de même que dans le **bulletin signalétique**, et apparaissant dans le listing du **standard periodical directory**.

Les textes soumis pour fins de publication doivent parvenir à:

Georgette Goupil, Ph. D.
Co-directrice de la revue de modification du comportement
A.S.M.C.
5555, 15e Avenue
Montréal, Qué.
H1X 2T9

Comité de lecture

Archambault, Jean Commission des écoles catholiques de Montréal	Beausoleil, Raymond Commission Scol. de Val d'Or
Boisvert, Jean-Marie Hôpital Louis-H. Lafontaine	Boudreau, Léonce Université de Moncton
Bourque, Paul Université de Moncton	Forget, Jacques Behaviora
Gaudette, Gilles Hôpital Louis-H. Lafontaine	Giroux, Normand Inst. Nazareth et Ls-Braille
Ladouceur, Robert Université Laval	Leroux, Gilbert Ecole Peter Hall
Loranger, Michel Université Laval	Marchand, André Hôpital Louis-H. Lafontaine
Marineau, Normand hôpital Louis-H. Lafontaine	Martin-Laval, Henri Polyvalente Lucien Pagé
Maurice, Paul Univ. du Québec à Montréal	Otis, Rodrigue Université de Sherbrooke
Richard, Marc-André Hôpital Louis-H. Lafontaine	Trudel, Gilles UQAM et C.H. Ls-H. Lafontaine



REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

SOMMAIRE

- Le traitement de l'agoraphobie en groupe:
André MARCHAND
Jean-Marie BOISVERT
Madeleine BEAUDRY
Michel BÉRARD
Gilles GAUDET
- Analyse "systémique" de l'influence de l'idéologie sexuelle dominante sur les thérapies sexuelles
Manon THÉORET
Sylvie GLADU
- Contrôle du stimulus et réduction de poids en fonction du degré d'extroversion
Pierre BARON
Johanne ROY
Nicole RANGER

REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

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

Directeurs: Georgette Goupil Ph.D. et Raymond Beausoleil Ph.D.

A.S.M.C.
5555, 15e Avenue,
Montréal, Qué.
H1X 2T9

Responsable de la
rubrique "Critique de livres": Jacques Forget
6955, boul. Taschereau
Suite 211

Brossard, Qué.
J4Z 1A7

Conseil
d'administration
de l'association
scientifique
pour la modification
du comportement
A.S.M.C.

Président:	Raymond Beausoleil
Président élu:	Pierre Baron
Président sortant:	Jinette Marci-Denault
Secrétaire:	Jocelyne Kéroack
Trésorier:	Michel Campbell
Coordonnatrice des activités régionales et des groupes d'intérêt:	Georgette Goupil
Représentante (Montréal):	Brigitte Grondin-Bordeleau
Représentant (Québec):	Richard Kaley
Représentant (Moncton):	Raymond Ouellet
Représentant (Rimouski):	Simon Papillon
Représentant (Outaouais québécois et ontarien):	Carole Poirier
Représentant (Sherbrooke):	Gaétan Langlois
BRAS:	Manon Théoret

SOMMAIRE

- Le traitement de l'agoraphobie en groupe: perspectives intéressantes
André MARCHAND 5
Jean-Marie BOISVERT
Madeleine BEAUDRY
Michel BÉRARD
Gilles GAUDET
- Analyse "symétrique" de l'influence de l'idéologie sexuelle dominante sur les thérapies sexuelles
Manon THÉORET 15
Sylvie GLADU
- Contrôle du stimulus et réduction de poids en fonction du degré d'extro-version
Pierre BARON 29
Johanne ROY
Nicole RANGER

Port de retour garanti par A.S.M.C., 5555, 15e Avenue, Montréal, Qué., H1X 2T9, 729-9949
Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec et Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 0383-056X.

Les éditeurs n'assument pas obligatoirement toutes les opinions exprimées par les auteurs des textes publiés.
Courrier de 2e classe, enregistré N° 6100

A.S.M.C.

Association scientifique pour la modification du comportement

XVIème CONGRÈS ANNUEL
Université Laval
Québec
du 17 au 19 mai 1984

INVITATION

Toute personne s'intéressant au domaine de l'analyse et de la modification du comportement est invitée à participer à cette manifestation annuelle qui se tiendra bientôt dans la belle ville de Québec. Outre les conférences, les ateliers, les symposiums et les présentations par affiche, toute une série d'activités récréatives a été prévue pour les congressistes.

Pour renseignements ou formules d'inscription écrire à:

Janel Gauthier, Ph.D.
Président, Congrès de l'A.S.M.C.
Ecole de psychologie
Université Laval
Sainte-Foy, Québec, Canada
G1K 7P4

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

NOM: _____ PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____

Ville: _____ Province: _____

Code postal: _____

TELEPHONE - Domicile: _____ Bureau: _____

ORGANISME ET SECTEUR DE TRAVAIL: _____

FONCTION / PROFESSION: _____

(Si étudiant(e) indiquer discipline et institution): _____

Cochez, s'il s'agit d'une réinscription

— Inscription et abonnement, 1 an: 1982-83*: 30,00 \$
Etudiant: 15,00 \$
Inscription et abonnement, 2 ans: 1982-83*: —
et 1983-84 : 60,00 \$

— Contribution volontaire (déductible d'impôt) _____
— Anciens numéros de la revue _____

Vol. _____ N° _____ à \$ _____ \$ _____
Vol. _____ N° _____ à \$ _____ \$ _____
Vol. _____ N° _____ à \$ _____ \$ _____
Vol. _____ N° _____ à \$ _____ \$ _____
TOTAL (montant inclus) \$ _____

* Le membership se termine le 30 avril.
Faites parvenir votre chèque ou mandat, à l'ordre de l'A.S.M.C. à l'adresse suivante:
A.S.M.C., 5555 - 15e avenue, Montréal, Qué. H1X 2T9

Abonnement pour les établissements

L'abonnement annuel à la revue est de 50,00\$ pour les établissements. Ceux-ci sont priés de faire parvenir leur commande à:

Mme Jocelyne Kéroack, secrétaire
A.S.M.C.
5555, 15e avenue
Montréal, Qué.
H1X 2T9

Le traitement de l'agoraphobie en groupe: perspectives intéressantes

ANDRÉ MARCHAND¹ et 2, JEAN-MARIE BOISVERT, MADELEINE BEAUDRY,
MICHEL BÉRARD et GILLES GAUDETTE
Hôpital Louis-H.-Lafontaine

La présente étude tente d'évaluer l'efficacité du traitement de l'agoraphobie en groupe. Le traitement inclut (1) des interventions individualisées caractérisées par des exercices d'exposition *in vivo* personnalisés et hiérarchisés; (2) des rencontres hebdomadaires permettant de réévaluer et de préciser les exercices appropriés; (3) une procédure d'auto-traitement expliquée dans 2 manuels, un à l'usage de l'individu agoraphobique et l'autre du partenaire; (4) des rencontres spécifiques pour les partenaires des clients. Les effets du traitement sont évalués à l'aide des questionnaires suivants: a) l'inventaire des objets et sentiments générateurs de peur, b) les questionnaires sur les sensations physiques et les pensées phobiques, c) une hiérarchie individuelle et collective des situations anxiogènes, d) un questionnaire d'affirmation de soi, e) de satisfaction conjugale, et f) d'estime de soi. L'analyse des résultats à mesures répétées, (pré-test, post-test et relance) révèle des améliorations significatives dans la plupart des questionnaires. La discussion porte sur les résultats obtenus et sur les différents moyens utilisés dans le but d'améliorer le présent traitement.

Depuis quelques années, plusieurs auteurs confirment la supériorité de l'exposition *in vivo* dans le traitement de l'agoraphobie (Chambless, 1982; Emmelkamp, 1979, 1982a, 1982b; Janson et Öst, 1982; Marchand et Bérard, 1982). Selon Janson et Öst, cette procédure permet d'obtenir des résultats cliniques significatifs dans 60 à 70% des cas. L'exposition *in vivo* comme telle regroupe plusieurs modes d'application et chacun comporte à la fois des avantages et des désavantages différents en termes d'incitation à l'exposition et en termes de rapport coût/efficacité. Pour Emmelkamp (1982b) et Goldstein (1982), la combinaison de différentes modalités permet souvent de mieux répondre aux besoins et particularités des clients et augmente l'efficacité du traitement. Parmi les diverses modalités, l'exposition *in vivo* en groupe présente de nombreux avantages (Chambless et Goldstein, 1980; Charest, Vitaro et Boisvert, 1974; Emmelkamp, 1982a, 1982b; Hand, Lamontagne et Marks 1974; Marchand et Bérard, 1982; Vitaro, Charest et Boisvert, 1981; Watson, Mullet et Pillay, 1973). Selon Emmelkamp et Emmelkamp-Benner (1975), Häfner et Marks (1976), cette procédure se révèle tout aussi efficace que l'exposition *in vivo* individuelle et entraîne de plus une économie de temps pour le thérapeute. Toutefois, peu de recherches se sont attardées à explorer les avantages cliniques reliés à la situation de groupe. On peut d'abord supposer que l'exposition *in vivo* en groupe permet de diminuer l'anxiété sociale reliée aux manifestations "agoraphobiques" et aide à augmenter la fréquence des comportements d'affirmation de soi et de communication interpersonnelle. De

1. Egalement du centre de psychologie comportementale.
2. Les demandes de tirés à part doivent être adressées à André Marchand, hôpital Louis-H.-Lafontaine, 7401 rue Hochelaga, Montréal, Québec, Canada, H1N 3M5. Tél.: 514-253-8200

plus, l'individu à l'intérieur d'un groupe ne se perçoit plus comme un cas unique et, de ce fait, a sans doute tendance à moins se dévaloriser. Cette situation d'autre part permet aux participants de s'aider mutuellement et d'agir comme modèles les uns pour les autres. Elle leur donne aussi l'opportunité de travailler avec un thérapeute de leur choix puisque la situation de groupe permet la participation de plusieurs intervenants. On peut même favoriser le changement de thérapeutes afin de diminuer la dépendance et d'augmenter l'impact de messages identiques venant de thérapeutes différents.

Cependant, la situation de groupe entraîne aussi des désavantages. Selon Emmelkamp et Emmelkamp-Benner (1975) et Hand et ses collaborateurs (1974), certains individus peuvent perturber et ralentir le progrès des autres membres du groupe soit parce qu'ils manifestent de nombreuses réactions pathologiques ou ne respectent pas les consignes. En outre, certains participants progressent trop rapidement et consistent de ce fait des modèles trop parfaits. L'introduction de nouvelles modalités telles des interventions individualisées et des séances d'exposition individuelles permet de pallier ces désavantages.

En vue de favoriser le progrès après traitement, plusieurs auteurs suggèrent d'ajouter des procédures d'auto-traitement où le client décide par lui-même de s'exposer aux situations anxiogènes (Emmelkamp et Mersch, 1982; Hafner et Marks, 1976; Teasdale, Walsh, Lancashire et Mathews, 1977; Vitaro et al., 1981). Suite à l'élaboration de programmes d'auto-traitement où les participants apprennent rapidement à s'exposer seuls, Emmelkamp, (1974 et 1980) et Emmelkamp et Kuipers (1979), notent que cette procédure permet aux agoraphobes de continuer à faire des progrès par eux-mêmes après le traitement. Selon Emmelkamp (1982b), cette procédure s'applique toutefois difficilement avec des participants qui requièrent beaucoup de support.

D'autres cliniciens impliquent un membre de la famille dans le processus thérapeutique, allant même jusqu'à lui faire jouer le rôle de thérapeute (Jones, Sinnott et Fordham, 1980; Mathews, Gelder et Johnston, 1981; Mathews, Teasdale, Munby, Johnston et Shaw, 1977; O'Brien *et al.*, 1982). Mathews et ses collaborateurs (1982) élaborent un programme de traitement à domicile où le client prend la responsabilité de ses exercices. Le partenaire joue un rôle de soutien actif et le thérapeute devient un conseiller et un superviseur. Le client et son partenaire reçoivent un manuel expliquant en détail la procédure d'exposition. Les résultats indiquent une amélioration équivalente au traitement de groupe conventionnel et cette amélioration se poursuit à la relance. Jannoun et ses collaborateurs (1980) obtiennent des résultats similaires. La combinaison de différents modes d'incitation à l'exposition *in vivo* semble être une nécessité.

A l'intérieur des recherches, plusieurs auteurs soulignent d'autres problèmes qui semblent souvent reliés à l'agoraphobie. De nombreuses études décrivent les agoraphobes comme des personnes dépendantes, peu affirmatives et ayant une faible estime de soi (Andrews, 1966; Chambless, 1982a; Ellis, 1979; Emmelkamp, 1979; Emmelkamp et Cohen-Ketans, 1975; Goldstein et Chambless, 1978; Goldstein-Fodor, 1974). Certaines recherches dégagent une faible relation entre l'agoraphobie et le manque d'affirmation de soi (Arrindell, 1980; Burglass et al., 1977; Goldstein et Chambless, 1978; Marks, 1967). Selon Emmelkamp (1980) et Emmelkamp, Van Der Hout et de Vries (1983), le degré d'affirmation de soi ne semble pas modifié par le traitement de l'agoraphobie et il n'influence pas non plus l'efficacité du traitement. Cependant peu de recherches examinent cette variable.

D'autres études rapportent des difficultés maritales importantes (Fry, 1962; Goldstein et Chambless, 1978; Goldstein-Fodor, 1974; Goldstein et Swift, 1977; Hafner,

1982; Hand et Lamontage, 1976; Torpy et Measey, 1974). La seule étude comparative existante (Burglass *et al.*, 1977) ne démontre aucune relation entre l'agoraphobie et la présence de conflits maritiaux. Par contre, certaines études soulignent que les conflits maritiaux et les problèmes familiaux diminuent la probabilité de réussite dans le traitement de l'agoraphobie (Bland et Hallam, 1981; Hafner, 1976, 1977b; Hudson, 1974; Mathews, Gelder et Johnston, 1981; Milton et Hafner, 1979). D'autres chercheurs observent une amélioration de la satisfaction maritale pour la majorité des couples lors de la diminution des manifestations agoraphobiques; l'inverse se produit chez quelques couples (Barlow, Mavissakalian et Hay, 1981; Cobb, McDonald, Marks et Stern, 1980; O'Brien, Barlow et Last, 1982).

