

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

FEVRIER 1971 VOL. 1 NO 2

QUELQUES OBJECTIFS DE L'A.A.T.B.M.F.

*Léonce Boudreau,
Université de Moncton*

Sans doute comme tout spécialiste des sciences humaines qui se respecte, le thérapeute comportemental s'est trouvé une mission. Il postule que le comportement humain est soumis à certaines lois et principes d'une façon constante et que, de plus, ces lois peuvent faire l'objet d'expérimentation. Du moins, le comportementaliste procède comme s'il en était ainsi. D'autres vont jusqu'à prétendre que les thérapies comportementales peuvent être utiles, tel le Dr. O.L. Gericke, le surintendant de l'hôpital de Patton en Californie, qui affirme dans le film "Reinforcement Therapy" que ces techniques présentent trop d'avantages pour qu'on les laisse de côté.

L'A.A.T.B.M.F., vise cette première mission, en voulant faciliter l'échange des connaissances, lois et principes — par la communication régulière des nouvelles applications à tous ceux qui s'intéressent à ce genre de technologie. En effet, la thérapie comportementale constitue un ensemble de techniques, peut-être encore ambiguës, mais qui connaissent continuelle-

ment de nouveaux raffinements. Park Davidson de l'Université de Calgary, lors d'une visite à l'Université de Moncton, révélait que leur faculté de psychologie est en train d'élaborer un programme d'enseignement au niveau du baccalauréat avec une grande emphase sur une technologie comportementale. D'après lui, la thérapie comportementale possède suffisamment de techniques pour former déjà des techniciens.

Le Bulletin de Nouvelles, dirigé habilement par Gilles Trudel et Jean-Marie Boisvert, sera l'organe de communication des membres de l'A.A.T.B.M.F. Il y aurait lieu de songer sérieusement à en faire une revue scientifique d'ici un ou deux ans. Les rapports de recherches écrits en français ont très peu d'espace dans les revues scientifiques existantes.

L'A.A.T.B.M.F., devra s'efforcer de continuer la tenue d'instituts annuellement, comme ceux de l'Université de Moncton de juin 1970, et de l'hôpital Pierre Janet de novembre 1970. L'association veillera à ce que ces instituts conservent un élément plus grandissant de participation française, tout en s'assurant du maintien du haut calibre des conférenciers et superviseurs. Il serait préférable

qu'une rotation des lieux de rencontre soit respectée en alternant de Hull à Montréal, - Québec et Moncton. D'ailleurs, la réunion annuelle coïnciderait avec l'institut.

Le comité provisoire comprenant Louis Malenfant, Etienne Thériault et Léonce Boudreau a fait des démarches auprès de l'A.A.B.T., - association internationale - afin d'obtenir des renseignements au sujet d'une affiliation possible. L'A.A.B.T., tient un congrès annuel en même temps et au même endroit que l'A.P.A., (American Psychological Association), et est responsable de la revue *Behavior Therapy*.

Un des buts primordiaux de l'A.A.T.B.M.F., consistera, surtout au début à, encourager ses membres à approfondir leurs connaissances en technologie comportementale. Les meilleures sources de ravitaillement dans ce domaine se situent aux Etats-Unis. L'institut de six semaines de Joseph Wolpe, tenu maintenant annuellement depuis 1968, se range parmi les premiers en importance. Plusieurs canadiens-français y ont participé déjà: en 1968 François Raynauld et Léonce Boudreau, en 1969 Louis Malenfant et en 1970 Normand Thériault et en 1971 Reno Desjardins.

Cet institut est limité à une trentaine de personnes groupant des psychologues, psychiatres et autres professionnels. Wolpe tente d'en faire un institut international, en admettant une forte proportion des participants de l'extérieur des Etats-Unis. Le programme comprend des cours théoriques et des séances pratiques avec de vrais clients. A l'occasion des invités de marque sont appelés à donner des conférences, tel T.Ayllon, Bandura,

Stuart, Lang, Cautela, Reyna et autres. L'emphase est mise sur le traitement des névroses et des désordres de comportements.

Les conférences internationales de Banff organisées par l'Université de Calgary sont devenues également un événement annuel. Cette rencontre est de courte durée trois jours au maximum. Le nombre de participants est également restreint. Ces conférences ont lieu en avril et des noms réputés paraissent au programme comme conférenciers: R. Stuart, J. Michael, G. Patterson, E. Poser, R. Hall, J. Krumboltz, O. Lindsley. Le programme s'oriente du côté de l'éducation, ayant comme thème cette année: "La technologie comportementale en éducation." J'ai été admis comme participant aux conférences d'avril 1970.

L'Etat de la Californie organise à chaque automne une série de conférences portant sur les théories comportementales d'une durée de 3 jours. Ces conférences sont grandement fréquentées allant jusqu'à 1,000 personnes et plus chaque année.

Le congrès annuel de l'A.A.B.T., attire une grande participation. D'une durée de deux jours, ces rencontres mettent l'emphase sur des rapports de recherches et des démonstrations de nouvelles techniques de traitement. Le prochain congrès a lieu à Washington en septembre et, sera sûrement fréquenté par une délégation de Moncton encore plus nombreuse que l'an dernier.

Dans un numéro prochain du Bulletin, il serait peut-être indiqué d'énumérer les universités qui font le plus de place dans leur programme aux thérapies comportementales.

TRAITEMENT BEHAVIORAL DE L'AGRESSIVITE CHEZ UN MONGOL, DEBILE MENTAL PROFOND.

