

Soumission de textes à la revue de modification du comportement

Comité de rédaction et de lecture

La Revue de modification du comportement publie des articles sur l'analyse et la modification du comportement: articles théoriques, études de cas, recherches expérimentales et revues de la littérature 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 de 100 mots, qui sera publié en tête de l'article, et traduit en anglais en fin d'article. En outre, il est souhaitable de suggérer un choix de termes-clés, pour faciliter la confection d'un répertoire, la Revue se trouvant répertoriée dans **Psychological Abstracts**.

Les textes soumis pour fins de publication doivent parvenir à:

Maurice Harvey, D.Ps.

Directeur de la Revue de
Modification du Comportement
6955, boul. Taschereau, suite 211
Brossard, Qué. J4Z 1A7

Beausoleil, Raymond
Commission Scol. de Val d'Or

Boisvert, Jean-Marie

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Boudreau, Léonce

Université de Moncton

Forget, Jacques

Behaviora

Giroux, Normand

Inst. Nazareth et Ls-Braille

Leroux, Gilbert

Ecole Doréa

Loranger, Michel

Université Laval

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

NOUVEAUTÉ

L'auteur du meilleur article paru durant l'année se verra attribuer le prix d'excellence des «Caisnes d'Entraide Economique».



REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

SOMMAIRE

Le modèle expérimental et le traitement de la dépression névrotique

Joseph WOLPE 99

La thérapie behaviorale: courants actuels et perspectives d'avenir

J.-Marie BOISVERT 113
Madeleine BEAUDRY

Rehaussement de l'estime de soi par la modification des auto-verbalisations

Janel GAUTHIER 131
Denise PELLERIN
Pierre RENAUD
Sylvie OUELLET

Point de vue: les behavioristes et leurs contingences

Jean CARON 141

Critique de revues

Maurice HARVEY 145

REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

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

Directeur:

Maurice Harvey
2615, rue Vaudreuil
Sherbrooke, Qué.
J1J 2M6

Directeur-adjoint:

André Soulières
Directeur des Services Professionnels
Institut Nazareth et Le-Braille
1255, rue Beauregard
Longueuil, Québec
J4K 2M3

Responsable de la rubrique «Critique de livres»:

Pierre Baron
110, Chemin du Château
App. 1207
Hull, Québec
J9A 1T4

Conseil D'Administration De l'Association Scientifique Pour la Modification Du Comportement A.S.M.C.

Président:	Henri Martin-Laval
Président élu:	Luc Granger
Président sortant:	Raymond Beausoleil
Secrétaire:	Jinette Marcl-Denault
Tésorier:	Gilbert Laroux
Représentant (Montreal):	Jacques Forget
Représentant (Québec):	Sarto Roy
Représentant (Moncton):	Paul Bourque
Représentant (Sherbrooke):	Rodrigue Otis
Représentant (Nord-Ouest):	Pierre Baron

Port de retour garanti par A.S.M.C., 6955 boul. Taschereau, suite 211, Brossard, Qué. J4Z 1A7

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.

Le modèle expérimental et le traitement de la dépression névrotique¹

JOSEPH WOLPE 2

Temple University School of Medicine

Le sentiment appris d'incapacité est désormais largement accepté comme modèle pour la dépression. Cependant, la dépression demeure un complexe symptomatique dérivant de plusieurs causes. On distingue généralement trois catégories causales: normale, névrotique et endogène. Les dépressions névrotiques forment la principale catégorie clinique, dont les facteurs causals sort d'abord externes. Ce texte démontre que la dépression névrotique est à l'évidence fonction d'habitudes de réponses à anxiété conditionnée qui trouvent un paradigme dans les névroses expérimentales, et non dans l'incapacité apprise. Les dépressions expérimentales et les dépressions névrotiques cliniques se surmontent par le déconditionnement de l'anxiété. Dans un échantillon de 25 cas traités par le déconditionnement de l'anxiété, 22 guérirent de leurs dépressions, et ces guérissons se maintinrent chez 19 d'entre eux, ayant été suivis pour au moins 6 mois par après.