L'affirmation de soi, la satisfaction conjugale et l'estime de soi, vu leur importance dans le traitement méritent certainement d'être étudiées davantage.

La présente recherche tente d'évaluer l'efficacité du traitement de l'agoraphobie en groupe afin de favoriser l'exposition *in vivo* aux situations anxiogènes. Elle comprend des interventions individualisées caractérisées par des exercices d'exposition *in vivo* personnalisés et hiérarchisés. Les rencontres hebdomadaires permettent de réévaluer et de préciser les exercices appropriés. Elle inclut une procédure d'auto-traitement expliquée dans deux manuels, un à l'usage de l'agoraphobe et l'autre du partenaire. Les partenaires deviennent personnes-ressources et des rencontres sont planifiées avec eux. Au cours des séances, il y a plusieurs exercices d'exposition *in vivo* en groupe et des discussions sur les problèmes rencontrés et les techniques pour les résoudre. En plus cette étude tente d'évaluer l'effet du traitement sur des variables telles l'affirmation de soi, l'estime de soi et les relations conjugales.

MÉTHODE

Sujets

Cette recherche regroupe 13 participants (10 femmes et 3 hommes) recrutés à la clinique externe de l'hôpital L.-H. Lafontaine. Âgés de 24 à 55 ans, (\bar{x} :38,6; σ :11,53), les participants rapportent les premières manifestations d'agoraphobie datant en moyenne de 11,1 ans pour une variation de 2 mois à 30 ans (σ :9,9). Deux des participants quittent le groupe après la troisième rencontre, l'une en raison de problèmes familiaux, l'autre se disant satisfaite des résultats obtenus. Une troisième participante décide après 6 rencontres de continuer seule la démarche. L'analyse inclut les résultats de ces 3 participants.

Expérimentateurs

Trois psychologues, une travailleuse sociale et un stagiaire en psychologie, tous d'orientation comportementale animent le groupe.

Instruments

Cinq questionnaires servent à mesurer plus spécifiquement le degré de l'agoraphobie. L'*inventaire des objets et sentiments générateurs de peur* (F.S.S.) contient une liste de 51 items représentant différentes peurs ou situations (Geer, 1965). Le *questionnaire sur les pensées phobiques* (Q.P.P.) porte sur les cognitions habituellement notées chez les agoraphobes (Chambless, Gallagher et Bright, 1981). Le *questionnaire sur l'évaluation des sensations physiques* (Q.S.P.) examine la fréquence d'apparition et le degré de peur reliés à diverses sensations habituellement ressenties par les agoraphobes (Chambless et al., 1981). Le *échelle de malaise et prédispositions générales* (EMC, EPC) se compose de différentes situations potentiellement anxiogènes qui peuvent se retrouver dans les environs de l'hôpital où a lieu le traitement: métro, autobus, centre commercial, hôpital... (Boisvert, 1981). Le *échelle de*

malaises et de prédispositions individuelles (EMI, EMP) comprend une liste détaillée de diverses situations anxieuses, construite à partir des informations obtenues lors de la première entrevue d'évaluation.

Autres mesures. Trois questionnaires permettent de recueillir de l'information sur les composantes suivantes: affirmation de soi, estime de soi et satisfaction conjugale.

L'inventaire sur l'affirmation de soi (Gambrell et Richey, 1975) se compose d'items évaluant le degré de malaise et la probabilité d'émission de la réponse affirmative dans diverses situations interpersonnelles où les participants doivent s'affirmer. **L'échelle de satisfaction conjugale** (Azrin, Naster et Jones, 1973) regroupe 10 critères évaluant la satisfaction dans le couple. Une dernière échelle (Lawson, Marshall et McGrath, 1981) permet d'évaluer l'estime de soi sociale.

Démarches

Sélection et mesure. Deux entrevues permettent de sélectionner les participants. Ces entrevues sont effectuées par 6 thérapeutes qui travaillent en équipe de deux.

La première entrevue vise à examiner les diverses manifestations physiologiques, comportementales et cognitives du problème et à évaluer les situations pouvant déclencher et maintenir ce dernier. Cette entrevue permet en plus d'élaborer une liste détaillée des situations anxieuses. Cette liste sert par la suite à construire une échelle de malaise et une échelle de prédisposition à diverses situations problématiques. Les intervenants suggèrent la participation au groupe du partenaire, soit le conjoint, un parent ou un ami. Les clients remplissent ensuite une série de questionnaires.

La deuxième entrevue permet de compléter l'analyse du problème à l'aide d'échelles et de questionnaires. A la fin de cette rencontre, les intervenants informent le client de sa participation ou non au groupe de traitement. Les participants sélectionnés reçoivent un court texte expliquant les buts et les diverses activités du groupe.

Sont sélectionnés pour la présente recherche, les clients qui présentent des manifestations physiologiques, comportementales et cognitives d'agoraphobie en fonction de leurs réponses à l'échelle de malaise et de prédispositions générales et selon le jugement clinique des thérapeutes. Sont exclus les clients présentant des manifestations psychotiques.

Méthode d'évaluation. L'évaluation se déroule en 3 phases: le pré-test, échelonné sur 3 semaines; le post-test, 2 semaines après le traitement et la relance, 3 mois après le traitement.

Traitement. A la première rencontre, ils informent les participants des buts poursuivis et du canevas général du traitement et organisent une discussion sur ce sujet. Puis, les participants font des activités visant à favoriser la cohésion sociale du groupe. Par la suite, chaque participant reçoit un manuel sur l'agoraphobie; ce manuel explique en termes simples en quoi consiste l'agoraphobie et quels comportements et attitudes adopter pour y faire face.

La deuxième séance porte sur le contenu du manuel et une discussion sur les aspects les moins bien assimilés à lieu. Après quoi, les participants (et leur partenaire) sont répartis en sous-groupes avec un thérapeute; ce dernier aide chacun des participants à se fixer un exercice quotidien à pratiquer selon une hiérarchie.

Au cours des séances suivantes, l'accent est mis sur l'exposition graduelle aux situations phobiques, collectivement durant les rencontres et individuellement entre temps (auto-traitement). Ces séances débutent par une discussion en groupe sur les exercices pratiqués entre les rencontres. Cette discussion permet de préciser, super-

viser et planifier des stratégies d'approche. Elle permet d'évaluer les progrès obtenus et les difficultés rencontrées. Par la suite, les participants planifient en sous-groupes les exercices d'exposition à effectuer à la maison et prennent connaissance de l'exercice collectif qu'ils devront pratiquer *in vivo* pendant la seconde moitié de la rencontre. Ils se répartissent en sous-groupes en fonction de la difficulté à affronter pour chacun. L'exercice *in vivo* completé, ils reviennent à la clinique où ils discutent de la démarche qu'ils viennent d'accomplir.

Entre les séances, certains participants se rencontrent pour s'encourager mutuellement et pour discuter des progrès individuels et des moyens utilisés pour vaincre l'anxiété.

Participation des partenaires. Les partenaires participent à la deuxième, sixième et dernière rencontre. A la deuxième rencontre, les partenaires et les participants sont divisés en sous-groupes d'environ 6 personnes chacun pour échanger sur les problèmes d'agoraphobie. Par la suite, en grand groupe, un animateur explique comment bâtir une hiérarchie des situations anxieuses. Le partenaire et le client construisent ensemble cette hiérarchie. Les participants sans partenaire sont regroupés. Enfin, les partenaires discutent en sous-groupes distincts de leurs réactions personnelles face aux problèmes d'agoraphobie et de la façon dont ils croient pouvoir aider au traitement. Le partenaire reçoit de plus un texte intitulé "manuel du partenaire" semblable au manuel remis au client.

A la sixième rencontre, les partenaires sont répartis en sous-groupes avec les clients, ils discutent des exercices effectués durant la semaine et choisissent de nouveaux thèmes si nécessaire. Ils participent à l'exercice collectif (aller au centre commercial). Au retour, la discussion porte sur l'influence du partenaire sur le déroulement de l'exercice.

Enfin, à la 12e rencontre, il y a discussion face au fonctionnement du groupe et à l'intégration des partenaires.

RÉSULTATS

Les tableaux I, II et III résument l'ensemble des résultats obtenus aux différents questionnaires.

TABLEAU 1

Moyennes et écarts-types des mesures dépendantes lors des trois phases d'évaluation avec 13 sujets

Mesures	Pré-test \bar{X}	et	Post-test \bar{X}	et	Relance \bar{X}	et
EMI	2,43	,58	1,29	,86	1,44	,85
EPI	2,27	,46	1,15	,83	1,34	,85
EMG	2,04	,88	0,93	,80	,91	,84
EPG	1,53	,80	0,58	,64	,78	,84
FSS	3,94 ^{a)}	,50	3,05	1,07	3,32	1,06
OPP	2,45	,63	1,95	,55	2,12	,92
OSP	3,21	,64	2,49	,80	2,51	1,22
OSPF	2,96	,56	2,41	,86	2,52	1,16
IASM	2,45	,62	1,99	,70	2,15	,90
IASP	2,74	,37	2,33	,50	2,27	,86
IES	7,12	1,33	5,78	1,23	6,37	,94
IES	3,42	,96	4,10	,79	3,54	1,20

a) Cette moyenne est calculée avec les résultats de 12 sujets.

Le tableau II permet d'observer des résultats significatifs pour la plupart des questionnaires mesurant le degré d'agoraphobie. Au niveau des échelles de malaise et de prédispositions individuelles ($F(2/24) = 26,24$, $CM = ,14$) et ($F(2/24) = 34,75$, $CM = ,19$) les participants manifestent significativement moins de comportements agoraphobiques au post-test et à la relance (voir fig. 1). Des résultats similaires s'obtiennent aux échelles de malaise ($F(2/24) = 4,20$, $CM = ,26$) et de prédisposition ($F(2/24) = 20,61$, $CM = ,25$) de groupe. Les participants manifestent moins de difficultés à affronter des situations problématiques dans l'environnement de l'hôpital au post-test et cette amélioration se maintient à la relance.

TABLEAU 2

Analyses de variance à mesures répétées sur les questionnaires

	Carré moyen CM	Degré de liberté DL	F
EMI	,14	2/24	26,24 **
EPI	,19	2/24	34,75 **
EMG	,99	2/24	4,20 *
EPG	,26	2/24	20,61 **
FSS	,25 a)	2/22	10,72 **
QPP	,44 a)	2/22	1,97
OSP	,47	2/24	4,10 *
OSPF	,43	2/24	2,47
IASM	,12	2/24	4,58 *
IASP	,15	2/24	4,83 *
ESC	,99 b)	2/12	3,17
IES	1,07	2/24	1,19

* $p < ,05$
 ** $p < ,01$
 a) les calculs sont faits avec 12 sujets.
 b) les calculs sont faits avec 6 sujets.

Les participants diminuent l'intensité ou le nombre de peurs ($F(2/22) = 10,72$, $CM = ,25$) à l'inventaire des objets et sentiments générateurs de peurs.

Au OSPP, les participants diminuent significativement la perception de leurs sensations physiques désagréables ($F(2/24) = 4,10$, $CM = 0,47$). Les résultats aux questionnaires sur les pensées phobiques (QPP) et sur la fréquence des sensations physiques se révèlent non significatifs.

Des 3 questionnaires mesurant les problèmes connexes liés aux manifestations agoraphobiques, seul l'*Inventaire de l'affirmation de soi* (IASM et IASP) présentent des résultats significatifs ($F(2/24) = 4,58$, $CM = 0,12$) et ($F(2/24) = 4,83$, $CM = 0,15$). Les participants(e) émettent plus de comportements d'affirmation de soi au post-test et à la relance qu'au pré-test. Les résultats à l'*échelle de satisfaction maritale* et à l'*inventaire de l'estime de soi* ne montrent pas de différence significative.

La relation entre les scores de différences du post-test et du pré-test et les scores au pré-test permet de constater une diminution globale des manifestations agoraphobiques de l'ordre de 54,25%. Les trois quarts des participants s'améliorent. Le tableau III permet de visualiser ces changements.