Maurice Harvey,
Hôpital Ste-Anne de Baie St-Paul.

Le cas qui est présenté ici est le premier sujet à être admis sur une Unité des Thérapies du Comportement (U.T.C.), nouvellement créée à l'hôpital Ste-Anne de Baie St-Paul, en vue de traiter les débilés mentaux profonds avec troubles du comportement associés. Il s'agit donc du cas d'essai, de son évolution au cours des deux premiers mois; il est donc possible en ce qui le concerne de se prononcer catégoriquement sur les facteurs critiques: changement de milieu, personnel plus nombreux, thérapie behaviorale.

SUJET

Admis à l'hôpital depuis huit ans, ce sujet, M.L., atteint de mongolisme et âgé de dix-huit ans, est très agressif depuis de nombreuses années. Il cherche à égratigner, mordre, déchirer et frapper avec les pieds. Il refuse obstinément les soins et les attentions, sauf lorsqu'il se trouve avec une personne choisie par lui, mais même alors il est sournois et son choix peut changer brusquement. Depuis plusieurs années, il porte une camisole de contention durant toute la journée et est en plus attaché, assis sur une chaise, retenue à une colonne.

Arriéré mental profond, il obtenait 16 point à l'Echelle de Développement (1) en novembre 1968 et 19 points en septembre 1970, i.e., un âge de développement égal à 1; 2 ans et 1; 6 ans. Il n'est pas propre, ne mange pas seul et ne dit que "non" lorsqu'il est fâché. A l'Adaptive Behavior Scale (adulte) de Nihira et al., (1969), il se situe, pour les dix catégories

positives, plus bas que les moyennes du groupe auquel il est comparable, i.e. le groupe des sujets de 16-18 ans d'âge chronologique et ayant un quotient intellectuel inférieur à 20.

Présentant un souffle systolique mésocardiaque, il a eu beaucoup de dermatites, furonculoses, acnées et otites. Il a été anesthésié à quatre reprises depuis août 1968 pour examens et extractions dentaires. Il a reçu toute la gamme des neuroleptiques, et quelques jours avant son admission à l'U.T.C., il prend Haldol, 20 mgs, QID, Cogentin, 2mgs, BID et Phénergan, 100 mgs, PRN.

TRAITEMENT

Le sujet étant changé de salle en vue d'éliminer son agressivité, ça implique qu'il faut viser quatre buts particuliers: diminuer les conduites négatives, lui faire apprécier le contact humain, éliminer progressivement la contention, et briser sa manie de s'attacher exclusivement à quelques membres du personnel.

La première semaine, le sujet est observé, mais déjà plusieurs réactions à son égard ont été décidées dès son arrivée. Il n'est pas attaché à une colonne, car il n'y en a pas sur la salle; les approches du personnel sont fréquentes, et suivies d'un simple retrait si geste négatif de la part de M.L.; il doit se déplacer pour venir manger. Les premiers jours sont difficiles: M.L., passe autant de temps assis par terre que sur une chaise; refus très fréquents de suivre la routine; rétention urinaire d'une durée de trente-huit heures; beaucoup d'énergie et de patience sont nécessaires pour le baigner et le coucher.

(1) On peut se procurer copie de cette Echelle, propre à l'hôpital Ste-Anne, en écrivant à l'auteur de cet article.

Des observations instantanées simples (dans quelle position se trouve le sujet, que fait-il, dans quelle pièce?) sont prises à toutes les demi-heures. Toute autre observation, sur tout ce qui se passe, est notée dans un cahier facilement disponible. Après un peu plus de deux mois, douze cahiers semblables ont été remplis; c'est à partir de ceux-ci que l'équipe de nuit cumule les données pertinentes et trace les graphiques. Les observations instantanées montrent la grande inertie du sujet: sur 35 observations quotidiennes, i.e. de sept heures à vingt-quatre heures, 27 relèvent qu'il est assis, toujours dans la même chaise, au même endroit, à ne rien faire, 7 relèvent qu'il est couché dans son lit et enfin une seule pour les autres positions possibles, selon un calcul portant sur les trois premières semaines de séjour.

Le programme de traitement établi en majeure partie après la première semaine de séjour, mais retouché légèrement par après lorsque nécessaire, se lit comme suit: 1. Retrait de l'attention et période d'oubli pendant au moins trois minutes lorsque le sujet dit "non", donne un coup de pied ou cherche à mordre. Pour augmenter le nombre de présentations de cette contingence, multiplier les approches au sujet, lui faire alors effectuer certaines petites actions si possible et tenter de les faire durer un bon moment, en distribuant beaucoup de renforcements affectifs et sociaux, dans le but de lui faire apprécier le contact dont il a été privé depuis de nombreuses années. Pour les repas, venir l'inviter jusqu'à un maximum de trois fois si nécessaire, mais s'il refuse encore cette troisième fois il est privé du repas. La même procédure est utilisée quelque temps pour le bain, mais ne fonctionne pas, vu qu'on ne peut le priver de bain à cause de

sa peau fragile et que prendre un bain fréquent n'est pas un besoin vital. La procédure, dans ce cas, devint donc plus stricte: après une seule invitation, le sujet est amené au bain fermement ou en le trainant s'il le faut.