Il est très généralement admis aujourd'hui que l'incapacité apprise (Seligman, 1968, 1975) fournit un modèle expérimental pour la dépression clinique à cause externe. Jusqu'à récemment, je partageais cette croyance (Wolpe, 1971, 1973), mais c'est là dorénavant une position intenable, comme il apparaîtra ci-dessous. La dépression névrotique forme la variété clinique prédominante de la dépression à cause externe; mais, ni Seligman ni ses supports n'ont démontré qu'elle se trouve reliée spécifiquement au modèle d'incapacité apprise.

Seligman, comme Buchwald, Cyne et Cole (1978, p. 183) l'ont noté, traite la dépression comme si «il existait un continuum simple allant du bonheur à la dépression sévère». Ce point de vue est partagé par certaines autorités cliniques (par ex. Kline, 1974, p. 30). Sans doute, les stigmates cliniques desquels provient la définition de la dépression (voir plus bas) conduisent d'eux-mêmes à l'idée d'un continuum d'intensité symptomatique, mais un pareil continuum n'est pas davantage indicateur d'une base commune pour la dépression qu'il ne l'est pour les fièvres ou les tremblements. La dépression origine de plusieurs causes pouvant être, comme celles de la fièvre ou celles du tremblement, non reliées les unes aux autres à de fréquentes occasions.

1. Paru dans *Behav. Res. & Therapy*, vol. 17, pp. 555 to 565; traduit par Maurice Harvey et publié avec la permission de Pergamon Press Ltd.

2. Dr J. Wolpe, Temple University School of Medicine, Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, Henry Avenue, Philadelphia, PA 19129, U.S.A.

Le mot *dépression* réfère à une classe de syndromes comportementaux, laquelle se compose, selon Beck (1967) de plusieurs ou de l'ensemble des éléments suivants: retard moteur et verbal, pleurs, tristesse, perte du rire comme réponse, manque d'intérêt, dévaluation de soi, insomnie et anorexie. Les traits les plus communs du syndrome dépressif ont été cristallisés par Bleuler (1911) dans sa «triade mélancolique» - affect déprimé, inhibition de l'action et inhibition de la pensée.

Le présent texte identifie la *dépression normale* comme une forme additionnelle aux catégories endogène et névrotique reconnues d'habitude. Les traits de l'incapacité apprise ont très peu en commun, comme il sera montré, avec ceux de la *dépression névrotique clinique*. Par contraste, cette dernière ressemble fort à la *dépression* souvent évidente dans les névroses expérimentales, lesquelles sont à base d'anxiété et réduites de façon fiable par le déconditionnement de l'anxiété. De manière évidente, selon ce qui est présenté, l'anxiété forme également la base de la *dépression réactionnelle clinique*, qui se traite avec succès par le déconditionnement de l'anxiété.

Trois classes de dépression: normale, endogène et névrotique

La conduite dépressive se manifeste fréquemment dans des circonstances normales. Une personne est déprimée après un échec, une perte ou une privation. Quelquefois, la cause est relativement triviale, tel que réaliser qu'une chose venant d'être dite risque de blesser sans nécessiter les sentiments d'un autre. Les dépressions suscitées par un seul événement disparaissent généralement en quelques heures, jours ou semaines, à mesure que les circonstances précipitantes deviennent de plus en plus lointaines et que de nouveaux objets, personnes ou buts compétitionnent pour obtenir l'attention. Toutefois, des états chroniques de menaces, comme la maladie prolongée d'une épouse ou d'un enfant, ou une difficulté économique continue, peuvent résulter en une *dépression prolongée*. En conséquence, même une *dépression durable* et très sévère peut être justifiée en réalité.

Un comportement dépressif se trouve jugé comme anormal quand sa manifestation ne se relie pas à une perte ou privation ou lorsque sa sévérité ou sa durée paraît hors de proportion avec la situation objective. Le phénomène causal des dépressions anormales est divisible en deux catégories: *endogène* et *névrotique* (voir, par ex. Depue et Monroe, 1978).