TABLEAU 3

Pourcentages de la diminution des manifestations agoraphobiques aux EMI, EPI, EMG et EPG

Classés selon le % de la diminution des manifestations "agoraphobiques"	% des individus se situant dans chaque classe
- Diminution importante: 76 à 100%	30,75%
- Diminution substantielle: 51 à 75%	21,25%
- Diminution partielle: 26 à 50%	25,00%
- Diminution minime: 0 à 25%	23,00%

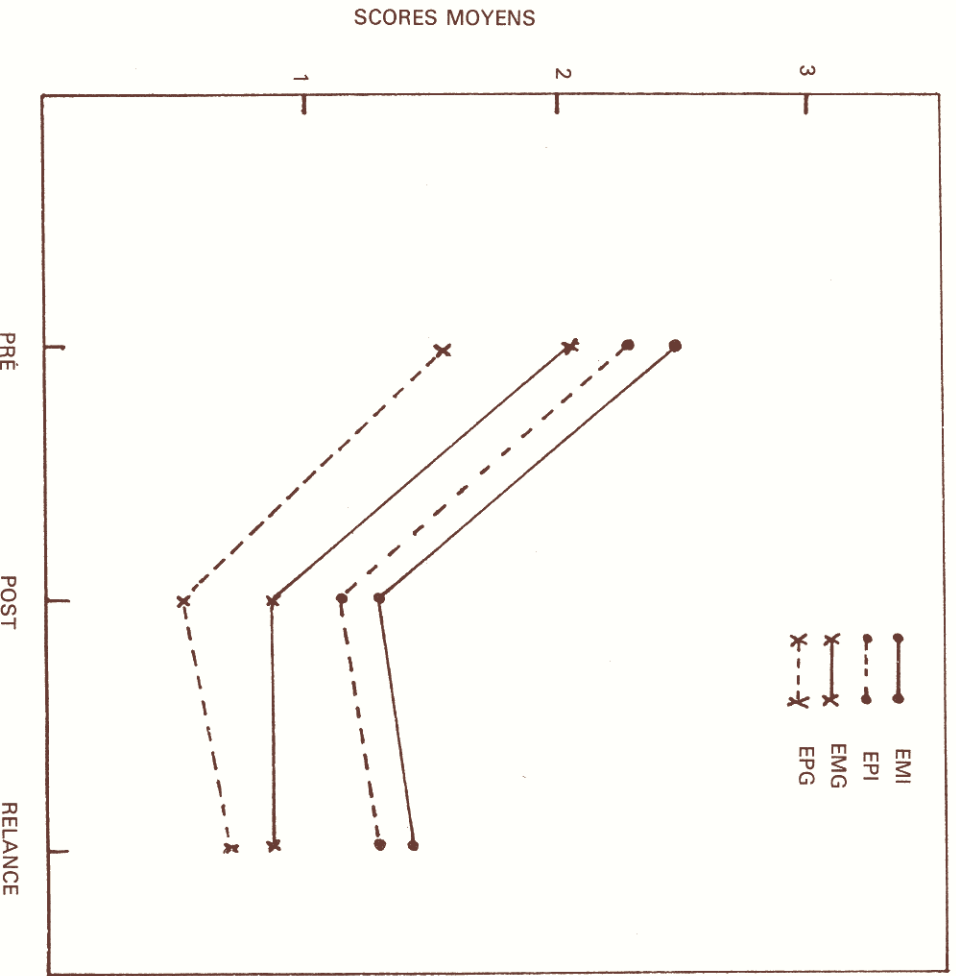


Fig. 1. Résultats moyens aux échelles de malaises et de prédispositions individualisées et générales.

L'analyse des résultats permet de constater une corrélation moyenne de ,77 entre la perception des participants et celle de leur partenaire aux échelles de malaises et de prédispositions individualisées et générales. Le coefficient de corrélation des échelles individualisées est de 0,91 et celui des échelles générales de 0,63.

INTERPRÉTATION ET DISCUSSION

Les résultats montrent une diminution globale de 55% des manifestations agoraphobiques. A la fin des 12 séances de traitement et à la relance, on note une amélioration marquée pour 77% des participants. Sept des participants ne présentent plus de manifestations agoraphobiques, 3 se sont partiellement améliorés et 3 ne montrent aucun changement. Deux de ces derniers ont participé à la moitié des séances seulement.

Les résultats concordent avec les affirmations de Janson et Öst (1982). L'exposition *in vivo* permet d'obtenir des résultats cliniquement significatifs dans 60% à 70% des cas. La plupart des données obtenues aux différents questionnaires montrent une diminution significative des manifestations agoraphobiques. Les échelles de malaise et de prédisposition individuelles indiquent une augmentation marquée de comportements d'approche face aux différentes situations problématiques. Le questionnaire sur le degré de peur et la fréquence des sensations physiques désagréables montre une diminution significative. Le questionnaire sur la perception subjective des peurs fait état d'une diminution dans le nombre et l'intensité des peurs. La questionnaire sur les pensées phobiques indique une diminution du nombre de pensées phobiques mais non de l'intensité. La validité de ce questionnaire demeure douteuse à cause de consignes ambiguës.

Pour des raisons méthodologiques, il devient difficile d'évaluer quantitativement l'impact thérapeutique des partenaires. Ils semblent jouer un rôle prépondérant au niveau de la cohésion du groupe, de l'incitation sociale à l'exposition et de la relation d'aide.

Les différentes mesures connexes à l'agoraphobie permettent d'observer une augmentation des comportements d'affirmation de soi. Les participants en général s'affirment plus après le traitement. Ces résultats concordent avec ceux de Arrindell (1980); Burglass et ses collaborateurs (1977); Goldstein et Chambliss (1978) et Marks (1967). Les résultats à l'échelle de satisfaction conjugale dont le taux de signification atteint 10, laissent supposer une détérioration des relations conjugales après le traitement. L'amélioration de la condition des participants amène-t-elle une augmentation des conflits conjugaux ou le traitement fait-il ressortir ces conflits latents? Il devient difficile de se prononcer sur la relation exacte entre l'agoraphobie et la présence de conflits maritiaux. Cette variable importante demeure confuse et nécessite une étude approfondie. Il n'y a aucun changement majeur au niveau de l'estime de soi sociale.

Cette recherche amène des résultats satisfaisants. Elle permet aussi de dégager, à partir d'autres recherches et de l'expérience clinique des auteurs, de nouvelles modalités d'application dans le but d'améliorer le traitement. Par exemple, le temps d'exposition des différents exercices devrait être plus long (3 à 4h), l'augmentation du nombre et de la durée des séances (1 journée) améliorerait probablement l'efficacité du traitement. Une restructuration des rencontres permettrait d'atteindre un plus grand nombre de clients. Il semble opportun de développer des instruments ou méthodes d'évaluation plus précis, valides et diversifiés. Néanmoins l'exposition *in vivo* en groupe s'avère une méthode efficace pour le traitement de l'agoraphobie et présente un rapport coût/qualité exceptionnel.

RÉFÉRENCES

- Andrews, J. D. W. Psychotherapy of phobias. *Psychological bulletin*, 1966, 66, 455-480.
- Arrindell, W. A. Dimensional structure and psychopathology correlates of the Fear Survey Schedule (FSS III) in a phobic population: A factorial definition of agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 1980, 18, 229-242.
- Azrin, N. H., Naster, B. M., Jones, R. Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedures of marital counseling. *Behaviour research and therapy*, 1973, 11, 365-382.
- Barlow, D. H., Mavissakalian, M., Hey, L. R. Couples treatment of agoraphobia: Changes in marital satisfaction. *Behaviour research and therapy*, 1981, 19, 245-255.
- Bland, K., Hallman, R. S. Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. *Behaviour research and therapy*, 1981, 19, 335-338.
- Boisvert, J. M. *Agoraphobie - Echelle (malaises)*. Document inédit. Hôpital Louis-H.-Lafontaine, 1981(a).
- Boisvert, J. M. *Agoraphobie - Echelle (prédispositions)*. Document inédit. Hôpital Louis-H.-Lafontaine, 1981(b).
- Burglass, D., Clarke, J., Henderson, A. S., Kreitman, N., Presley, A. A. A study of agoraphobic housewives. *Psychological medicine*, 1977, 7, 73-86.
- Chambliss, D. L., Gallagher, R., Bright, P. *The measurement of fear in agoraphobia: The agoraphobic cognitions questionnaire and the body sensations questionnaire*. Paper presented at the AABT Convention, Toronto, November 1981.
- Chambliss, D. L. Characteristics of agoraphobia. In D. L. Chambliss et A. J. Goldstein (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley, 1982(a).
- Chambliss, D. L. A comparative view of treatments for agoraphobia. In D. L. Chambliss et A. J. Goldstein (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley, 1982(b).
- Chambliss, D. L., Goldstein, A. J. Agoraphobia. In A. J. Goldstein et E. B. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions*. New York: Wiley, 1980.
- Charast, J., Vitaro, F., Boisvert, J. M. *Modification du comportement de sujets agoraphobes par "package treatment"*. Document inédit. Hôpital Louis-H.-Lafontaine, 1974.
- Cobb, J., McDonald, R., Marks, I., Stern, R. Marital versus exposure therapy: Psychological treatments of co-existing marital and phobic-obsessive problems. *Behavioural analysis and modifications*, 1980, 4, 3-16.
- Ellis, A. A note on the treatment of agoraphobics with cognitive modification versus prolonged exposure *in vivo*. *Behaviour research and therapy*, 1979, 17, 162-164.
- Emmelkamp, P. M. G. Self-observation versus flooding in the treatment of agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 1974, 12, 229-237.
- Emmelkamp, P. M. G. The behavioral study of clinical phobias. In M. Hersen, R. M. Eisler et P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 8). New York: Academic Press, 1979.
- Emmelkamp, P. M. G. Agoraphobics' interpersonal problems: Their role in the effects of exposure *in vivo* therapy. *Archives of general psychiatry*, 1980, 37, 1303-1306.

ENGLISH ABSTRACT

This study purports to evaluate the effectiveness of group therapy for agoraphobia. The treatment includes (1) individual actions featuring *in vivo* exposure exercises that were personalized and established according to a hierarchy; (2) weekly meetings in order to re-evaluate and to determine the proper exercises; (3) auto-treatment procedure explained in 2 manuals, one for the use of the agoraphobic patient and the other for his or her partner; (4) specific meetings for the patients partners. Treatment outcomes were evaluated with the use of the following questionnaires: a) the Fear Survey Schedule, b) the Agoraphobic Cognition Questionnaire and the Body Sensations Questionnaire, c) an individual and collective hierarchy of anxiety provoking situations, d) an assertiveness scale, e) a marital satisfaction scale and f) a self-esteem scale. The analysis of results with repeated measures (pre-test, post-test and follow-up) indicate significant improvements in most questionnaires. A discussion follows concerning the results and the different ways of improving this treatment.

DÉFICIENCE MENTALE

Quelles sont les dernières nouveautés en matière de services destinés aux personnes handicapées? Vers quoi se dirige le mouvement en faveur des personnes handicapées mentalement? En quoi ces changements touchent-ils les individus qui vivent avec un handicap? Vous trouverez la réponse à ces questions et à de nombreuses autres en lisant les articles pertinents et instructifs qui sont publiés dans la revue DÉFICIENCE MENTALE qui paraît tous les trois mois en français et en anglais.

Un grand nombre de sujets y sont traités par des experts de renommée nationale et internationale dont, entre autres, certaines approches innovatrices à l'égard des ressources destinées aux familles ou encore face à l'éducation, à l'emploi, au logement et aux loisirs. La revue contient aussi des dossiers qui abordent les problèmes se rapportant aux législations, les activités de parrainage et de défense des droits, les questions d'ordre éthique et les changements apportés au niveau politique. Les articles les plus émouvants, toutefois, sont ceux qui décrivent des expériences personnelles, qu'il s'agisse de victoires ou de défaites.

La revue DÉFICIENCE MENTALE est publiée par l'Institut canadien pour la déficience mentale et ses lecteurs, qui sont au nombre de 12000 (éditions française et anglaise combinées), comprennent des personnes handicapées, des parents de personnes handicapées, des bénévoles, des professionnels et des étudiants. Ailleurs dans le monde, la revue est envoyée à des associations de parents, à des bibliothèques universitaires ainsi qu'à des organismes professionnels.

La philosophie qui sous-tend la revue se fonde sur le principe de la normalisation et sur son principal corollaire, l'intégration sociale des personnes handicapées, selon lesquels les personnes présentant un handicap mental sont d'abord et avant tout des **personnes** et peuvent contribuer activement à la vie de leur collectivité.

Soyez du nombre de ceux qui se fient à la revue DÉFICIENCE MENTALE pour les tenir à la fine pointe des réalisations dans le domaine. Pour ce faire, vous n'avez qu'à remplir le formulaire ci-dessous et à le retourner avec votre paiement à l'adresse indiquée.

DEFICIENCE MENTALE
Kinsmen NIMH Building, York University Campus
4700 Keele Street, Downsview, Ontario M3J 1P3

1 an — 10,00\$ au Canada 12,00\$ à l'étranger
2 ans — 18,00\$ au Canada 20,00\$ à l'étranger

Nom _____

Adresse _____

Inclus un cheque de _____ \$ payable à l'ordre de
l'Association canadienne pour les déficients mentaux.

Analyse "systémique" de l'influence de l'idéologie sexuelle dominante sur les thérapies sexuelles¹

MANON THÉORÉT² et SYLVIE GLADU

UOAM

RÉSUMÉ

Cet article fournit une critique des thérapies sexuelles qui repose sur une analyse "systémique". Dans ce cadre, le modèle sexuel dominant est identifié à celui véhiculé par la pornographie. Cette critique cherche à déterminer, face aux thérapies sexuelles, la façon dont le "macrosystème" conditionne d'une part, les demandes des clientes³ et d'autre part, les interventions qui leur sont proposées par les thérapeutes. Elle soulève finalement le rôle des thérapeutes comportementaux: doivent-elles maintenir le statu quo ou apporter un changement social en remettant en question le modèle sexuel à la base des interventions? La thérapie constitue-t-elle un lieu privilégié pour amorcer un changement social?

INTRODUCTION

Comme le souligne Stéphanie Stolz (1981), il est surprenant de constater le peu d'influence des behavioristes et de leur technologie sur les politiques sociales et les gouvernements. Les analystes du comportement disposent pourtant mieux que quiconque des outils nécessaires à l'élaboration d'un contre-contrôle sur les politiques. Une explication plausible de cette lacune veut que l'organisation d'un contre-contrôle efficace doit s'étayer d'une analyse des valeurs et idéologies dominantes, analyse quasi-inexistante chez les behavioristes. Si cette analyse "macrosystémique" ne résulte pas en un changement social majeur, elle servirait à tout le moins à sensibiliser les intervenants à leur rôle politique et à leur position stratégique dans les institutions sociales. Dans cette perspective, la critique qui suit ne se situe pas au niveau de l'efficacité des techniques behavioristes mais questionne essentiellement la pertinence des variables idéologiques dans le choix et la direction du traitement. Elle se situe fondamentalement dans le contexte d'une analyse féministe des conséquences sociales et politiques des comportements thérapeutiques, les féministes ayant déjà largement contribué à cette démarche.