2. Afin de briser sa manie d'exclusivité, les personnes s'en occupant ou faisant des approches doivent permuter souvent, et principalement aux moments-clés: repas, bain, coucher et lever. Ces personnes doivent suivre le programme à la lettre afin de conserver l'identité des réactions malgré les changements de personnes. Lorsqu'une personne essuie un refus de M.L., elle ne doit pas revenir à lui avant la fin de la période de retrait; il est essentiel cependant que ce soit cette même personne qui revienne après trois ou plus de trois minutes, pour éviter de tomber dans le jeu du sujet. Si, pour une raison, objective, cette même personne ne peut revenir, une personne autre ne peut s'approcher de M.L., avant qu'environ trente minutes se soient écoulées.

3. Utilisation des deux temps quotidiens au cours desquels il se trouve sans sa chemise de contention: lever et bain. Dans le but de lui faire retrouver le plaisir et l'utilité de ses membres supérieurs et de prolonger les durées avant la remise de la chemise de contention, imaginer diverses tâches à lui faire exécuter, et lors de ces périodes employer au maximum les renforcements sociaux et bien sûr quelques renforcements tangibles (verres de jus et bonbons).

4. Après que le sujet eut appris à se rendre à la dinette sans problème, il fut décidé (1 décembre) de lui faire effectuer un détour par la chambre de toilette avant d'avoir accès à la dinette; il doit y demeurer environ cinq minutes, mais un résultat quelconque n'est pas requis; si le sujet

urine ou défèque, il peut bien sûr quitter immédiatement la chambre de toilette et des renforcements sociaux lui sont alors fournis en abondance.

RESULTATS

Dès le début, il est décidé de noter principalement les item suivants de façon exacte : nombre de coups de pied, de tentatives de mordre, de réponses positives et d'initiatives. Une réponse positive est notée lorsque M.L., sur demande, se lève de sa chaise, vient à un endroit précis, aide à ouvrir les panneaux devant la télévision, donne un baiser ouvre ou ferme un interrupteur, etc ; une initiative est notée lorsqu'il fait ces mêmes gestes, mais spontanément. Les observations dans les cahiers étaient suffisamment élaborées pour que l'équipe de nuit en relève le nombre à partir des cahiers. Les observations perdirent cependant de la longueur et de la précision avec le temps ; il a fallu alors construire un

système précis qui permettait de tout noter en abréviations, mais sans oubli ; le principe est de noter le total des catégories de réponses plutôt que la description de chaque réponse, sauf lorsqu'il s'agit d'une réponse nouvelle.

Une semaine après son admission, la courbe des temps sans contention est commencée, dès le début des tentatives pour augmenter ces durées. Dès que M.L., met le pied hors du lit le matin, le chronométrage commence et il n'est arrêté qu'au moment où il entre les bras dans les manches de sa chemise de contention. Le bain est donné le plus souvent dans l'après-midi et la mesure du temps à cette occasion va du moment où le sujet est sorti du bain jusqu'au moment où il enfle les bras dans les manches de sa chemise de contention ; le temps du bain en lui-même n'est donc pas inclus dans la mesure chronologique prise.

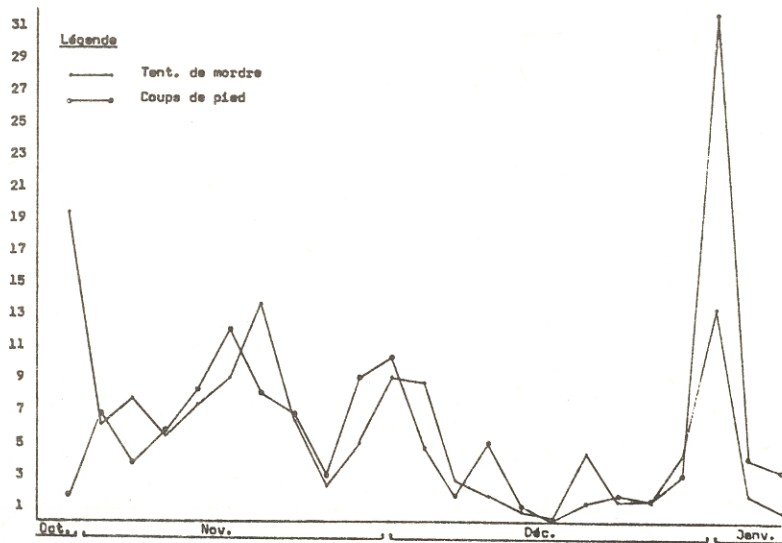


Figure 1. Nombre moyen, à chaque trois jours, des tentatives de mordre et des coups de pied.

La Figure 1 indique le nombre moyen sur chaque trois jours consécutifs des tentatives de mordre et des coups de pied, qui sont les comportements négatifs les plus fréquents chez M.L. Il y a une diminution assez prononcée de la fréquence de ces comportements agressifs. Un sommet se produit cependant à la toute fin de l'année 1970; il est, au moins partiellement, explicable par la diminution prolongée de personnel durant cette période; il n'y eut régulièrement que deux personnes pour s'occuper des quatre sujets qui se trouvaient alors sur l'U.T.C. D'autre part, la hausse constatable du moment de l'admission jusqu'à la mi-novembre peut provenir du fait que c'est seulement une semaine après son arrivée que furent commencés les essais pour augmenter les durées sans contention et pour l'activer davantage lorsqu'il est sous contention.

Depuis deux mois, certains autres problèmes, plus mineurs, ont été contrôlés. M.L., a peur de l'obscurité (il se réveille

immédiatement lorsqu'il arrive que le courant électrique soit coupé), et il dort toute la nuit avec le plafonnier allumé. L'intensité lumineuse a été diminuée progressivement en changeant, faute de mieux, l'ampoule environ tous les quinze jours; alors que l'ampoule était initialement de 100 watts, elle n'est présentement que de 25 watts.