Les *dépressions endogènes* (ou *biologiques*) possèdent une variété de causes. Les cas prolongés sont la plupart du temps associés avec la maladie maniaco-dépressive pouvant être unipolaire ou bipolaire (Leonhard, 1959; Perris, 1966). Le processus biologique causal peut démarrer «dans un ciel clair» ou être déclenché par une expérience stressante (Thomson et Hendrie, 1972). Il existe de nombreuses autres bases biologiques pour les dépressions de plus courte durée, comme les anomalies du cycle menstruel, les drogues communes [par ex. la digitale (Greenblatt et Shader, 1972); chlorpromazine, résérpine et autres tranquillisants (Hoch, 1959), et le regain après une influenza (Ewald, 1928)]. Les dépressions biologiques diminuent et disparaissent en fonction de la rémission des processus biologiques topiques. La guérison peut être facilitée par des anti-dépresseurs ou des électro-chocs. La rechute dépend de l'état biologique en rapport.

On parle de *dépression névrotique* ou de *dépression réactionnelle* (Depue et Monroe, 1978). La névrose est définie de façon comportementale comme une *habitude inadaptée persistente acquise par apprentissage dans une situation générant de l'anxiété ou par une succession de telles situations* (Wolpe, 1958, 1973). L'anxiété (peur), qui se définit comme le schème individuel de la réponse autonome à la

stimulation nuisible (Wolpe, 1958, p. 34) est presque toujours un trait central des syndromes névrotiques. La caractéristique distinctive de l'anxiété névrotique est qu'elle se trouve provoquée par des stimuli qui ne posent ni ne signalent aucun danger réel, comme des animaux inoffensifs, la contamination par les poignées de portes, la surveillance sociale, ou l'ignorance par des individus non significatifs. La conduite secondaire à l'anxiété névrotique inclut le lavage compulsif des mains, le bégaiement, l'impuissance, la frigidité, les troubles psychosomatiques tels le mal de tête ou l'asthme, et la *dépression*. Les nombreux genres de liens entre l'anxiété névrotique et la *dépression* sont décrits plus bas. Les dépressions névrotiques ont un caractère de fluctuation qui dépend de la force variante de l'anxiété évoquée - une relation fort différente de la précipitation par le stress de certaines dépressions endogènes (Thomson et Hendrie, 1972), lesquelles surviennent par des mécanismes encore à analyser.

Bien que les dépressions endogènes et névrotiques entrent bien dans la définition de la *dépression* fournie ci-dessus, certaines différences existent entre elles. Les déprimés endogènes sont davantage portés au réveil hâtif au retard, aux idées de culpabilité et à l'auto-référence (voir Forrest, 1964). Une différence très régulière apparaît dans le seuil de sédation; par ex. la quantité de barbituriques injectée par intra-veineuse à un rythme fixe qui produit la non-réponse à la stimulation verbale. Le seuil est bas chez les psychotiques (*dépression endogène*) et haut pour les déprimés névrotiques (Shagass, 1956; Shagass et Jones, 1958; Shagas, Mihalik et Jones, 1957; Shagass, Muller et Acosta, 1959). De façon similaire, les potentiels évoqués des sujets névrotiques, soit déprimés soit anxieux, sont semblables, cependant très différents de ceux des déprimés psychotiques (Shagass *et al.*, 1978). De pareilles méthodes objectives, permettant la différenciation entre les dépressions endogènes et névrotiques, ont été largement ignorées à la fois par les cliniciens et les chercheurs. Leur utilisation permettra sans aucun doute de réduire la confusion diagnostique qui conserve dans un brouillard perpétuel ce domaine psychiatrique.

Une anamnèse soignée, attentive aux points de différenciation décrits plus haut, conduira habituellement à une décision claire sur la classification de la *dépression* d'un individu en particulier. Même si les cas mixtes sont assez courants, il est d'ordinaire possible de les démêler. Lorsque nécessaire, on peut recourir aux études physiologiques, telle celle du seuil de sédation.

La rupture entre l'incapacité apprise et la dépression névrotique

J'ai été longtemps convaincu (voir Wolpe, 1971) que l'incapacité apprise fournissait un modèle expérimental pour la *dépression névrotique*. Puisque les névroses expérimentales peuvent être produites par de petits nombres (5-20) de stimuli électriques dououreux imprévisibles et inévitables (Wolpe, 1952) et puisqu'un plus grand nombre (64) de ces stimuli sont utilisés pour la production de l'incapacité apprise (Seligman, 1975) il était tentant et facile de conclure que l'incapacité expérimentale résultait de la persistance de chocs au delà du niveau de la névrose expérimentale.