1. Cet article est tiré d'une conférence présentée dans le cadre des activités des BRAS (behavioristes pour la recherche et l'action sociale) lors du congrès de l'ASMC, à St-Georges de Beauce, en juin 1982 et intitulée "pour behavioristes seulement: 18 ans et plus".
2. Bien vouloir adresser toute correspondance à: Manon Théorét, dépt. de psychologie, UOAM, C.P. 8888, succ. A, Montréal, H3C 3P8.
3. Vu la perspective des auteures, ce texte est grammaticalement rédigé au féminin. Les lecteurs peuvent considérer, quand cela est pertinent, que le masculin est inclus dans le féminin.

LE MODÈLE "PORNOTOPIQUE"

Ce texte tente d'élargir le cadre des thérapies sexuelles en les situant dans le "macrosystème" de l'idéologie sexuelle dominante, bien illustrée dans la pornographie. En effet, la pornographie est abordée non pas tant dans ses productions mais dans l'étendue des apprentissages qu'elle favorise en tant que véhicule du modèle privilégié de la sexualité. Il n'est donc pas question ici de l'évaluation des résultats contradictoires des recherches sur les effets de la pornographie sur les consommatrices, mais plutôt de l'imprégnation de l'idéologie pornographique dans les différentes manifestations sociales et interpersonnelles. Le terme "pornotopie" plutôt que pornographie est utilisé ici afin de mettre en lumière l'étendue de la pornographie dans nos systèmes de représentation, de communication et d'éducation. Si la "pornotopie" inclut dans sa définition les déterminants des rapports sexuels, elle englobe aussi toutes les relations de pouvoir entre hommes et femmes. "Pornotopie" ne réfère pas uniquement aux manifestations extrêmes de ce pouvoir, comme le viol, les relations sado-masochistes mais aussi et surtout aux normes qui façonnent les rôles sexuels par la publicité, la mode, la littérature dite "érotique", l'éducation sexuelle et qui déterminent quotidiennement les relations hommes-femmes.

Dans toutes ses manifestations, la "pornotopie" nuit aux femmes parce qu'elle leur met sur leur sexualité en leur assurant qu'un homme, quoi qu'il fasse, les mènera infailliblement au plaisir et que ce plaisir sera inévitablement atteint par la pénétration. La "pornotopie" les dépossède du contrôle sur leur propre sexualité pour le remettre aux hommes, lesquels deviennent dès lors responsables et de leur plaisir et de celui de leur partenaire. Elle retire aux femmes le privilège de déterminer la nature, le lieu et les conditions de leur jouissance.

En posant la question de Lise Dunnigan (1981): "A quoi la pénétration vaginale est-elle donc indispensable?", il n'est possible que de répondre comme elle: "A la reproduction" (et encore...). La "pornotopie" est-elle liée au modèle de sexualité reproductive en définissant la sexualité féminine en fonction de l'acte de reproduction? Puisque chez l'homme le lieu physiologique de l'orgasme est en même temps l'organe de reproduction, puisque la jouissance des femmes est définie par et pour les hommes, et ne doit être obtenue que grâce à eux, "ce modèle correspond à une aliénation... c'est à partir de lui qu'on a pu faire croire aux femmes qu'elles étaient frigides ou anormales si elles ne jouissaient pas par pénétration" (Dunnigan, 1981). Or, les travaux de Masters et Johnson (1966) et le rapport Hite (1976) ont montré que le lieu physiologique de l'orgasme chez les femmes est le clitoris et non le vagin. Pourquoi insister alors sur la nécessité pour les femmes d'avoir un orgasme durant le coït, sinon pour assurer la prépondérance du modèle patriarcal?

La pénétration pourrait pourtant être considérée tout autrement, "une caresse comme une autre, que certaines femmes préférèrent mais que d'autres tolèrent sans plus" (Dunnigan, 1981). La sexualité pourrait être envisagée dans un cadre d'autonomie plutôt que de dépendance, dans lequel les rapports hétérosexuels deviendraient l'une des modalités de la réalité sexuelle. Mais, le vocabulaire même de la sexualité éloigne radicalement cette alternative pour ramener la réalité "pornotopique".

Généralement le rapport sexuel complet signifie qu'il y a eu pénétration et éjaculation. Dans l'expression "faire l'amour", c'est la pénétration vaginale qui est automatiquement sous-entendue. Les préliminaires à l'amour peuvent comprendre une infinité de caresses et de contacts de toute sorte, mais le terme préliminaires indique bien que l'on se dirige vers autre chose et que le principal vient après (Dunnigan, 1981).

Dans ce contexte, il n'est guère étonnant de rencontrer tant de femmes anorgasmiques en thérapie, lorsqu'on constate la convergence de tous les apprentissages

vers ce double-standard: être à la fois "objet" et "sujet" sexuels. Double-standard, car la femme est toujours définie, illustrée, exhibée comme un objet sexuel et consentamment sans contrôle de sa sexualité. La sexualité de la femme doit se mouler à celle de l'autre, lui, sujet sexué. Les femmes apprennent dès leur tout jeune âge à déléguer leur pouvoir en acquiesçant des comportements de victime, de séductrice, de mère, de dépendances variées dans un cadre de restrictions corporelles. Ces apprentissages les obligent à n'utiliser leur corps qu'en fonction des besoins des autres. Qui leur a jamais appris comment elles pouvaient jouir? Leur partenaire s'en chargea bien. Bref, si sexe il y a, ce sexe ne leur appartient pas.

Les hommes subissent aussi l'influence du modèle "pornotopique" qui dénombre, mesure, minute leurs partenaires, érections, éjaculations et qui généralise leur plaisir et leur sexualité. L'éjaculation précoce, problème fréquent, n'est-elle pas définie par des critères de temps et de satisfaction de la partenaire? Si l'intromission dure moins de trois minutes avant l'éjaculation... attention!

Les conditions relatives au renforcement qui favorisent l'apprentissage du modèle pornographique sont d'ordre politique et économique. Les manifestations de ces apprentissages apparaissent dans la sexualité de tous les individus, tant thérapeutes que clientes. Elles ressortent aussi dans les modes d'intervention et de contrôle des comportements.

ANALYSE DE L'INFLUENCE DU MODÈLE SEXUEL TRADITIONNEL DANS LE CADRE DES THÉRAPIES SEXUELLES

En analysant le phénomène de la pornographie, il faut conclure que cette forme particulière d'imagerie ne constitue, ni plus ni moins, qu'une variante du modèle sexuel traditionnel. Les processus d'apprentissage du modèle "pornographique" interviennent de façon plus ou moins accentuée chez tous les individus de notre société puisqu'il est difficile de se soustraire aux conditions généralisées de renforcement présentes dans l'environnement.

Il faut donc assumer au départ que les thérapeutes, tout comme les clientes, ont elles aussi été touchées par ces apprentissages. Dans ce contexte, les effets d'apprentissage de ce modèle sur les thérapies sexuelles sont analysés d'une part en ce qui a trait aux demandes faites par les clientes et aux diagnostics posés par les thérapeutes et d'autre part en ce qui concerne les interventions proposées.

Types de demandes et de diagnostics

Dans le cadre de l'analyse des effets de l'apprentissage du modèle sexuel traditionnel sur le style de demandes faites par les clientes, une première stratégie visait à fournir des informations sur le nombre de personnes qui consultent pour difficultés sexuelles et d'identifier sur cette base le pourcentage de plaintes pour chacune des difficultés mentionnées. Cette étape semblait importante afin de souligner, sans ambiguïté la question des effets du modèle sexuel sur le type de demandes. L'hypothèse de base postulait qu'une plus grande proportion de demandes visaient la conformité au modèle sexuel dominant. Toutefois, la littérature ne fournit aucune donnée statistique relative à cet aspect.

Faute de données, une deuxième stratégie d'analyse visait à identifier le type de demandes ou de plaintes formulées par les clientes. Cette tâche s'est aussi révélée impossible car la littérature ne rapporte pas la plainte initiale. Au contraire, les seules données disponibles sont les diagnostics, résultats d'une ou de plusieurs évaluations. Ce fait est important car même si la plainte est semblable au diagnostic, il arrive souvent que l'une et l'autre soient très différents. Masters et Johnson (1970) rapportent d'ailleurs quelques cas dans lesquels la demande ne porte pas directement sur le fonc-

tionnement ou la satisfaction liée à la performance sexuelle, mais vise plutôt à trouver des solutions pour des problèmes autres que sexuels.

Dans ce contexte, toutes les données relatives au type de demandes des clientes présentées sous la forme d'un diagnostic sont inutilisables. En effet, la classification des "dysfonctions" sexuelles retenue par les divers auteurs ne fournit aucune indication sur le motif initial de la consultation. Ce qui est obtenu, c'est uniquement l'évaluation des thérapeutes, c'est-à-dire la demande filtrée.

Sans rejeter catégoriquement ou globalement les méthodes d'évaluation et de classification utilisées par les thérapeutes, il faut souligner que, dès cette première étape, le jugement des thérapeutes de même que le modèle sexuel personnel auquel elles se réfèrent jouent un rôle important.

Face à l'impossibilité d'utiliser les catégories de "dysfonctions" sexuelles fournies par les auteurs, il a fallu se tourner vers les études de cas. Deux types de situations rencontrées à quelques reprises peuvent fournir une piste de questionnement. Dans la première situation, une cliente présente une plainte non sexuelle qui devient sexualisée après l'évaluation. Dans la seconde situation, la cliente présente une plainte sexuelle qui correspond au modèle sexuel traditionnel.

Type d'intervention

Les catégories de "dysfonctions" sexuelles rapportées par les thérapeutes représentent donc les seuls éléments disponibles. La classification des difficultés, de même que la théorie et le programme d'interventions varient évidemment selon les divers auteurs. Ainsi, pour analyser les effets de l'apprentissage de l'idéologie sexuelle traditionnelle sur les interventions proposées par les thérapeutes, quelques exemples caractéristiques du champ de la thérapie sexuelle sont décrits. L'analyse des effets de cet apprentissage chez les auteurs retenus souligne uniquement, dans leur travail respectif, les aspects qui semblent pertinents pour cette critique.

Masters et Johnson (1966) ont été les premiers à s'intéresser à la réponse sexuelle humaine en tant que fonction biologique naturelle. Ils ont développé un modèle strictement physiologique du cycle de la réponse sexuelle en excluant totalement l'aspect subjectif. Il comporte quatre phases: excitation, plateau, orgasme et résolution.

Ils présentent en 1970 un modèle d'intervention applicable aux diverses "dysfonctions" sexuelles, dont l'étiologie correspond à une histoire socio-culturelle particulière et à une ignorance de la physiologie sexuelle. Leur programme consiste en un ensemble de procédures centrées sur le problème et visant les causes immédiates de la "dysfonction" sexuelle. Ces causes sont l'anxiété de performance, le rôle de spectateur ainsi que le manque de communication et d'information sur la sexualité.

Parmi les caractéristiques de leur programme, on retrouve entre autres une série d'exercices sexuels. Par exemple, le traitement suggéré pour le dysfonctionnement orgasmique est: sensibilisation corporelle, masturbation jusqu'à l'orgasme, masturbation mutuelle jusqu'à l'orgasme et coït. Bien sûr, les exercices varient selon le type de "dysfonctions" mais l'objectif demeure toujours le même: le coït.

Le programme de Masters et Johnson correspond au modèle sexuel "pornographique". Il vise en fait dans un premier temps à diagnostiquer et ensuite, à traiter les difficultés dans le sens d'un rapprochement de plus en plus grand vers ce modèle dont l'essence et la finalité sont réduites à l'obtention d'orgasmes par pénétration vaginale.

Les cas de "dysfonctions" sexuelles chez l'homme confirment bien cette orientation: tout d'abord, toutes les définitions sont construites à partir de critères se rapportent à ce modèle, soit une incapacité de pénétrer ou d'éjaculer à l'intérieur du vagin. Un homme sain, avec un fonctionnement sexuel "normal" doit être capable, évidemment après quelques préliminaires, d'atteindre l'objectif final, soit une érection suffisante pour la pénétration et une éjaculation, ni trop rapide, ni trop lente, de façon à pouvoir satisfaire sa partenaire. Parallèlement à ceci, la femme doit être capable d'atteindre un niveau d'excitation et ensuite un orgasme par pénétration, idéalement sans stimulation manuelle du clitoris.

Sans nier l'existence de ces comportements sexuels ni la satisfaction qu'ils peuvent apporter, il faut remettre en question la pertinence et la nécessité d'intervenir dans le but de "performer" de cette manière. De plus, un tel fonctionnement s'il est essentiel à la procréation, est-il pour autant le seul fonctionnement sexuel possible ou normal? Face à l'approche de Masters et Johnson, la critique la plus sévère est probablement l'absence d'une analyse "systémique" des difficultés sexuelles. Leur modèle réduit la sexualité à une expression trop simpliste en l'expliquant strictement en termes de cycle de la réponse sexuelle. Leur programme d'intervention focalise sur les conditions de renforcement proximales de la sexualité et réduit ainsi de même coup l'action à un niveau thérapeutique en excluant dès le départ tout questionnaire sur la norme.

Les behavioristes ont aussi largement contribué au développement des thérapies sexuelles. Plusieurs auteurs tels Wolpe (1973), Brady (1966, 1971), Lopiccolo et Lobitz (1972), Graber et Graber (1975), Barbach (1975), etc. ont développé divers traitements. Parmi ceux-ci, on retrouve des techniques de réduction de l'anxiété, de masturbation dirigée, de reconditionnement orgasmique, etc... applicables selon le type de difficultés sexuelles présentées. Encore une fois, l'objectif n'étant pas d'étudier le détail des techniques, l'analyse se limite à l'identification du modèle sexuel qui conditionne, maintient et valide le développement de ces techniques.