Sa maîtrise sphinctérienne est meilleure qu'elle n'était. Aujourd'hui il est à peu près propre le jour; cette amélioration est consécutive à l'établissement de l'obligation pour lui de passer par la toilette et d'y rester environ cinq minutes avant chaque repas. Alors qu'il n'avait uriné ou déféqué que deux fois sur la toilette au cours de sa première semaine de séjour, et cela malgré qu'il passât un minimum quotidien de six fois à la toilette, il a réussi à se laisser aller sur la toilette neuf fois et sept fois dans les deux dernières semaines, bien qu'il n'y passe plus que trois fois, i.e. avant chaque repas.

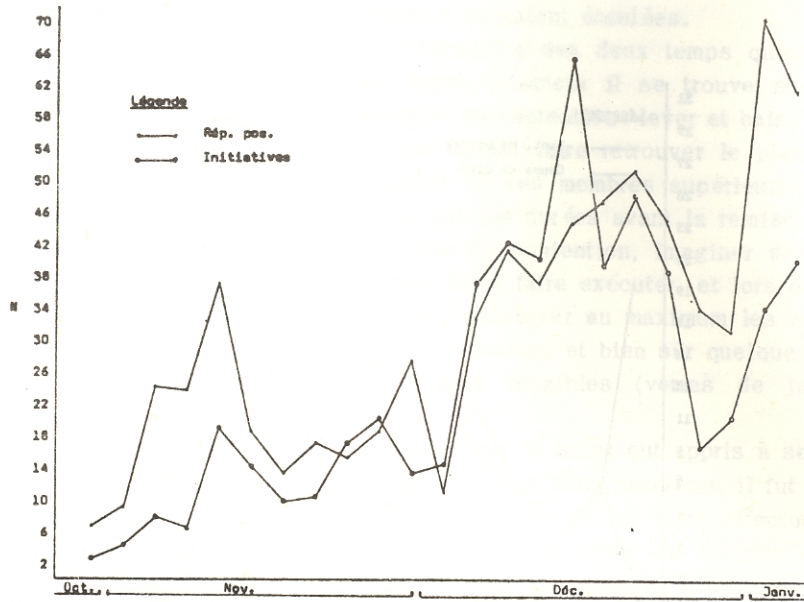


Figure 2. Nombre moyen, à chaque trois jours, des réponses positives et des initiatives.

La figure 2, qui indique les fréquences moyennes par trois jours des réponses positives et des initiatives, montre une évolution favorable. Parti de presque rien, ce qui prouve bien son apathie car ça se résume à l'acceptation des quelques déplacements quotidiens obligatoires, M.L., répond maintenant à la majorité des avances faites et présente presque autant de conduites spontanées:

Les courbes de la figure 2 sont jusqu'à un certain point inversement proportionnelles à celles de la figure 1, ce qui suppose des sautes d'humeur globales chez le sujet. Il a été impossible jusqu'ici d'expliquer ces hauts et ces bas. Il n'apparaissent pas reliés à des jours précis, à la présence de certains membres du personnel; une hypothèse en rapport avec l'élimination ne s'est pas maintenue. malgré

une tendance certaine du sujet à la rétention sphinctérienne.

Ces changements chez le sujet n'apparaissent pas encore dans l'Echelle de Développement, où le résultat global est le même, mais déjà dans l'Adaptive Behavior Scale: sur les dix catégories de comportements positifs, sept sont en légère amélioration, une reste stable et deux baissent un peu; sur les quatorze catégories de comportements négatifs, il y a amélioration dans une seule, stabilité dans huit et dégradation dans cinq catégories. Cette dernière constatation vient sûrement du fait qu'on stimule infiniment plus le sujet ici que sur la salle où il se trouvait constamment attaché, ce qui lui fournit plus d'occasion d'exhiber ses mauvais conditionnements antérieurs.

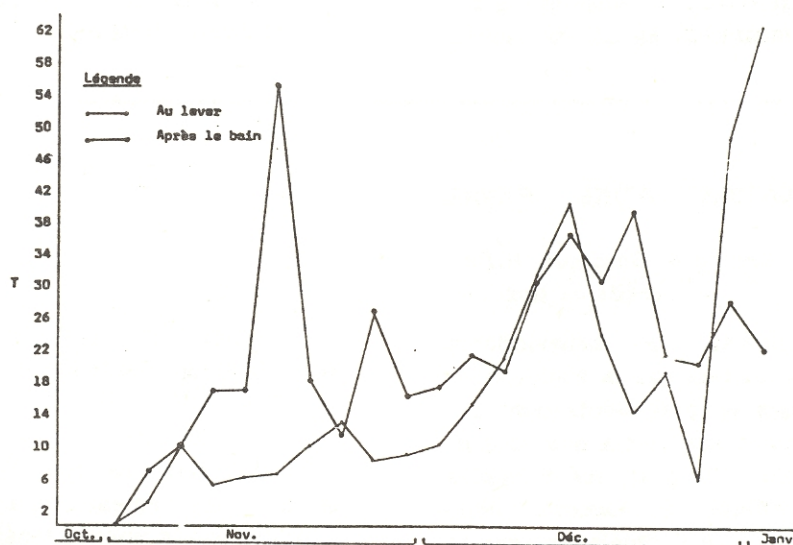


Figure 3. Temps moyens, en minutes et aux trois jours, des durées passées sans chemise de contention.