Cependant, cette conclusion n'est possible que si l'on oublie (comme je l'ai fait) que des classes de réponses complètement différentes figurent dans les deux types d'expériences. Dans les névroses expérimentales, l'intérêt se porte sur les réponses autonomes conditionnées, mais sur les réponses motrices à la stimulation nuisible quant à l'incapacité apprise.

Dans l'expérience d'incapacité exemplaire, les événements se déroulent comme suit. D'abord, l'animal maintenu dans un hamac reçoit 64 chocs inévitables

distribués au hasard à l'une de ses pattes, chacun d'une durée de cinq secondes et d'une intensité de 6,0 ma. Après l'émission d'une variété de réponses, l'animal répond de moins en moins aux chocs et, finalement, cesse de répondre - recevant les derniers chocs avec une passivité manifeste (à noter que c'est seulement en termes de réponses motrices que l'animal peut positivement être dit passif, puisque les réponses autonomes semblent n'avoir jamais été étudiées dans ces expériences). Puis, habituellement, l'animal est placé le jour suivant dans une boîte à échappement et un fort choc à pulvisation est induit dans le grillage sur lequel il se tient. Il y a une petite barrière par dessus laquelle l'animal pourrait facilement s'échapper vers le compartiment «abrité» (ce que font presque toujours des animaux naïfs d'expérience). Les deux tiers des animaux expérimentaux ne sautent pas la barrière pour s'échapper mais «s'assoient ou se couchent, gémissant doucement jusqu'à ce que le choc cesse» (Seligman, 1974). C'est ce qui se produit 24 heures après le choc inévitable, «mais si l'intervalle dépasse 48 heures, la réponse est normale». L'incapacité dans la boîte à échappement peut être prolongée pour durer une semaine ou plus par la répétition de la procédure du hamac.

L'incapacité apprise diffère de la dépression névrotique si elle disparaît avec le temps. Seligman (1975, 1975a) considère cette disparition comme suivant la course d'une dépression clinique, et comme un argument en faveur de son modèle; mais, en fait, cette disparition est caractéristique de la dépression normale et endogène, absolument pas un trait des dépressions névrotiques, lesquelles persistent indéfiniment ou reviennent constamment jusqu'à ce que l'habitude à base d'anxiété soit déconditionnée (voir plus loin). Miller et Weiss (1969) ont démontré de façon probante que la disparition de l'incapacité en dedans de 48 heures signale des effets postérieurs physiologiques des chocs imprévisibles reçus dans le hamac, avant un rôle dans la production de l'incapacité. Des schèmes appris de comportements n'ont pas pour habitude de s'éteindre simplement en fonction du passage du temps. Quand l'incapacité apprise est créée pour persister une semaine ou plus, par exemple, par des répétitions des sessions dans le hamac (Seligman et Groves, 1970), on doit présumer qu'un apprentissage du schème s'est produit - comme un cas spécial peut-être de développement d'inhibition conditionnée sur la base d'une inhibition réactionnelle (Hull, 1943). Il est probable qu'après un seul passage dans le hamac il y ait très peu d'inhibition conditionnée de la réponse d'échappement.

Un trait du phénomène d'incapacité qui invalide même plus sérieusement les essais pour l'extrapoler à la dépression névrotique est le fait que l'échec à présenter les réponses appropriées d'échappement se produit seulement lors d'une stimulation électrique. Un chien qui a reçu sans bouger un choc dans la boîte à échappement «bondira pour s'échapper» à la fin de la période de choc (Maier et Seligman, 1976). Il n'existe aucune dépression réactionnelle humaine dont les manifestations sont conditionnelles à la présence de la stimulation nuisible. Dans la seule variété de dépression humaine dans laquelle une source insistante et uniforme de perturbations existe, la dépression consécutive à un deuil, la longue durée (Clayton et Davish, 1978) contraste de manière éclatante avec la brièveté caractéristique de l'incapacité apprise chez l'animal.