Toutefois, afin de faciliter la compréhension de l'argumentation, le programme thérapeutique pour femmes "anorgasmiques" développé par Graber et Graber (1975) est présenté. Ce programme, tel que décrit par Lamoureux et Avard (1979), vise l'apprentissage de comportements sexuels spécifiques. Il comporte des techniques destinées à augmenter l'excitation sexuelle de même que des techniques favorisant la "désinhibition" de la sexualité. Dans la première partie du programme, il s'agit tout d'abord d'entraîner la cliente à atteindre l'orgasme seule, par la masturbation. Ceci permet de placer la cliente dans la situation la moins anxiogène en évitant toute l'anxiété qui a pu être liée au partenaire. Cet objectif est atteint en procédant à un entraînement à la masturbation qui comporte 11 étapes graduées.

Lorsque l'entraînement à la masturbation est complété, la deuxième partie du programme comportant 10 étapes est réalisée afin de permettre la généralisation de ce comportement à une situation avec partenaire. En fait, cette deuxième série de tâches a pour but de faciliter l'obtention d'un orgasme lorsque la cliente est pénétrée par un partenaire, et ceci sans stimulation manuelle du clitoris. Afin d'illustrer plus concrètement ces techniques, quelques étapes de ce programme ont été choisies du texte de Lamoureux et Avard (1979).

L'entraînement à la masturbation

Étape 6: La cliente doit pratiquer une respiration profonde et expirer lentement en produisant le son "ah", ce qui laisse la bouche ouverte. Cet exercice doit être pratiqué jusqu'à ce qu'elle puisse l'exécuter confortablement. Par la suite, elle pratique le même exercice en imaginant une situation sexuelle et plus tard en se masturbant.

Etape 8: La cliente est encouragée à utiliser du matériel érotique (livres, revues, images, films) pour élaborer ses fantasmes sexuelles. Si possible, la cliente doit graduellement délaissier le matériel érotique en le remplaçant par des fantasmes issues de son imagination. Cette étape est complétée lorsqu'aucun sentiment de honte ou de culpabilité n'accompagne l'utilisation de fantasmes.

Etape 11: Cette dernière étape consiste à utiliser des stimulations vaginales afin de faciliter la transition entre l'orgasme obtenu par "autostimulation" et l'orgasme obtenu par pénétration d'un partenaire. Il s'agit d'introduire un doigt ou un objet dans la vagin (par exemple une chandelle propre) et de stimuler le clitoris jusqu'à ce que la cliente sente l'imminence de l'orgasme. A ce point, elle cesse de stimuler directement le clitoris et stimule la région vaginale jusqu'à ce que se produise l'orgasme. Graduellement, elle réduit le temps de stimulation de la région clitoridienne et augmente le temps de stimulation de la région vaginale.

Le programme de généralisation (aussi qualifiable "d'entraînement à la pénétration," hors texte)

Etape 6: La femme commence à se masturber en stimulant la région clitoridienne et lorsque l'orgasme s'annonce, elle cesse de se stimuler et c'est l'homme qui continue la stimulation du clitoris. Si l'orgasme n'est pas atteint, le processus recommence jusqu'à ce que l'homme permette à la femme d'obtenir l'orgasme. Par la suite, la femme réduit graduellement le temps pendant lequel elle se stimule et c'est l'homme qui la stimule, jusqu'à ce que ce soit les seules stimulations de l'homme qui produisent l'orgasme.

Etape 10: Cette dernière étape reprend le même exercice qu'à l'étape 9. Le pénis est inséré dans le vagin. La femme bouge son bassin et contracte son muscle pubococcygien. De plus, elle stimule son clitoris de la même façon que lorsqu'elle se masturbe. Toutefois, lorsque l'orgasme commence, la femme doit cesser la stimulation clitoridienne. Lorsqu'elle peut atteindre l'orgasme de cette façon, elle réduit le temps pendant lequel elle stimule son clitoris, jusqu'à ce qu'elle puisse atteindre l'orgasme sans le stimuler manuellement.

Cette dernière étape complète l'entraînement à la masturbation et rend possible l'obtention de l'orgasme dans une situation hétérosexuelle.

Ces quelques étapes laissent peu de doute sur l'influence du modèle "pornotopique" en thérapie sexuelle. Qu'on se réfère aux sons "ah", au matériel pornographique, aux fantasmes aussi bien qu'à l'objectif final qui consiste en l'obtention d'un orgasme "permis" par la pénétration sans stimulation manuelle du clitoris, tout concorde parfaitement avec le maintien du statu quo en matière de sexualité. Parce que ces thérapies s'inscrivent à l'intérieur du même cadre idéologique, elles renforcent l'absence de contrôle des femmes sur leur sexualité.

Bien que les thérapeutes défendent l'efficacité de ces méthodes, ne devraient-elles pas aussi se questionner sur les critères qui servent de base à l'évaluation de leur efficacité? La réussite doit-elle nécessairement se définir par une "performance" sexuelle en accord avec le modèle traditionnel "normal"? Et justement, si cette normalité existe, par qui a-t-elle été définie?

En fait, en se référant aux données recueillies par Kinsey (1953) et Hite (1976), on s'aperçoit qu'il existe des variations énormes selon les femmes dans leur façon de jouir. Ceci soulève l'aspect politique qui est nécessairement présent dans toutes les thérapies. Quand une femme vient consulter parce qu'elle n'arrive pas à jouir par pénétration, la thérapeute doit-elle appliquer le programme thérapeutique requis devant la demande insistante de sa cliente ou peut-elle analyser avec elle les facteurs qui l'amènent à formuler cette plainte?

D'autres auteurs tel que Kaplan (1979), Apfelbaum (1976), Robinson (1976), Singer (1973), Zilbergeld et Ellison (1980) ont questionné l'adéquacité du cycle de la réponse sexuelle en se préoccupant de l'aspect subjectif de la sexualité. La description qui suit se limite aux travaux de Kaplan et de Zilbergeld et Ellison.

Kaplan en 1979 a été amenée à reconsidérer la validité de son modèle à cause d'un nombre de plus en plus grand de clientes qui présentaient des problèmes de faible désir sexuel ou de manque d'intérêt face à la sexualité. Les pourcentages de réussites de la thérapie étaient beaucoup plus faibles avec les clientes présentant un faible désir que pour celles traitées pour d'autres "dysfonctions" sexuelles. Ainsi, dans un souci d'augmenter la pertinence de son diagnostic et l'efficacité de son traitement, elle ajoute à son modèle de 1974 qui comportait deux phases, l'excitation et l'orgasme, une autre phase, celle du désir.

Dans les cas de faible désir sexuel, bien que la thérapie doive s'adapter aux besoins spécifiques du couple, elle suggère de commencer le traitement avec la méthode de Masters et Johnson et ensuite de procéder à des exercices particuliers visant l'augmentation du désir sexuel.

Kaplan se conforme elle aussi parfaitement aux normes d'une part, en diagnostiquant le faible désir comme nécessairement une "dysfonction" et d'autre part, en utilisant des techniques qui ne visent qu'à augmenter l'intérêt sexuel sans avoir procédé antérieurement à une analyse des conditions "macro-systémiques" de renforcement. Le modèle de Kaplan déçoit car, même si l'évaluation subjective de la cliente vient d'être prise en considération, on y retrouve la même préoccupation thérapeutique que que dans le cas des "dysfonctions" plus traditionnelles, c'est-à-dire la conformité à l'idéologie "pornotopique".

Zilbergeld et Ellison (1980) s'intéressent eux aussi à l'aspect subjectif de la sexualité, suite à leur incapacité de traiter adéquatement les difficultés des clientes présentant une faible fréquence de relations sexuelles. Tout en considérant le désir et l'excitation subjective comme un aspect important à travailler dans le cadre de la thérapie, ils constatent qu'il n'existe pas de norme ou de standard pour leur évaluation. Selon eux, les problèmes de désir sont presque invariablement des problèmes de relation. Ce n'est pas qu'une personne désire trop ou trop peu sur une échelle absolue; c'est plutôt une opposition dans les styles ou les intérêts de deux personnes. Ils donnent à ce sujet l'exemple d'un homme qui veut une seule relation sexuelle par mois et s'en satisfait. Si on compare cet homme à d'autres hommes qui ont des relations sexuelles trois fois par semaine, il est alors considéré comme ayant un désir sexuel trop faible. Cependant, si sa partenaire se satisfait d'une relation à tous les trois mois, il se retrouve soudainement avec un désir trop fort. Comme Gagnon et Simon (1973) le soulignent, dans le scénario traditionnel, la femme fixe la limite supérieure et l'homme la limite inférieure.

Ce point de vue sur les oppositions au niveau du désir focalise sur les deux partenaires plutôt que sur la seule partenaire présentant un faible intérêt. Par ailleurs, il est frappant de voir comment un seul côté du problème de désir sexuel est considéré jusqu'à maintenant, celui de la partenaire présentant un faible désir. Rarement

L'attention est dirigée sur la partenaire qui incite l'autre à une fréquence plus grande de relations sexuelles. En ne traitant que l'individu qui présente un faible désir, les thérapeutes tombent dans le mythe culturel commun qui dit que vouloir plus de sexualité (avec certaines limites) est normal et sain, alors qu'un moindre appétit indique la pathologie. Zilbergeld et Ellison dénoncent cette attitude et appliquent dans leur traitement des techniques d'augmentation ou de diminution du désir sexuel avec les deux partenaires. Pour eux, il n'existe aucun niveau de désir préférable à un autre; il s'agit plutôt d'un compromis satisfaisant entre deux personnes.

L'annonce de Zilbergeld et Ellison semble intéressante non seulement en ce qui concerne le désir, mais aussi en ce qu'elle permet une réflexion qui sort des schémas conceptuels traditionnels de la sexualité. Plus que les autres auteurs, ils se préoccupent non seulement de la situation sexuelle comme telle, mais du contexte social dans lequel elle se situe.

Au terme de ce bref survol de quelques-unes des thérapies offertes en matière de sexualité, il est frappant de constater que le modèle "pornotopique" est, de façon très évidente, maintenu à tous les niveaux. Ou, si l'on agisse du diagnostic, de la détermination des objectifs de la thérapie, des méthodes d'intervention ou de l'évaluation des résultats, le modèle sexuel dominant sert de référence. Plus encore, c'est à partir de cette norme que toutes les thérapies sont élaborées. Il apparaît donc urgent de se questionner sérieusement sur les valeurs qui sont véhiculées dans ce cadre thérapeutique et de souligner encore une fois le niveau politique présent dans cette situation, afin de sensibiliser les thérapeutes au choix qu'elles doivent nécessairement faire quant à leur rôle: agente de maintien du statu quo ou agente de changement social.

LE RÔLE DES THÉRAPEUTES

À la lumière des faits énoncés, la question du rôle des thérapeutes se pose avec davantage d'acuité. Les thérapeutes doivent-elles répondre aux demandes des clientes, demandes qui hypothétiquement convergent majoritairement vers le modèle "pornotopique"? (Puisque la réponse thérapeutique va dans ce sens). Peuvent-elles agir comme agentes de changement social en remettant en question le modèle "pornotopique" à l'intérieur de la thérapie? Toute hésitation sur cette interrogation soulève encore le noeud de l'éthique et de la neutralité scientifique, pour le moins paradoxal pour les behavioristes qui identifient la tâche des thérapeutes comme une manipulation du comportement. Dans cette perspective, comment les behavioristes pourraient-elles s'appuyer sur l'éthique et la neutralité scientifique pour refuser d'induire des changements de valeurs? Les valeurs ne sont-elles pas un ensemble de comportements socialement et différemment renforcés? Et les valeurs ne sont-elles pas de toute façon, présentes dans la thérapie?

Il est d'une part reconnu que le succès d'une thérapie s'évalue tant par la cliente que par la thérapeute comme la convergence des valeurs de la cliente vers celle de la thérapeute (Rawlings et Carter, 1977). D'autre part, les valeurs, attitudes, caractéristiques personnelles de la thérapeute semblent avoir un impact majeur sur la cliente et la thérapie, quelle qu'elle soit (Abramowitz et Dockeki, 1977).

En conséquence, il est impossible, à moins d'un surcroît de naïveté ou d'irresponsabilité, d'ignorer l'influence des thérapeutes ou de se permettre de tomber dans le piège commode de l'éthique. En effet, l'éthique n'est-elle pas trop souvent utilisée comme le garde-fou des valeurs du système patriarcal? L'éthique est un principe trop souvent avancé pour justifier un conformisme dont ni les clientes, ni les thérapeutes ne sont à l'abri. D'un côté, les intervenantes sont façonnées et renforcées par les milieux académiques et les diverses institutions à émettre des comportements dont

les valeurs sous-jacentes respectent les pouvoirs en place. De l'autre côté, les clientes émettent des demandes en conformité avec les normes des organisations sociales.

Dans une perspective nouvelle, l'éthique ne peut être considérée qu'en y incluant les notions d'égalité et de respect. Ce qui apparaît dès lors éthique, c'est de ne proposer aux femmes et aux hommes que des stratégies comportementales qui vont dans le sens d'un bien-être individuel et collectif, bien-être que les institutions actuelles soient loin de favoriser, du moins en ce qui concerne les femmes (Dunnigan, 1981 et Doherty, 1978).

Il existe pourtant encore des auteurs qui défendent vigoureusement le sacro-saint principe de la neutralité. En effet, Bernard (1977) précise pour le profit des psychologues féministes que la tâche de la thérapie est très différente de celle de la politique et que les thérapeutes se doivent de les distinguer. Selon lui, les efforts pour amener des changements sociaux, même si ceux-ci sont bénins et positifs, n'appartiennent pas à la rubrique psychothérapeutique. Les efforts pour maintenir l'ordre social tel qu'il est imposé appartiendraient-ils davantage à cette rubrique?