La Figure 3, qui indique les durées moyennes aux trois jours passées sans la chemise de contention, montre une augmentation des temps assez importante. Le pre-

mier haut sommet de la courbe des durées après le bain est dû à une sorte de vérification des limites faite pendant deux des trois jours sur lesquels cette moyenne est

calculée. Tentée en vue de vérifier sa patience (il s'asseyait alors nu, immobile, sur un banc dans la salle de bain) et de lui permettre peut-être de redécouvrir l'utilité de ses mains, elle n'a pas été concluante car le bout de sa patience n'a pas été atteint et l'immobilité a été la règle.

CONCLUSIONS

Il est indéniable que des progrès ont été réalisés par M.L. Ce n'est néanmoins que le début de l'histoire. Il va se présenter prochainement des pas ardues à faire : déjà un certain plafond en ce qui regarde le maximum de durée sans contention surgit à cause des problèmes lors des repas, car un nouvel apprentissage sera à ajouter et la possibilité des dégats est grande ; pour la lumière dans sa chambre la nuit, il apparaît plus difficile de passer d'une intensité de 25 watts à zéro que de 100 à 25 watts ; lorsqu'il vivra plus longtemps sans contention, il faudra être attentif aux accès

soudains d'agressivité et le personnel atteint à peine, à certains moments, le minimum indispensable. Mais les progrès déjà accomplis chez M.L., et chez les trois autres résidents actuels, renforcent les membres de l'équipe dans le choix qu'ils ont fait de l'utilisation des principes behavioraux et les rend suffisamment enthousiastes pour surmonter les obstacles à venir.

REFERENCE

Nihira, K. et AL. (1969) Adaptive Behavior Scales. Manual. Washington, D.C.: American Association on Mental Deficiency.

P.S. *Quelques temps après que cet article a été écrit, le sujet, M.L., a indiqué son désir d'enlever sa camisole de contention et il fonctionne maintenant sans celle-ci.*

DÉSENSIBILISATION D'UNE FEMME FRIGIDE.

*Léonce A. Boudreau, M.Ps.,
Université de Moncton.*

Les thérapeutes behavioristes (Wolpe 1958) postulent que la frigidité est une réponse apprise, plus précisément une réponse de tension associée à des comportements sexuels. De plus, les thérapies behaviorales (Wolpe et Lazarus 1966, Madsen et Ullman 1967) proclament que le traitement de la frigidité comme de l'impuissance est chose simple et de courte durée. Il s'agit de remplacer la réponse de tension qui accompagne les relations sexuelles par une autre réponse, de détente par exemple.

Cette substitution peut s'effectuer de deux façons : soit par la désensibilisation "in vivo" ou par "imagination". La première, "in vivo", consiste à s'engager dans des relations sexuelles seulement quand le désir en est très ardent et à s'arrêter dès que la moindre tension est ressentie. La deuxième, par imagination, requière une certaine maîtrise de la détente. La réponse de détente est ensuite pairée à une hiérarchie de scènes se rapportant au comportement sexuel déviant. Le fait d'imaginer ces scènes, en état de détente et en

commençant par la moins menaçante élimine progressivement la réponse de peur que déclenchaient certains comportements sexuels. Dans cette expérience, les deux méthodes ont été utilisées.

SUJET :

Une épouse de 22 ans, mariée depuis 6 mois, devient tendue au moment de l'intromission. Sa tension se manifeste par le serrement des mâchoires, du ventre et surtout des jambes et se produit à certains moments précis durant les engagements sexuels, lorsque le mari exécute des mouvements et presse le pénis à l'ouverture du vagin.

Les causes de cette tension sont incertaines. La patiente relate 2 événements pouvant avoir servi d'élément étiologique. Premièrement, elle rapporte qu'à l'âge de huit ans, elle s'était fait déshabiller dans la grange par un employé de son père, mais à cause de l'irruption soudaine du père, rien de fâcheux ne s'était produit.

Deuxièmement, les menstruations ont commencé vers l'âge de huit ans ce qui a occasionné de nombreuses visites chez le médecin. L'insertion du doigt du médecin dans le vagin au cours de l'examen physique lui causait une grande douleur. Ainsi cette douleur répétée a pu provoquer une réponse de tension qui est demeurée jusqu'à ce jour, et qui est maintenant précipitée par les tentatives d'insertion du pénis du mari.

PROCEDURE :

Le traitement s'effectua en trois séances d'environ une heure dans l'espace de deux mois.

Première Séance : Après l'étude du comportement et l'identification des sources de tension, les deux variations de la technique de désensibilisation, (in vivo et par imagination) furent expliquées. La patiente affirme que le mari n'aura aucune difficulté à suivre les instructions. Par conséquent sa présence ne fut pas rendu nécessaire durant le traitement.

Deuxième Séance : La technique in vivo a été essayé d'abord menant au progrès suivant; il y a eu pénétration du pénis jusqu'à 2 pouces environ. La patiente rapporte que son niveau de tension a baissé durant les contacts sexuels. Au cas où la méthode in vivo ne s'avérerait pas efficace: la hiérarchie suivante a été élaborée et la patiente fut exortée à en pratiquer simultanément la relaxation et les scènes.