Quels que soient les mécanismes en opération pour la production et l'élimination des phénomènes fascinants de l'incapacité apprise, le point central de la présente argumentation est son inapplicabilité à la dépression névrotique. Bien que Seligman suggère de nombreuses extensions du modèle (dont plusieurs n'employant pas la stimulation électrique), on ne voit nulle part une jonction avec la dépression névrotique. A part ses expériences sur l'incapacité avec d'autres animaux, Seligman attire l'attention sur les effets à long terme des chocs inévitables, tels que l'interférence avec la conduite d'échappement chez les chats

(Seward et Humphrey, 1967) et chez le poisson (Behrend et Bitterman, 1963; Padilla *et al.*, 1970; Pinckney, 1967); et le dérangement du comportement de recherche de nourriture chez l'adulte quand des chocs inévitables ont été donnés à des rats en cours de sevrage (Brookshire, Littman et Stewart, 1961). Les effets durables des chocs inévitables dépendent de la présence de réactions émotionnelles conditionnées. Brookshire, Littman et Stewart (1962) ont trouvé que le développement de l'incapacité était empêché par l'administration de promazine avec celle de chocs inévitables.

La conduite dépressive dans les névroses expérimentales

Les névroses expérimentales sont des habitudes persistantes de réponses anxieuses conditionnées produites originellement dans le laboratoire de Pavlov (Pavlov, 1927) et reprises ultérieurement par un nombre considérable d'expérimentateurs dans d'autres pays (pour une revue, voir Wolpe, 1952). De façon surprenante, malgré leurs ressemblances frappantes avec les névroses humaines (Wolpe, 1967), elles n'ont pas été sujettes à beaucoup de recherches dans le récent quart de siècle, à l'exception de l'étude notable de Smart (1965). Pour produire expérimentalement une névrose, il est nécessaire de susciter de l'anxiété de façon répétée chez l'animal placé dans un contexte invariant. L'éveil anxieux initial provient soit d'une stimulation nuisible, le plus souvent électrique, soit d'un fort conflit motivationnel, mettant habituellement en cause les impulsions à manger et à ne pas manger (voir Pavlov, 1927, p. 290). La stimulation nuisible peut venir de stimuli faibles qui doivent alors être nombreux (par ex. Liddell, 1944) ou d'un petit nombre de stimuli forts (voir plus bas). Des niveaux accrus d'anxiété sont conditionnés à l'environnement expérimental en conséquence des répétitions.

Dans les expériences sur les chats que j'ai rapportées (Wolpe, 1952, 1958), entre 5 et 20 stimulations électriques de haut voltage et de bas ampérage, de deux secondes de durée, séparées de manière irrégulière par des périodes allant de 15 secondes à 2 minutes, mènent au conditionnement d'une haute anxiété touchant la cage. L'anxiété était continuellement présente par la suite lorsque l'animal se trouvait dans la cage expérimentale. Quand l'anxiété continue était considérée comme seulement modérément moins que celle élicitee par les chocs, il ne recevait plus de chocs. Malgré tout, l'anxiété ne tendait pas à diminuer, même à la suite de nombreuses expositions dans la situation expérimentale, comme l'ont aussi noté d'autres investigateurs (par ex. Appel, 1963; Gantt, 1944; Masserman, 1943). Les manifestations de l'anxiété variaient, mais la dilatation des pupilles, la respiration rapide et le dressage des poils se révélaient invariables. L'évocation de l'anxiété était aussi moins forte à l'évidence dans la pièce d'expérimentation, due bien sûr au conditionnement direct s'y étant produit, et, par généralisation, à des intensités encore moindres dans d'autres pièces. Aucune anxiété ne se manifestait dans la cage à séjour, à moins que des stimuli conditionnés à l'anxiété s'y trouvaient introduites.