La question n'est pas neuve. Depuis les années soixante, les psychothérapie est critiquée comme bastion d'une institution dont les buts sont d'amener les gens à s'adapter à la société telle qu'elle est (Sherman, Koufacos et Kenworthy, 1978). De la même façon, la thérapie comportementale chez les femmes des comportements d'ajustement à leur rôle traditionnel et ne les incite guère à modifier les environnements qui les désavantagent. Les thérapies sexuelles ne font pas exception (*Collectif thérapies avec les femmes*, 1981). Si une cliente "anorgasmique" veut jouir de la pénétration, on le lui apprendra en sachant pertinemment que la stimulation clitoridienne la mènerait plus sûrement et plus rapidement à l'orgasme. Quoiqu'il en soit, il est difficile de concevoir qu'une thérapie ose encore à ce jour, prétendre à l'objectivité d'une intervention quelle qu'elle soit. Tout comportement thérapeutique est donc subjectif, biaisé ou politique.

Par ailleurs, il apparaît difficile d'interroger le rôle des thérapeutes sans investiguer l'influence du "macrosystème" sur leurs comportements afin d'identifier les biais des thérapeutes. Dans une étude récente, Sherman, Koufacos et Kenworthy (1978) constatent que les thérapeutes masculins diffèrent d'abord de leurs collègues féminines au niveau du peu d'information qu'ils maîtrisent sur des données physiologiques et psychologiques relatives aux femmes. Une deuxième différence apparaît quant à leur ouverture face à un élargissement des rôles, les thérapeutes masculins identifiant davantage comme but important de la thérapie, l'ajustement de la cliente aux conditions qu'elle vit.

D'autre part, les études sur les biais sexuels des thérapeutes et sur l'effet du sexe des thérapeutes demeurent jusqu'à maintenant, au mieux contradictoires, au pire invalides (Smith, 1980). En rapport avec ces recherches et avec les difficultés qu'elles soulèvent au niveau méthodologique, Annette Brodsky de l'A.P.A. souligne dans son discours présidentiel en 1978 (traduction libre).

Nous préférierions certainement ne pas avoir à effectuer des recherches sur ce que nous considérons évident, mais plusieurs de nos collègues ne croient pas nos expériences à moins que nous ne leur fournissions des données valides. Toute recherche est colorée par les biais de l'investigateur (...) et je ne suis pas inquiète d'un possible effet Rosenthal en recherche féministe, car je suis pleinement consciente que nos détracteurs s'emploient activement à contrebalancer ce biais avec leurs propres biais, de façon égale mais opposée. Aussi longtemps qu'un segment de la profession croira que les biais sexuels n'existent pas, nous aurons à démontrer ce que nous, fem-

nistes, avec nos yeux et nos oreilles biaisés, savons être vrai.

Il est possible d'ajouter à cette critique qu'une revue de littérature sur les biais sexuels de thérapeutes a permis de constater des faiblesses méthodologiques dans les enquêtes effectuées auprès des thérapeutes. En effet, le choix d'instruments connus par l'échantillon des thérapeutes accentue le problème de la déstabilité sociale et fausse les résultats obtenus: personne ne s'identifie soi-même comme étant sexiste. L'analyse des interactions thérapeute-cliente à l'intérieur du processus thérapeutique termine cette analyse. Le modèle avancé par Argyris (1975) propose 2 catégories d'interactions pouvant s'élaborer tant au sein des thérapies directives (comme les thérapies comportementales) que des thérapies dites non-directives: l'influence unilatérale et l'influence réciproque. D'une part, l'influence unilatérale peut se définir comme l'appropriation par la thérapeute des moyens d'information et de contrôle des comportements. L'experte punit ou éteint les efforts de la cliente à développer un contre-contrôle. Elle s'assure ainsi d'atteindre le but qu'elle a elle-même fixé, sans qu'il puisse être remis en question par la cliente qui se trouve alors dans une situation d'impuissance. L'influence réciproque se définit par ailleurs comme le contrôle exercé par la thérapeute en présence du contre-contrôle qui provient de la cliente. Ce contre-contrôle est façonné par la thérapeute qui fournit à la cliente toute l'information disponible quant à ses buts et à ses propres valeurs, aux données relatives au problème présenté et aux techniques de modification qui seront utilisées. La thérapeute abandonne un peu ici son statut d'experte. Elle accepte, dans une relation de face à face, de confronter ses valeurs et ses buts avec ceux de sa cliente.

Si cette dernière catégorie d'influence réciproque apparaît facilement compatible avec les thérapies de modification du comportement, elle fait dans tous les cas partie inhérente des thérapies féministes. Les principes de la thérapie féministe et ceux de la thérapie comportementale se ressemblent d'abord par les postulats de départ procédant d'une détermination culturelle, d'un modèle "environnemental" de l'adaptation et d'une absence de catégories diagnostiques. Les thérapies féministes diffèrent pourtant des thérapies comportementales traditionnelles par leur approche politique du changement. Politique, parce que les changements proposés traduisent une analyse des rôles sexuels et de leurs conséquences néfastes sur les femmes. Les thérapeutes féministes mettent aussi l'accent sur un modèle androgyne de la santé mentale et contribuent à diffuser le principe selon lequel "le privé est politique". Ce principe a pour application directe de faciliter la communauté d'expériences et d'identifier le caractère éminemment social des comportements individuels.

De plus, en greffant au rôle thérapeutique l'influence réciproque et l'analyse politique, les thérapies féministes ouvrent la possibilité d'agir comme agentes de changement social. En élargissant le cadre de la thérapie, elles reformulent la notion d'éthique, en respectant le bien-être des femmes.

Enfin, puisque les thérapeutes féministes ne se rattachent à aucune école particulière, il est facile d'imaginer une intégration de leurs principes politiques aux techniques de modification de comportement dans le traitement des problèmes de sexualité, d'affirmation de soi, de dépression, d'obsession, etc... Ce rapprochement constituerait un pas décisif dans l'atteinte des objectifs de contre-contrôle des politiques sociales.

CONCLUSION

En guise de conclusion, voici quelques pistes de questionnement pour alimenter la réflexion amorcée:

- Que reste-t-il de la pornographie, quand on l'a dépouillée de son imagerie et de sa violence, sinon le modèle sexuel traditionnel?

- Ce modèle est appris et intégré par toutes par le biais de la publicité, de la famille, de l'école, etc... S'il ne constitue qu'une forme culturelle de la sexualité, les thérapeutes peuvent-elles contribuer à le modifier?

- En examinant les thérapies sexuelles, on peut s'interroger sur l'impact de l'idéologie sexuelle sur les demandes des clientes. Quand une cliente consulte parce que ses comportements ne sont pas conformes à la norme, la thérapeute doit-elle nécessairement répondre à la demande? Si oui, pourquoi? Ces raisons sont-elles valides? Existe-t-il des raisons non-dites? (renforceurs de la thérapeute). Sinon la thérapeute possède-t-elle les moyens nécessaires à cette remise en question? La société lui accorde-t-elle ce mandat?
- Lorsque la thérapeute évalue la plainte initiale d'une cliente et qu'elle détermine ses objectifs de la thérapie, quels sont les critères qu'elle utilise? A quel modèle se réfère-t-elle? Laisse-t-elle à sa cliente la possibilité de réagir, de contre-contrôler?
- Face au questionnement sur la pertinence du modèle actuel traditionnel, les thérapeutes se questionnent-elles sur de nouveaux modèles et suscitent-elles chez leurs clientes cette même réflexion en évitant toutefois de créer de nouvelles normes en rapport avec ces modèles alternatifs?
- Face à l'introduction de nouveaux modèles en thérapie, quelles conséquences peut-on appréhender tant au niveau du couple que des rapports sociaux homme-femme? Cette nouvelle option est-elle généralisable à l'extérieur du bureau de la thérapeute?
- Dans un tel contexte de généralisation, comment imaginer un élargissement du rôle de la thérapeute dans le sens d'une agente de changement social?
- Comment le modèle d'intervention comportementale est-il compatible avec une approche davantage politique du changement?

RÉFÉRENCES

- Abramowitz, C.V. et Dookeki, P.R. The politics of clinical judgment: early empirical findings. *Psychological bulletin*, 1977, 19, 107-116.
- Aptelbaum, B.A. critique and reformulation of some basic assumptions in sex therapy: The relation between sexual arousal and sexual performance. Paper presented at Congrès International de sexologie, Montréal, Canada, October 30, 1976.
- Argyris, C. Dangers in applying results from experimental social psychology. *American psychologist*, 1975, 469-485.
- Barbach, L.G. *For yourself*. New-York: Anchor Press, Doubleday, 1976.
- Bernard, H. A. perspective on the psychotherapist's response to the women's movement. *Journal of sociology and social welfare*, 1977, 4-6, 915-921.
- Brady, J.P. Breivital-relaxation treatment of frigidity. *Behaviour research and therapy*, 1966, 4, 71.
- Brady, J.P. Breivital-aided systematic desensitization, in R.D. Rubin, H. Fensterheim, A. Lazarus and C.M. Franks (Eds.), *Advances in behavior therapy*, New-York: Academic Press, 1971.
- Brodsky, A. Source materials for nonsexist therapy. *American psychologist*, 1978, 30, 1169-1174.
- Collectif de femmes. Thérapies avec les femmes: lieu de pouvoit? *Revue de modification du comportement*, 1981, 11, 1, 35-52.
- Doherty, E. Are differential discharge criteria used for men and women psychiatric patients? *Journal of health social behavior*, 1978, 19, 107-116.
- Dunnigan, L. Réflexion sur la sexualité. *Essai sur la santé des femmes*. Éditeur officiel du Québec 1981.
- Gagnon, W. and Simon, J.H. *Sexual conduct*. Chicago: Aldine, 1973.
- Graber, G. and Graber, B. *Woman's orgasm*. New-York: Books Merril Co., 1975.
- Hite, S. *The Hite report*. New-York: Dell publishing Co., 1976.
- Kaplan, H.S. *The new sex therapy*. New-York: Brunner/Mazel, 1974.
- Kaplan, H.S. *Disorders of sexual desire*. New-York: Brunner/Mazel, 1979.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. and Gebhard, P.H. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia and London: W.B. Saunders, 1953.
- Lamoureux, G. et Avard, J. *Guide pratique pour le diagnostic et le traitement des dysfonctionnements sexuels*. Service d'orientation et de consultation psychologique. Université de Montréal, Montréal, 1979.
- LoPiccolo, J. and Lobitz, W.C. The role of masturbation in the treatment of primary orgasmic dysfunction. *Archives of sexual behavior*, 1972, 2, 153-164.
- LoPiccolo, J. and LoPiccolo, L. (Eds.). *Handbook of sex therapy*. New-York: Plenum Press, 1978.
- Masters, W.H. and Johnson, V.E. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown and Co., 1970.
- Rawlings, E. and Carter, D. *Psychotherapy for women: Treatment toward equality*. New-York: Thomas, 1977.
- Robinson, P. *The modernization of sex*. New York: Harper and Row, 1976.
- Sherman, J., Koufacos, C. and Kenworthy, J. Therapists: Their attitudes and information about women. *Psychology of women quarterly*, 1978, 2-4, 299-313.
- Singer, I. *The goals of human sexuality*. New-York: W.E. Norton and Co., 1973.
- Smith, M.L. Sex bias in counseling and psychotherapy. *Psychological bulletin*, 1980, 87-2, 392-406.
- Stolz, S. Adoption of innovations from applied behavioral research: "Does anybody care?". *Journal of applied behavior analysis*, 1981, 4, 14, 491-505.
- Wolpe, P. *The practice of behavior therapy* (2e ed.) Oxford: Pergamon, 1973.
- Zilberfeld, B. and Ellison, C.R. *Desire discrepancies and arousal problems in sex therapy* in Leiblum, S.R. and Pervin, L.A. (Eds.) *Principles and practice of sex therapy*. New-York: The Guilford Press, 1980.

ENGLISH ABSTRACT

This article is a critical study of sexual therapies based upon a systems analysis. In this perspective, the dominating sexual model is identified with that of pornography. The authors try to determine in what way the "macro-system" conditions the demands of women seeking sexual therapy and also the therapists' response to these demands. This study finally discusses the role of behavior therapists: should they maintain status quo or bring about social change by re-evaluating the prevailing sexual model at the root of the different therapies? Is therapy a privileged terrain for undertaking social change?

LISTE DES REVUES DISPONIBLES¹

Volume 1 N°: 1	Volume 2 N°: 1	Volume 3 N°: 1
Volume 1 N°: 2	Volume 2 N°: 2	Volume 3 N°: 2
Volume 1 N°: 3		Volume 3 N°: 3
Volume 1 N°: 4		Volume 3 N°: 4
		1,00 \$ l'unité
Volume 5 N°: 1	Volume 6 N°: 2	Volume 7 N°: 1
Volume 5 N°: 2	Volume 6 N°: 4	Volume 7 N°: 2
Volume 5 N°: 4		Volume 7 N°: 3 et 4
Volume 8 N°: 1	Volume 9 N°: 1	
Volume 8 N°: 2		
Volume 8 N°: 3		
Volume 8 N°: 4		2,00 \$ l'unité
Volume 9 N°: 2 et 3	Volume 10 N°: 1	Volume 11 N°: 1
Volume 9 N°: 4	Volume 10 N°: 2	Volume 11 N°: 2
	Volume 10 N°: 3	Volume 11 N°: 3
	Volume 10 N°: 4	Volume 11 N°: 4
Volume 12 N°: 1	Volume 13 N°: 1	
Volume 12 N°: 2	Volume 13 N°: 2	
Volume 12 N°: 3	Volume 13 N°: 3 et 4	
Volume 12 N°: 4		4,00 \$ l'unité

1. Les gens intéressés à se procurer des numéros doivent contacter le secrétariat. Pour plus de renseignements sur les contenus de ces numéros, on peut consulter l'Index des auteurs des dix premiers volumes (voir Vol. 10, N° 4, 225-230), lequel se trouve maintenant complété par l'Index 1981 des auteurs (voir Vol. 11, N° 4, 231-232) et l'Index 1982 des auteurs (voir Vol. 12, N° 4, 259-260) et par l'Index 1983 des auteurs (voir Vol. 13, N° 3 et 4, 157).