Troisième Séance : La méthode in vivo a été employé jusqu'à ce jour avec un certain succès, elle dit que le niveau de tension a baissé d'environ 20% pour chaque item de la hiérarchie de l'intromission. La patiente fait remarquer cependant qu'elle est devenue tendue à la suite d'une conversation avec un autre couple, au sujet d'un article de journal dans lequel on décrivait une attaque sexuelle violente d'un homme

Hiérarchie en vue de l'intromission

Anxiété subjective

Vue du mari nu	20%
Caresses de la part du mari	20%
Manipulation manuelle du pénis par l'épouse	40%
Mari étendu sur elle	60%
Poussée légère du pénis contre le vagin	75%
Mouvement du pénis contre le vagin	75%
Poussée forte du pénis contre le vagin	100%

âgé à l'endroit d'une fille de onze ans. Cette scène provoquait des réponses de tension surtout durant les contacts sexuels. La patiente ajoute que d'autres scènes similaires vues à la télévision ou ailleurs déclenchent de la tension qui s'amplifie au moment des relations sexuelles. Il fut donc décidé de construire une hiérarchie contenant des items de scènes violentes se rapportant au sexe.

Un premier essai de désensibilisation par imagination a été amorcé en utilisant la relaxation comme réponse substitutive pendant l'évocation des scènes des attaques sexuelles violentes. La patiente fut exortée à pratiquer à domicile ces deux thèmes "relations sexuelles en vue de l'intromission" et "attaques sexuelles violentes", en s'assurant au préalable d'un état de détente complète.

Au bout de deux semaines, suivant cette séance, la patiente, par un appel téléphonique, informe le thérapeute que les scènes "d'attaques sexuelles violentes" ne provoquent plus de tension et qu'elle

avait réussi l'acte sexuel complet, y compris l'intromission sans tension. Elle dit avoir pratiqué une fois par jour - par imagination, accompagné de la détente. L'intromission s'est produite après une semaine de désensibilisation par imagination. Les réponses de tension des machoires, du ventre, et des jambes sont complètement disparues.

Au rappel, après deux ans, la patiente affirme que son comportement sexuel n'a pas cessé de s'améliorer. L'intromission se fait sans aucune tension, de même que la gratification sexuelle.

REFERENCES

- Madsen, C.H. et Ullman, C.P. (1967). Innovations in the desensitization of frigidity. Behavior Research and Therapy 5, 67-68.
- Wolpe J., (1968) Psychotherapy by Reciprocal Inhibition, Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe J. et Lazarus, A.A. (1966) Behavior Therapy Techniques. Oxford: Pergamon Press.

NOUVELLES

Un SYMPOSIUM de la langue française sur la THERAPIE BEHAVIORALE.

*Philippe Beaudry,
Hôpital Pierre Janet, Hull.*

Les 26 et 27 novembre 1970, avait lieu à l'hôpital Pierre Janet le premier symposium de langue française au Québec sur les thérapies comportementales organisé par le directeur du service de psychologie, Monsieur Philippe Beaudry et le psychologue, Monsieur Yvan Yelle. Depuis quelques années, cette approche prend un essor considérable dans le traitement et le con-

trôle des problèmes de comportement. Les professionnels invités, notamment les psychologues, travailleurs sociaux, psychiatres et infirmières provenaient des principaux centres et institutions de tous les coins du Québec.

Afin d'exposer de façon succincte les éléments théoriques à la base de cette

orientation et afin de démontrer les techniques d'application de cette méthode, les organisateurs du symposium ont fait appel d'abord à des conférenciers d'expériences (professeurs J. Avard, A. Mear, M. Harvey) et au vidéoscope de sujets subissant les traitements behavioraux. En plus des techniques de relaxation de désensibilisation systématique et de conditionnement opérant, on a exposé les approches toutes récentes de la sensibilisation et du renforcement imagé et leur application selon les divers types de problèmes.

On a su à ce symposium souligner les origines de cette thérapie qui provient : directement du laboratoire et des lois de l'apprentissage observés et vérifiés par de multiples recherches pendant plus de vingt ans. La thérapie behaviorale maintient que les problèmes de comportement observés sont le résultat soit d'un apprentissage indésirable ou d'un environnement qui ne stimule pas le comportement désiré.

La psychothérapie traditionnelle assume, selon le modèle médical, que les problèmes de conduite sont le symptôme d'une conduite pathologique sous-jacente et que les causes pathogènes doivent être extirpées de l'inconscient pour assurer la cure du patient. D'autre part, la thérapie behaviorale, qui elle prend son modèle de la thérapie de l'apprentissage stipule que tout comportement, qu'il soit normal ou anormal a été acquis et soutenu (habitude) selon les lois du conditionnement classique et opérant. C'est dans cette optique que la thérapie behaviorale intervient au niveau du "symptôme" soit en conditionnant un nouveau comportement ou en stimulant par renforcement des comportements désirés.

Ce symposium aurait selon toute évidence atteint le but qu'il se proposait, soit celui de sensibiliser les professionnels de la santé non seulement à ces techniques mais surtout à cette nouvelle philosophie et conception de la maladie mentale que propose ce modèle psychologique.

ECRITS EN LANGUE FRANCAISE

*Maria C. Pepado - Moreira,
St-Hyacinthe.*

E.G. Poser (U. Mc Gill) et Suzanne Tremblay (Hôpital Douglas) publiaient dans *Revue canadienne des sciences du comportement* (Vol. 2, No 3, Juillet 1970), un article très utile par son actualité, intitulé: "La modification thérapeutique du comportement: principes et perspectives".

Dans ce travail de mise à jour, un des aspects abordés concerne la pénurie d'écrits en langue française sur les thérapies du comportement. A ce propos, les auteurs citaient l'oeuvre de Malcuit, G. & Al., *Apprentissage et thérapies Behaviorales*, (Montréal, C.P.P.Q. 1968) comme la

seule introduction systématique au sujet actuellement disponible en français, à leur connaissance.