Des genres variés de dépression de la réponse furent observés en relation avec l'anxiété conditionnée. Même après une privation de nourriture de 24-48 heures, aucun animal névrotique ne mangeait des aliments facilement accessibles sur le plancher de la cage expérimentale; la nourriture sur le plancher demeurait intouchée pendant des heures (ou indéfiniment - voir Masserman, 1943, p. 68). On peut difficilement concevoir une manifestation plus frappante d'un retard moteur que celle de l'inhibition de la consommation chez un animal affamé. L'inhibition générale du mouvement se montrait aussi commune. Certains animaux s'affaissaient passivement dans un coin de la cage expérimentale, attendant d'être retirés, parfois des heures plus tard. Ce qu'on doit particulièrement remarquer, c'est que ce comportement inhibé était lié à l'anxiété conditionnée, et ne dépendait nullement de la

présence d'un choc électrique quelconque, comme dans le cas de l'incapacité prise. La conduite dépressive diminuait invariablement et disparaissait en corrélation avec l'élimination réussie de l'anxiété par un programme de déconditionnement dans lequel l'alimentation était opposée de façon systématique à un niveau s'accroissant de stimuli évoquant l'anxiété (Wolpe, 1952).

LES VARIÉTÉS CLINIQUES DE LA DÉPRESSION RÉACTIONNELLE ET LEUR TRAITEMENT

Il existe une bonne évidence que la dépression réactionnelle est très largement fonction de l'anxiété d'une manière ou de l'autre. Clancy *et al.* (1978) ont bien montré l'incidence élevée de la dépression secondaire à la névrose anxieuse. L'omniprésence de l'anxiété dans la dépression réactionnelle est apparue directement par la mesure psycho-physiologique (McCarron, 1973); et Suarez, Crowe et Adams (1978) firent voir que des déprimés réactionnels ont élevé la réponse électrodermale au stress dans la direction de l'anxiété. La présence de l'anxiété se manifeste indirectement dans le fait que les seuils de sédation (voir ci-dessus) sont à peu près identiques dans les états anxieux et dans les dépressions réactionnelles (en contraste avec les dépressions endogènes) (Shagass, 1957; Shagass et Jones, 1958). Ce qui compte pour diagnostiquer une dépression comme réactionnelle n'est pas si un événement précipitant initial peut être identifiée, mais bien la corrélation des variations de la dépression avec les événements soulevant de l'anxiété sur une base quotidienne.

La dépression réactionnelle se présente sous quatre jeux séparés de circonstances suscitant l'éveil de l'anxiété; mais la combinaison de deux jeux ou plus peut se retrouver. Pour la commodité, on peut parler de «types» de dépression réactionnelle. Une série de 25 cas traités fut répartie comme suit en fonction du type prédominant:

- Type I. Comme conséquence d'une anxiété sévère et prolongée, directement conditionnée (11 cas).
- Type II. Comme conséquence d'une anxiété s'appuyant sur des connaissances erronées, auto-dépréciatives (6 cas).
- Type III. Dans le contexte d'une anxiété originant de l'incapacité à contrôler les situations interpersonnelles (8 cas).
- Type IV. Dans le contexte de réponses au deuil excessivement prolongées et sévères (0 cas). Ce facteur n'apparaissait que pour le cas N° 17.

Ces 25 cas, présentés dans le tableau 1, sont représentatifs d'une expérience portant sur 30 années d'utilisation de l'approche comportementale face à la dépression réactionnelle. Ces cas furent réunis de la façon suivante: des 88 cas névrotiques, tablés dans *Psychotherapy by reciprocal inhibition* (1958), il y en a 6 pour lesquels le mot *dépression* apparaît dans le sommaire diagnostique, et ceux-ci forment les cas 1 à 6. Les autres furent les 19 premiers cas traités, où la dépression se révélait comme la caractéristique majeure, qu'un assistant retrouva dans mes filières suite à une recherche au hasard. Il s'agit de 4 hommes et 21 femmes, allant de 21 à 60 ans. Ils furent classifiés par type selon la source dominante de l'anxiété sous-jacente à la dépression. Chez plusieurs, existait plus d'une source.