LA TECHNOLOGIE DU COMPORTEMENT

ÉDITEURS

RODRIGUE OTIS, D.Ps., FACULTÉ D'ÉDUCATION, UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
SHERBROOKE, QUÉBEC

JACQUES FORGET, D.Ps., BEHAVIORA, BROSSARD, QUÉBEC

COMITÉ DE RÉDACTION ET DE LECTURE

G. Apfeldorfer, France; L. Boudreau, Nouveau-Brunswick; P. Cappelliez, Alberta; M. Comeau-Charbonneau, Québec; R. Côté, Québec; J. Cottraux, France; O. Fontaine, Belgique; T. Galkowski, Pologne; D. J. de L. Horne, Australie; G. V. Kroetsch, Ontario; M. Kwee, Néerlande; R. Ladouceur, Québec; A. Leduc, U.S.A.; G. Lelord, France; M. Lindemann, Bundesrepublik Deutschland; G. Magerotte, Belgique; M. A. Matos, Brésil; A. Méard, Québec; R. Montambault, Québec; I. Pele, Belgique; N. Raposo, Portugal; P. H. Ruel, Québec; J. J. Sanchez-Sosa, Mexico; C. Simonin, France; J. Tardif, Québec; A. Wener, Québec.
DIRECTEUR ADMINISTRATIF: JOHN TOPP, M.Ps.

OBJECTIFS

LA TECHNOLOGIE DU COMPORTEMENT est une revue consacrée à la publication d'articles basés sur les principes de l'analyse expérimentale du comportement. Elle s'intéresse au développement d'une conception technologique de l'analyse et de la modification du comportement humain. Cette technologie s'élabore à partir des théories du conditionnement répertoire, opérant, de l'apprentissage social et de l'information-processing. L'objet des articles se situe au plan d'une analyse descriptive, d'une prédiction ou d'un contrôle du comportement. La méthodologie est explicite de telle sorte qu'il est possible de reproduire la démarche proposée par l'auteur. Les domaines d'intérêts incluent les milieux clinique, familial, institutionnel, médical, industriel et éducationnel. Des textes théoriques, fondamentaux et des recensions d'écrits sont publiés dans la mesure où l'auteur fait ressortir les aspects technologiques. Tous les articles sont publiés en français et sont précédés d'un résumé. Ce résumé est traduit en anglais, espagnol, allemand et à partir de 1982 transcrit en Braille (français et anglais).

AIMS AND SCOPE

LA TECHNOLOGIE DU COMPORTEMENT is a bi-annual journal which publishes articles on the principles of applied behavior analysis. The aims of the journal are to promote the technical and methodological aspects of behavior analysis and modification. This technology is based on findings in operant and respondent conditioning, social learning, and information processing theory. Areas of interest include clinical, family, institutional, organizational and educational settings as well as behavioral medicine. Articles are published in french and are preceded by short summaries. All articles are followed by english, spanish and german abstracts and by french and english Braille transcripts.

RESUMEN EN ESPAÑOL

DEUTSCHEN ZUSAMMENFASSUNG

ABONNEMENT

LA TECHNOLOGIE DU COMPORTEMENT est une revue bi-annuelle publiée au printemps et à l'automne de chaque année. Le coût annuel est de 40,00 \$ canadiens pour les institutions, de 20,00 \$ pour les individus et de 12,00 \$ pour les étudiants. Pour les abonnements à l'extérieur du Canada et des États-Unis, les frais de port sont de 5,00 \$. Les volumes déjà parus sont disponibles aux prix courants.

COPIE GRATUITE SUR DEMANDE
ISSN 0705-2707

édition *behaviora*

6955, boul. Taschereau, suite 211, Brossard, Québec, Canada J4Z 1A7

Contrôle du Stimulus et Réduction de Poids en Fonction du Degré d'Extroversion

PIERRE BARON¹, JOHANNIE ROY et NICOLE RANGER

Université d'Ottawa

La présente étude avait pour objectif d'évaluer l'efficacité de la procédure comportementale de contrôle du stimulus pour la réduction de poids en fonction du degré d'extroversion. Suivant la théorie de Eysenck, les extrovertis sont plus portés à rechercher les stimulations sensorielles et tolèrent moins bien la privation de stimuli que les introvertis. Considérant que la nourriture est un stimulus sensoriel et que les procédures de contrôle du stimulus en exigent une certaine privation, il fut avancé que l'application de ces procédures constituerait une tâche plus difficile pour les extrovertis que pour les introvertis et, en conséquence, générerait chez les premiers, moins de perte de poids que chez les seconds. Vingt-huit femmes et 2 hommes furent sélectionnés suivant des critères définis et ils furent ensuite divisés en 2 groupes, extroverti (E) et introverti (I), selon les résultats à l'*Inventaire de personnalité*, formule "A" (Eysenck & Eysenck, 1964). Le programme comme tel comprenait une période de traitement de 4 semaines, suivie d'une période de relance de 3 semaines. L'analyse des résultats ne révéla pas de différence significative en termes de perte de poids entre le groupe E et le groupe I à la fin de la période de traitement ni à la fin de la période de relance. Ces résultats sont discutés et des suggestions pour de futures études sont formulées.

Au cours des années, les spécialistes de l'approche comportementale ont oeuvré avec assez de succès au traitement de l'obésité (Agras & Werne, 1981; Wilson, 1980a, 1980b). Dans sa forme la plus simple, l'obésité est définie comme un déséquilibre entre l'énergie absorbée dans la nourriture et l'énergie dépensée dans l'activité ou l'exercice. Une des façons de corriger ce déséquilibre est de diminuer l'absorption calorifique grâce à un changement des habitudes alimentaires. Les techniques de contrôle du stimulus introduites par Ferster, Nurnberger et Levitt (1962) se sont avérées efficaces en ce sens (Peninck, Filion, Fox & Stunkard, 1971; Stuart & Davis, 1972). Ces techniques visent à changer le comportement de manger principalement en réduisant ou en contrôlant le nombre d'événements, de situations ou de stimuli associés à ce comportement.

D'autre part, selon la théorie de Schachter (1971a, 1971b), les individus obèses sont influencés d'une façon disproportionnelle par les signaux externes reliés à la nourriture. Selon ce même auteur, les individus présentant un poids normal sont plus réceptifs à des signaux internes ou physiologiques. Des études sont venues appuyer le point de vue de Schachter (Ballard, Gipson, Guttenberg & Ramsey, 1980; Goldman, Jaff & Schachter, 1968; Nisbett & Gurwitz, 1970; Schachter & Gross, 1968).

Dans un autre contexte, la théorie avancée par Eysenck (1967), suggère qu'il existe une différence dans la manière de répondre aux stimulations externes de certains individus. Cette réponse est associée à leur besoin de stimulation, lequel est directement relié à leur degré d'extroversion. Ceci serait attribuable à des seuils d'activité différents au niveau du système réticulaire. Les extrovertis auraient un niveau d'inhibition élevé et d'excitation faible, ce qui occasionnerait chez eux une réduction du taux d'information dirigée vers le cortex. De leur côté, les introvertis auraient une tendance opposée, soit une faible inhibition et une forte excitation de leur système réticulaire. Il en découlerait un taux d'afférence corticale relativement plus élevé chez ces derniers. Eysenck soutient en plus que le haut niveau d'excitation corticale rendrait les introvertis plus sensibles aux stimuli sensoriels et les porterait à éviter ces

1. S'adresser pour titré à part à Pierre Baron, 96, rue Leroy, Gatineau, Qc J8V 1H8

stimulations. Le faible niveau d'excitation corticale des extrovertis serait par contre responsable de leur répression sensorielle et les inciterait à rechercher ces stimulations. Des études viennent appuyer cette hypothèse (voir Smith & Vetter, 1982).

En considérant la nourriture comme un stimulus sensoriel, il peut être avancé que les extrovertis seraient plus tentés par la nourriture et qu'ils en supporteraient moins bien la privation que les introvertis. Par ailleurs, étant donné que les techniques de contrôle du stimulus impliquent un certain degré de privation, il est déduit que celles-ci devraient produire une rétrovertis. La présente étude fut élaborée dans le but de vérifier cette deuxième hypothèse.

MÉTHODE

Sujets

Les sujets furent sélectionnés parmi les personnes ayant répondu à une annonce parue dans le journal étudiant de l'université d'Ottawa et du centre universitaire. Ceux-ci les invitaient à prendre part à un programme de réduction de poids. Les sujets n'étaient admis que s'ils rencontraient les critères suivants: (a) 18 ans au minimum et 45 ans au maximum, (b) un minimum de 10% d'excédent de poids, (c) ne pas être enceinte, (d) ne pas avoir subi de chirurgie au cours des 2 derniers mois, et (e) ne pas avoir été ou ne pas être présentement sous les soins d'un médecin à cause de troubles relatifs au poids (par exemple pour un trouble hormonal ou métabolique). Outre ces critères, 3 exigences additionnelles étaient requises: ne pas participer à aucun autre programme de réduction de poids, ne pas prendre de médicaments pour maigrir et enfin, déposer \$20,00 remboursable après participation au programme. Ce montant n'était pas associé à la perte de poids. Des 49 personnes qui répondirent à l'annonce, 30 furent sélectionnées (28 femmes et 2 hommes). L'âge des sujets variait entre 19 et 38 ans, avec une moyenne de 23,2 ans et les poids étaient répartis entre 124 et 233,5 livres, avec une moyenne de 154,02 livres.

Démarche

Tel qu'indiqué dans l'annonce, les personnes intéressées devaient d'abord rejoindre par téléphone l'une ou l'autre des 2 assistantes de l'étude. Celles-ci s'assuraient de l'admissibilité des Ss, tout en leur rappelant les exigences additionnelles. Quelques renseignements sur le programme et sa durée étaient aussi communiqués. Lors de ce contact téléphonique, un rendez-vous en vue d'une brève rencontre individuelle était également fixé avec chacun afin de les mesurer et de les peser, de déterminer leur pourcentage d'excédent de poids sur la base des normes de 1975 de *Weight Watchers International* (Stuart, 1978) et enfin d'administrer l'*Inventaire de personnalité de Eysenck* (forme "A") mesurant le degré d'extroversion. Les sujets, vêtus d'une jaquette de papier, étaient pesés sans souliers sur une balance médicale "Detecto" et leur poids évalué au quart de livre près. Les mesures de poids et de grandeur étaient prises par l'une des assistantes ou par le superviseur de la recherche selon le sexe du sujet. Lors de la rencontre individuelle, chaque sujet faisait un dépôt et signait une formule attestant de sa participation volontaire au programme. Suite à cette rencontre individuelle, les sujets furent invités à une rencontre de groupe portant sur la conception comportementale de l'obésité et sur les principes d'apprentissage à la base des techniques de contrôle du stimulus. Celles-ci furent décrites une à une aux sujets et des instructions sur la façon de les mettre en application furent données. Les techniques proposées, orientées vers le contrôle de la fréquence des occasions de manger, de la quantité de nourriture absorbée et des types de nourriture absorbée, sont résumées dans Bellack (1975). Par la suite, les sujets furent rencontrés individuellement une fois par semaine, pendant 4 semaines consécutives, pour être pesés. A l'occasion de ces rencontres, l'assistante se limitait à demander aux sujets, d'une semaine à l'autre, quelles techniques étaient appliquées.

Les sujets furent divisés en deux groupes, extroverti (E) et introverti (I), selon le score obtenu à l'*Inventaire de personnalité de Eysenck*. En plus de mesurer le degré d'extroversion, ce test présente également une échelle de mensonge. Seuls les items se rapportant au niveau d'extroversion furent considérés. Le degré d'extroversion était calculé sur un total de 24. Les scores de 0 à 12 inclusivement représentaient le groupe I et ceux de 13 à 24, le groupe E. Les groupes I et E comprenaient 15 sujets chacun. La pénurie de répondants à l'annonce a empêché la formation d'un groupe-contrôle.

Après la quatrième semaine, la période de relance fut introduite et présentée aux sujets comme étant la seconde étape du programme. Ceux-ci furent invités à continuer à appliquer tout ce qui avait été recommandé au début du programme jusqu'à ce qu'ils aient acquis un ensemble complet d'habitudes alimentaires adéquates. Les sujets furent également informés que dans un nombre indéterminé de semaines, les expérimentateurs re-communiqueraient avec eux en vue d'une dernière rencontre. La période de relance s'échelonna sur 3 semaines. A la fin de cette période, soit à la fin de la septième semaine, chaque sujet fut rencontré individuellement une dernière fois pour la mesure de poids. Le remboursement du dépôt initial et l'administration d'un questionnaire sur le degré d'application des techniques suggérées, le degré de difficulté à les appliquer, le taux de satisfaction face au programme et l'utilisation potentielle de techniques additionnelles.

RÉSULTATS

Seuls les résultats des sujets ayant complété les 4 semaines de traitement et les 3 semaines de relance furent inclus dans l'analyse des données. Dans le groupe 1, 3 participants laissèrent le programme après la rencontre de groupe et 3 autres, après les 3 premières semaines de traitement. Dans le groupe E, un sujet quitta au cours de la période de relance. L'échantillon final était donc composé de 9 sujets dans le groupe I et de 14 dans le groupe E.

Les poids bruts de chaque sujet à la quatrième et à la septième semaine furent transformés en pourcentage du poids initial (pré-traitement), afin de tenir compte du poids initial (Bellack & Rosensky, 1975). Le tableau 1 présente le pourcentage moyen du poids au pré-traitement (i.e. à la rencontre de groupe), à la quatrième et à la septième semaine pour chaque groupe concerné.