A ce renseignement, nous voudrions ajouter que cette oeuvre est pour le moment épuisée. L'éditeur nous apprend pourtant qu'une nouvelle édition serait déjà prévue.

Nous la souhaitons, soit, à ce qu'on peut croire, pour la valeur intrinsèque de cet oeuvre du point de vue didactique, soit pour l'apport qu'elle peut donner quant à la traduction de la terminologie technique trouvée dans les livres en langue anglaise traitant du sujet.

MONCTON

Léonce Boudreau,
Université de Moncton.

Clermont LeBreton du Service de consultation de l'Université de Moncton entreprend un *programme d'entraînement à la relaxation* pour les étudiants qui désirent apprendre à se détendre plus facilement.

Jacques Renaud, Clarence Jeffrey et Léonce Boudreau ont entrepris une recherche à l'Université de Moncton sur la comparaison de la désensibilisation, du bruit "masking" et du métronome dans le *traitement du bégaiement*.

Michel Dyotte fait une recherche sur la modification du comportement "se ronger les ongles" par une technique aversive.

L'Université de Moncton a eu la visite de *Robert R. Carkhuff* et *Bernard Berenson* les 19 et 21 novembre 1970, sur l'invitation de Pierre Dion.

Une *cellule* a été formée dans la région de Moncton. Les rencontres ont lieu au Salon des professeurs de l'édifice Taillon, à l'Université de Moncton, à tous les vendredis de 12 h 00 à 13 h 00. Les participants sont Omer Robichaud, président, Rhéal Allard, Clarence Jeffrey, Léonce Boudreau, Louis Malenfant et Normand Thériault. Les discussions portent sur des articles de revues scientifiques décrivant des recherches dans le domaine des thérapies comportementales.

Omer Robichaud, Aldéo Renaud, Léonce Boudreau et Louis Malenfant mettent sur pied un *Institut sur l'enseignement aux enfants exceptionnels* pour l'été 1971. Cet institut donnera aux professeurs une formation au niveau pré-grade (bac.) en enfance exceptionnelle. Il portera surtout sur quatre domaines : la déficience mentale, les troubles émotifs, les difficultés en lecture et les techniques de modification du comportement.

MONTREAL

Au 2e Congrès de psychologie de la C.P.P.Q., E. Poser (Université McGill) et Jacqueline Avard (Université du Québec à Montréal) ont dirigé un *atelier sur la thérapie comportementale*. Des psychologues de différents milieux (universitaire, scolaire et hospitalier) ont assisté à cet atelier fort intéressant.

La Société d'orthophonie et d'audiologie de la Province de Québec a présenté une série de trois conférences sur le conditionnement opérant, les 5 et 6 février. Tout d'abord Mlle Annie Méar, Ph.D. (Univ. de Montréal), a explicité les principes généraux du conditionnement opérant et du comportement verbal. Le film de Lovaas sur l'apprentissage du langage chez des enfants au-

tistiques fut ensuite visionné. Le lendemain, le docteur Dieter Blindert, Ph.D. (Newark State School, Dept. of Mental Hygiene, N.Y.), a montré certaines stratégies permettant la modification et l'établissement des comportements verbaux et, en particulier, une méthode de pairage de stimuli visuels et verbaux. Ensuite, Mlle Vivian Horner, Ph.D. (Wesleyan University), a indiqué l'importance de tenir compte des aspects topographiques (ou descriptifs) et des aspects fonctionnels du comportement verbal. Elle a, de plus, démontré qu'il était plus efficace d'apprendre à l'enfant des "mandes" (i.e. les formules de demande, comme "Je veux de l'eau"), au début de l'apprentissage, à cause de l'action qu'elle permettent sur l'environnement.

Certains *psychologues américains* ont manifesté le désir d'être tenus au courant de nos activités en thérapie behaviorale, par l'intermédiaire de notre Bulletin de nouvelles. Il s'agit de Léonard Krasner et Robin Winkler, du State University of New York à Stony Brook, et de Raymond Lambert et Shepherd Nathan du Kings Park State Hospital.

A chaque année, en juin, Wolpe dirige un *Institute for Behavior Therapy*" à Phila-

delphie, Normand Thériault y a assisté l'an dernier et nous fait savoir que ce fut pour lui une expérience très enrichissante. Pour informations écrire à :

Joseph Wolpe, M.D.
Temple University Medical School
c/o Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute
Kenny Avenue,
Philadelphia, Pennsylvania,
U.S.A.

DOCUMENTS DISPONIBLES

Sous cette rubrique, vous trouverez les noms et adresses de membres de l'AATB MF, qui peuvent vous faire parvenir certains documents (en français ou en anglais) en rapport avec les thérapies behaviorales.

M. Philippe Beaudry, Directeur,
Service de Psychologie,
Hôpital Pierre Janet,
20, rue Pharand,
Hull, Québec.

- HARVEY, M. (1970). Unité des thérapies du comportement (U.T.C.): préalables et difficultés initiales. Conférence donnée à l'hôpital Pierre Janet, Hull.

M. Maurice Harvey, psychologue,
164, rue Ste-Anne,
Baie St-Paul,
Charlevoix, Québec.

- WATSON, L.S. (1967). Application of operant conditioning techniques to institutionalized severely and profoundly retarded children. Traduit par Maurice Harvey.