Type I. Comme conséquence d'une sévère anxiété directement conditionnée

Les patients avec des névroses incluant de hauts degrés d'anxiété (pouvant être continue ou intermittente), souvent, rapportent aussi une dépression dont les fluc-

tuations sont habituellement fortement reliées à l'intensité de l'anxiété. Dans certains cas, la dépression devient l'émotion dominante, semblant se substituer à l'anxiété. Où il y a une anxiété envahissante (voir Wolpe, 1973), une dépression envahissante peut prendre sa place. La substitution de l'affect dépressif à l'affect anxieux peut être conçue comme due à certains sentiers autonomes «surchargés» qui deviennent inhibés alors que l'excitation se trouve re-canalisée dans des sentiers différents. (Une telle inhibition peut être semblable à celle que Pavlov (1941, p. 176) décrit lorsqu'il parle d'inhibition de protection). Certains cas de ce type offrent une inhibition d'activité suffisamment sévère pour amener l'étiquette d'«incapacité»; mais elle est secondaire à l'anxiété conditionnée comme chez les chats rendus expérimentalement névrotiques (voir ci-dessus). Ce type de dépression réactionnelle était la plus commune dans notre série - 11 cas (voir tableau 1).

Traitement

La dépression réactionnelle de ce type répond bien au déconditionnement de l'anxiété, par désensibilisation systématique ou toute autre méthode appropriée. En corrélation avec la diminution de l'anxiété, les dépressions deviennent moins sévères, moins fréquentes et plus courtes. Finalement, elles disparaissent souvent bien avant que le déconditionnement de l'anxiété soit achevé.

Pour illustrer ceci, il est avantageux de prendre un cas publié précédemment, afin que le lecteur puisse accéder à plus de détails. Mme Z (Wolpe, 1964), âgée de 36 ans (le cas 3 du tableau 1), a une longue histoire d'anxiété, de dépression et d'inadéquité sociale. Elle a fait plusieurs tentatives de suicide. Avant que je la vis, elle avait eu 9 ans de psychanalyse sans aucun autre bénéfice que le support. L'analyse comportementale révélait sa peur de la désapprobation, et une peur annexe de faire connaître ses demandes ou de résister à celles des autres. Son traitement a consisté en un entraînement assertif et en une désensibilisation systématique de ses peurs inappropriées du rejet et du ridicule. Après 31 séances, elle devint plus calme que tout ce qu'elle pouvait se rappeler. Elle s'avérait apte à contrôler les situations avec les gens et n'était plus dérangée à un niveau névrotique par les «désapprobations». Elle ne manifestait plus aucune dépression. Tous les gains se maintenaient lors d'une relance au bout de 9 mois.

Type II. Comme conséquence d'une anxiété basée sur des auto-dépréciations erronées

Cette catégorie de dépressions réactionnelles est essentiellement la même que la précédente, se distinguant seulement en ce que l'anxiété s'appuie sur des malentendus auto-dépréciatifs. Il y avait 6 cas de cette sorte dans notre série. Selon Beck (1976), tous les cas de dépression relèvent d'une mauvaise interprétation. Nos analyses ne supportent pas cela; et dans la majorité de nos autres cas le rétablissement n'était relié à aucun programme de correction cognitive. Certains avaient déjà réalisé, avant tout traitement, l'inadéquité de leurs réponses émotionnelles, et d'autres l'apprenaient au cours de la correction thérapeutique; mais, dans l'un et l'autre cas, la guérison découlait du déconditionnement de l'anxiété.