TABLEAU 1
Pourcentage moyen de poids du corps au pré-traitement, à la semaine 4 et à la semaine 7 pour les groupes introverti et extroverti.

Groupes	n	Pré-traitement	Semaine 4	Semaine 7
Introverti	9	100	97,03	96,31
Extroverti	14	100	98,14	97,97

Un test *t* fut calculé en utilisant les poids bruts des groupes E et I afin de déterminer si ces groupes différaient avant le traitement. Ce rapport ne révéla aucune différence significative entre le groupe E et le groupe I au pré-traitement. Une même analyse entre les pourcentages de poids des groupes E et I à la quatrième semaine (fin de la période de traitement), ne révéla aucune différence significative de perte

entre les 2 groupes concernés. Une analyse identique entre les pourcentages de poids des groupes E et I à la septième semaine (fin de la période de relance) ne montra non plus aucune différence significative de perte entre les 2 groupes.

Enfin, le post-questionnaire donné aux sujets des groupes I et E fut analysé afin de déterminer si les résultats obtenus concernant la perte de poids pouvaient être attribuables à certaines variables mesurées dans ce questionnaire. L'accent fut mis sur les questions touchant la conformité aux techniques recommandées au cours du programme. La première question allouait des choix de réponse s'échelonnant de 1 à 5, soit de très bonne application à aucune application. Un test *t* calculé par les groupes E et I n'indiqua aucune différence significative entre ces groupes. La deuxième question, elle, demandait si d'autres techniques, en plus des éléments recommandés, avaient été utilisées par le sujet pour l'aider à réduire son poids. A cette question, il pouvait répondre oui ou non. La fréquence des réponses dans chaque catégorie fut convertie en pourcentage et soumise à un test χ^2 ; ce test ne montra aucune différence significative entre les groupes. La troisième question traitait du degré de difficulté à appliquer les techniques. Les choix des réponses étaient répartis de 1 à 7, soit de très facile à très difficile. La différence entre les 2 groupes ne s'avéra pas plus significative pour cette question que pour les précédentes suite à l'analyse d'un test *t*. Le degré de satisfaction fut mesuré dans la dernière question où le choix de réponse était distribué entre 1 et 7 et correspondait de très insatisfait à très satisfait, le test *t* révèle que le degré de satisfaction s'avéra identique chez les 2 groupes.

INTERPRÉTATION ET DISCUSSION

Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité de la procédure comportementale de contrôle du stimulus pour réduire le poids en fonction du degré d'extroversion. Les résultats montrent d'abord l'efficacité des techniques de contrôle du stimulus à induire une perte de poids. En effet, les groupes E et I donnèrent lieu à une perte de poids qui varia entre 1,86% et 2,97% après la quatrième semaine et entre 2,03% et 3,69% à la fin de la septième semaine, ce qui s'inscrit dans la ligne de résultats obtenus antérieurement lors d'application dans le même domaine des techniques de contrôle du stimulus (Bellack, 1975). Certes, l'absence d'un groupe-contrôle ne permet pas de commentaires additionnels par rapport à l'ampleur de cette perte. Par ailleurs, contrairement à l'hypothèse avancée, on n'observe pas de différence significative entre les groupes E et I en termes de perte de poids, que ce soit à la fin de la période de traitement ou au terme de la période de relance.

Cette étude accuse certainement des limites importantes. La première concerne le trop petit nombre de sujets composant chacun des groupes. Il serait en conséquence très approprié de reprendre la même étude avec davantage de sujets. Une limite similaire a trait à la trop brève période de traitement et de relance. Ici encore, la recommandation d'une extension de la période de traitement ou de relance serait de mise. En effet, certaines études antérieures ont indiqué une plus grande efficacité des procédures de contrôle du stimulus au terme de périodes de relance plutôt qu'à la fin de périodes de traitement (Bellack, Rozensky & Schwartz, 1974). Par ailleurs, les résultats obtenus ne sont probablement pas les fruits d'applications divergentes par les 2 groupes des techniques recommandées au programme. En effet, l'analyse de post-questionnaire révèle que les 2 groupes rapportent avoir réalisé les tâches du programme de façon identique. Les résultats du post-questionnaire suggèrent que les 2 groupes sont comparables par rapport aux variables mesurées. Rien ne laisse penser que l'un ou l'autre des groupes ne se soit pas conformé aux techniques recommandées. Par ailleurs, l'écart peut être trop petit entre les 2 groupes à l'indice d'extroversion pour être aussi explicite ces résultats.

Tel que mentionné auparavant, les sujets ayant obtenu un score entre 0 à 12 inclusivement à l'*Inventaire de personnalité de Eysenck* étaient considérés comme introvertis et ceux ayant obtenu un score entre 13 et 24 inclusivement, comme extroverts. Il apparaît important de souligner que 4 des 9 sujets introvertis affichaient un score entre 10 et 12 inclusivement; ce qui veut dire que 44% du groupe introverti semble être caractérisé par un bas niveau d'introversion, alors que 4 des sujets extroverts, soit 29% du groupe extroverti, possédait un bas niveau d'extroversion. En conséquence, une étude qui utiliserait des sujets se situant davantage aux extrêmes de l'*Inventaire de personnalité de Eysenck* pourrait s'avérer plus pertinente.

Reste enfin la possibilité que, contrairement au point de vue de Schachter, les individus obèses ne soient effectivement pas plus influencés que les individus non-obèses par les stimuli externes reliés à la nourriture. Des observations récentes soulèvent une telle possibilité (Costanzo & Woody, 1975; Woolley & Woolley, 1975), et les résultats de la présente étude s'inscrivent dans la même direction.

RÉFÉRENCES

- Agras, S., & Wernke, J. Disorders of eating. In S.M. Turner, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (eds.), *Handbook of clinical behavior therapy*. New York: Wiley, 1981.
- Ballard, B., Gipson, M., Guttenberg, W., & Ramsey, K. Palatability of food as a factor influencing obese and normal-weight children's eating habits. *Behavior research and therapy*, 1980, 18, 598-600.
- Bellack, A.S., & Rozensky, R.H. The selection of dependent variables for weight reduction studies. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 1975, 6, 83-94.
- Bellack, A.S., Rozensky, R.H., & Schwartz, J. A comparison of two forms of self-monitoring in a behavioral weight reduction program. *Behavior therapy*, 1974, 5, 523-530.
- Costanzo, P., & Woody, E. Extremality as a function of obesity in children: Pervasive style or eating-specific attribute? *Journal of personality and social psychology*, 1979, 37, 2296-2296.
- Eysenck, H.J. *The biological basis of personality*. Ill.: Thomas, 1967.
- Eysenck, H.J., Eysenck, S.B.O. *Eysenck personality inventory*. San Diego: educational and industrial testing service, 1964.
- Ferster, C.B., Numburger, J.L., & Levitt, E.B. The control of eating. *Journal of mathematics*, 1962, 1, 87-109.
- Goldman, R., Joffa, M., & Schacter, S. Yom Kippur, Air France, dormitory food, and the eating behavior of obese and normal persons. *Journal of personality and social psychology*, 1968, 10, 117-123.
- Nisbett, R., & Gurwitz, S. Weight, sex and the eating behavior of human newborns. *Journal of comparative and physiological psychology*, 1970, 73, 245-253.
- Peninck, S.B., Fillion, R., Fox S., & Stunkard, A.J. Behavior modification in the treatment of obesity. *Psychosomatic medicine*, 1971, 33, 49-55.
- Schachter, S. *Emotion, obesity and crime*. New York: Academic Press, 1971(a).
- Schachter, S. Some extraordinary facts about obese humans and rats. *American psychologist*, 1971, 26, 129-144, (b).
- Schacter, S., & Gross, L.P. Manipulated time and eating behavior. *Journal of personality and social psychology*, 1968, 10, 98-106.
- Smith, B.D., & Vetter, H.J. *Theoretical approaches to personality*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1982 (ch. 13).
- Stuart, R.B. *Act thin, stay thin*. New York: W.W. Norton, 1978.
- Stuart, R.B., & Davis, B. *Slim chance in a fat world: Behavioral control of obesity*. Champaign: Research Press, 1972.
- Wilson, G.T. Behavior modification and the treatment of obesity. In A. Stunkard (ed.), *Obesity*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1980(a).
- Wilson, G.T. Current status of treatment approaches to obesity. In W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. New York: Pergamon, 1980(b).
- Woolley, O.W., & Woolley, S.C. The experimental psychology of obesity. In T. Silverstone and J. Fincham (eds.), *Obesity: Pathogenesis and management*. Lancaster: Medical and Technical Publishing Company, 1975.

ENGLISH ABSTRACT

This study wanted to evaluate the effectiveness of a behavioral procedure of stimulus control to reduce weight in Ss as a function of their degree of extroversion. According to Eysenck's theory, extroverts seek more sensory stimulations and bear less stimuli deprivation than do introverts. Since food is considered to be a sensory stimulus and that stimulus control procedures entail a certain deprivation, it was hypothesized that the introduction of these procedures would represent a more difficult situation for extroverts than for introverts and, consequently, would result in less important weight loss with the former than with the latter. Ss (28 women and 2 men) were selected according to specific criteria and were divided into an introverted and an extroverted group depending on their scores on Eysenck and Eysenck's (1964) Personality Inventory (Form A). The program was comprised of a 4 - week treatment period and of a 3 - week follow-up. Analysis of results indicated no significant differences in weight loss between groups at the end of the treatment period and of the follow-up. Results are discussed and recommendations are formulated for future studies.

ELEMENTS POUR UNE HISTORIOGRAPHIE

Présidents successifs du congrès de l'assoc. scientifique pour la modif. du comport.

1970-71	Un comité exécutif groupant: Léonce BOUDREAU Louis MALENFANT Etienne THERIAULT	Léonce BOUDREAU Gilles TRUDEL et Jean-Marie BOISVERT	Moncton	1970
1971-72	Jacques CÔTE	Jacques CÔTE	Québec	1972
1972-73	Michel BOULARD	Jean-Marie BOISVERT et Gilles TRUDEL	Montréal	1973
1973-74	Gilles TRUDEL	Léonard GOGUEN	Moncton	1974
1974-75	Gilles TRUDEL	Jacques CÔTE	Québec	1975
1975-76	Léonce BOUDREAU	Luc GRANGER	Montréal	1976
1976-77	Léonard GOGUEN	Maurice HARVEY	Sherbrooke	1977
1977-78	Léonard GOGUEN	Clarence JEFFREY	Moncton	1978
1978-79	Rodrigue OTIS	Raymond BEAUSOLEIL	Rouyn	1979
1979-80	Raymond BEAUSOLEIL	André SOULIÈRES	Montréal	1980
1980-81	Henri MARTIN-LAVAL	Simon PAILLON	Rimouski	1981
1981-82	Jean ARCHAMBAULT	Sarto ROY	St-Georges	1982
1982-83	Jinette MARCIL-DENAULT	Paul BOURQUE	Moncton	1983
1983-84	Raymond BEAUSOLEIL	Janel GAUTHIER	Québec	1984
1984-85	Pierre BARON			

Membres à vie

1980	Léonce BOUDREAU	Jean-Marie BOISVERT	1980
1981	Gilles TRUDEL	Gilles TRUDEL	1981
1982	Maurice HARVEY	Paul BOURQUE	1982
1983	Jean-Marie BOISVERT	William RODRIGUE	1983

Meilleurs articles

1980	Léonce BOUDREAU	Jean-Marie BOISVERT	1980
1981	Gilles TRUDEL	Gilles TRUDEL	1981
1982	Maurice HARVEY	Paul BOURQUE	1982
1983	Jean-Marie BOISVERT	William RODRIGUE	1983



CENTRE DE PSYCHOLOGIE BEHAVIORALE
MARCHAND-MARINEAU-RICHARD

1575 ouest, Henri-Bourassa, suite 320
Montréal, Qué. H3M 3A9
Tél.: 336-5562

- Modification du comportement: enfants, adolescents, adultes.
- Intervention individuelle et de couple.
- Supervision individuelle.
- Enseignement et conférences.
- Formation du personnel.

Psychologues-sociétaires:

ANDRÉ MARCHAND, M.A. (Psy)
NORMAND MARINEAU, Ph.D.
MARC-ANDRÉ RICHARD, D.Ps.

BEHAVIORA

PSYCHOLOGUES CONSEILS

6955, boul. Taschereau, suite 211
Brossard, Québec, J4Z 1A7
Tél.: 678-5707

La firme Behaviora est heureuse d'annoncer la venue de M. Henri Martin-Laval comme intervenant en thérapie comportementale. M. Martin-Laval est connu depuis longtemps dans le monde de la psychologie comportementale et son apport sera fort apprécié.

INTERVENANTS:

Claude Bélanger, M.Ps.
Louise Champagne, M.A.
Raymond David, M.Ps.
Jacques Forget, D.Ps.
Rodrigue Ots, D.Ps.
Louise Richard, M.Ps.
Pierre-Paul Scott, M.Ps.
John Topp, M.Ps.

CCPE

**Centre de consultation
psychologique et éducationnelle**

1497, boul. St-Joseph Est
Montréal, (Qué.) H2J 1M6
(514) 522-3195



**Institut de psychologie
pour le développement
du comportement inc. (I.P.D.C.)**
1851 est, Sherbrooke, Suite 504
montréal, québec H2K 4L5
téléphone: 522-7347

Les services suivants sont offerts dans l'ap-proche behaviorale:

- Consultation aux institutions et en milieu scolaire.
- Thérapies individuelles et de couple:
 - problèmes sexuels,
 - dépression,
 - phobies,
 - et autres...
- Programme spécial en groupes pour problème d'obésité.
- Liste des psychologues:
 - Clément Patenaude
 - Francesco Maruca
 - Marcelle Farahian
 - Jean Archambault
 - Normand Leblanc
 - Sylvie Gladu-Bissonnette
 - Georges Ouellet
 - Lynda Dionne