M. Léonce Boudreau, professeur,
Département de psychologie,
Université de Moncton,
Moncton, N.B.

- JACOBSON, E., Techniques de relaxation
- WOLPE, J., Inventaire des craintes
- Rubans :

Cyril Franks, The Pavlovian Traditions and its Implications for Conditioning Theory and Modern Behavior Therapy.

Joseph Wolpe, Principles and Techniques for Eliminating Unadaptive Emotional Reactions.

Joseph Wolpe, Some Reflections of Present Day Behavior Therapy.

Ray Denny, The Role of Relaxation and Punishment in Persistent Behavior.

- Thomas G. Stampfl, *Implosive Therapy: Theory and Technique.*
- Malcolm Kushner, *The Disruption of Ruminative Behavior.*
- Russell M. Church, *Basic Assumptions of the Behavior Therapies.*
- Ronald Molzscum, *Big Brothers of Kansas City: Behavior Management of Little Brothers.*
- O.R. Lindsley, *The View of the Social Interventionist.*
- Durand F. Jacobs, *Behavior Therapy at the Crossroads: Problems and Prospects.*
- Frederick Kanfer, *Directions in Behavior Modification Research.*
- Donald Whaley & Jerry Tough, *Treatment of a Self-Injuring Mongoloid with Shock Induced Suppression and Avoidance.*
- James P. Mathle, *The Control of Undesirable Behavior Through Self-Administered Negative Reinforcement.*
- J. Cautela, *Covert Sensitization.*
- A. Bandura, *Modeling*
- T. Ayllon (2) *Token Economy.*
- G. Paul, *Research in Behavior Therapy.*
- J.P. Brady, *Stuttering.*
- Gerber, *Assertive Responses.*
- Phillips, *Operant procedures with children.*
- Ullman, *Verbal Learning.*
- Rayna, *Futur directions in Behavior Therapy.*
- Wolpe, *Basic Principles.*
- Lent Bricker, *Two days of conferences stressing the application of learning principles with retardates.*
- M.M. J.-M. Boisvert, Gilles Trudel et Léonard Aucoin, *Service de Psychologie, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal - Gamelin.*
- ATTHOWE, J.-M., KRASNER, L. (1968). Rapport préliminaire sur l'application des procédures du renforcement contingent (système de jetons) sur un département psychiatrique de "chroniques". Traduit par Léonard Aucoin.
- AYLLON, T., AZRIN, N. (1968). Les récompenses dans les hôpitaux psychiatriques. Traduit par Léonard Aucoin.
- AYLLON, T. MICHAEL, J. (19). L'aide psychiatrique comme technicien du comportement. Traduit par Gilles Trudel.
- BOISVERT, J.M. (1969). Note de présentation des documents de travail.
- BOISVERT, J.M. (1970). Perception du contrôle externe ou interne du renforcement, dans un système de jetons (test)
- BOISVERT, J.M. (1970). L'analyse behaviorale.
- BOISVERT, J.M., TRUDEL, G., AUCOIN, L. (1970). Critères des groupes.
- CAUTELA, J.R. (1966). Inventaire des scènes aversives. Traduit par A. Duchesne et J.M. Boisvert.
- CAUTELA, J.R., KASTERBAUM, R. (1967). Inventaire des renforceurs. Traduit et adapté par J.M. Boisvert.
- COTTER, L.H. (1967). Le conditionnement opérant dans un hôpital psychiatrique vietnamien. Traduit par J.M. Boisvert.
- HOLLAND, J., SKINNER, B.F. (1961). Textes programmés sur le conditionnement opérant. Traduit et adapté par J.M. Boisvert
- ROTTER, J.B. (1966). Perception du contrôle externe ou interne du renforcement. (test) Traduit par J.M. Boisvert.
- TRUDEL, G. (1970). Projet de thérapie du comportement. Document de travail 26/1/70.

- TRUDEL, G. BOISVERT, J.M., AUCOIN, L. (1969). Techniques du conditionnement opérant sur un département de schizophrènes chroniques : le système des jetons.
- ULLMAN, L.P., GIOVANNONI, J.M. (1964). Questionnaire "process-reactive". Traduit

par J.M. Boisvert.

- ULMER, Raymond A. et LIEBERMAN, Martha (1969). Echelle de mesure du comportement social minimum. Traduite et adaptée par Gilles Trudel.

"J'aime les gens qui sont à peu près comme Rogers le souhaite. Je veux des gens indépendants et par cela, je veux dire des gens à qui on ne doit pas dire quand agir ou qui ne font pas des choses simplement parce qu'on leur a dit que ce sont les bonnes choses à faire. Mais comment bâtir l'indépendance ? Je suis convaincu que je peux préciser des méthodes qui sont plus efficaces que celles de Rogers. Je ne pense tout simplement pas que sa conception des déterminants internes soit valide. Nous sommes d'accord sur les buts ; nous voulons tous les deux des gens libres des contrôles exercés par les autres - libres face à l'éducation qu'ils ont reçue de telle sorte qu'ils peuvent en profiter, et non pas être limités par elle, etc. Ceci constitue une partie du type d'éducation

que j'essaie de mettre au point, non seulement avec les machines à enseigner, mais aussi par l'application de l'analyse expérimentale à l'organisation de la classe. Notre différend réside dans une question de méthode et non dans la valeur ultime de l'individu. Je veux moi aussi, préserver la dignité et la valeur de l'homme."

Skinner, 1968.

"... Les comportements appelés traditionnellement anormaux ne sont pas différents quantitativement ou qualitativement dans leur développement et leur maintien des autres comportements appris."

Ullmann et Krasner, 1969.

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