TABLEAU 1
Vingt-cinq cas de dépression réactionnelle

	Sexe	Age	Type	Traitement	Nombre de séances	Durée de la relance	Résultat
1.	H	32	B	Assertion	21	5 ans	+
2.	F	35	A	Assertion, relaxation	22	22 ans	+
3.	F	36	A	Assertion, désensibilisation systématique	31	9 mois	+
4.	H	40	A	Désensibilisation systématique	17	0	+
5.	F	29	B	Assertion, désensibilisation systématique	13	0	+
6.	F	41	B	Assertion, relaxation. Amélioration temporaire - solitude	17	2 mois	-
7.	F	35	C	Correction cognitive	16	7 ans	+
8.	F	44	B	Assertion, désensibilisation systématique	18	3 mois	+
9.	F	40	B	Correction cognitive («droit de critiquer»), assertion	74	8 ans	+
10.	F	41	A	Assertion, désensibilisation systématique	57	8 ans	+
11.	F	34	B	Assertion, désensibilisation systématique	25	2 ans	+
12.	H	31	M	Correction cognitive de la peur de la folie, désensibilisation systématique	36	21 ans	+
13.	F	46	C	Correction cognit. (folie et maladie de coeur), désensib. systématique	45	6 mois	+
14.	F	29	B	Assertion, désensibilisation systématique in vivo de situations sexuelles	41	7 ans	±
15.	F	50	A	Désensibilisation systématique	22	3 ans	+
16.	F	29	B	Assertion	11	2 mois	+
17.	F	60	A	Valium. Traitement par immersion de l'obsession de la contamination	29	1 an	+
18.	F	48	A	Désensibilisation systématique	17	2 ans	+
19.	F	30	C	Correction cognitive de la peur de la folie. Un peu d'assertion	7	6 mois	+
20.	H	21	C	Explication des droits. Entraînement assertif. Modeling de la colère	12	0	+
21.	F	42	M	Correction cognitive, assertion, désensibilisation systématique	31	2 ans	-
22.	F	39	A	Désensibilisation syst. in vivo de la peur d'être vu comme un lâcheur	14	3 ans	+
23.	F	55	A	Désensibilisation systématique	135	4 ans	+
24.	F	31	A	Désensibilisation systématique	9	2 ans	+
25.	F	35	A	Désensibilisation systématique. Désensibilisation in vivo	34	6 mois	+

TABLEAU 2
Sommaire des données

Type prédominant de dépression	Nombre de cas	Durée moyenne depuis l'apparition des symptômes dépressifs	Nombre moyen de séances thérapeutiques	Nombre de rétablissement ou de grande amélioration
I	11	9,6 ans	35,2	11
II	6	7,3 ans	24,5	5
III	8	4,9 ans	27,5	6
IV				
Total	25	7,4 ans	30,2	22

Nombre de cas relancés après 6 mois ou plus: 19. Relance en moyenne: 5,2 ans. Pas de rechute.

Traitement

Le traitement est, naturellement, la correction cognitive. Un exemple publié (Wolpe, 1973, p. 57 et sq.) a trait à une femme âgée de 35 ans avec une histoire vieille de 10 ans d'irritabilité marquée et de dépressions sévères. Durant toute cette période, elle suivit une psychanalyse sans interruption et sans soulagement. Sa détresse émotionnelle provenait de la croyance, encouragée par ses psychiatres, qu'elle était absolument incapable d'organes vaginaux. Si, à une soirée, elle voyait son mari en conversation avec une autre femme, même peu attirante, elle ressentait de l'envie, pensant «Au moins, elle n'est pas anormale comme moi». L'analyse comportementale révéla qu'elle pouvait facilement avoir des orgasmes masturbatoires et que ses organes vaginaux inhibés venaient de sa peur de faire confiance aux gens (en conséquence de la cruauté détournée de son père). Lorsque cette condition lui devint apparente au cours de sa troisième session avec moi, la patiente ressentit un ineffable soulagement émotionnel. Elle n'eut aucun autre épisode de dépression réactionnelle. Elle commença à collaborer ardemment aux efforts faits pour normaliser sa vie sexuelle pendant les mois suivants. Lors d'une relance, sept ans plus tard, elle ne rapporta aucune autre attaque de dépression réactionnelle.

Type III. Venant de l'échec à contrôler les situations interpersonnelles

La domination d'une personne sur une autre s'avère une condition inévitable de la vie sociale. Celui qui est en état d'infériorité accepte cette réalité, ou peut être frustré et plein de ressentiment mais, normalement, il n'est pas déprimé. L'acceptation de la soumission même spécialement à la dépression lorsque la soumission provient de l'incapacité de l'individu à entrer effectivement en rapport avec les autres du fait d'habitudes de réponses dérivant de l'anxiété sociale conditionnée. L'anxiété survient soit de la seule pensée de l'affirmation de soi, soit de ses implications présumées - comme de blesser les sentiments des autres personnes ou d'apparaître comme «importun». Par la présence de cette anxiété, la personne se trouve empêchée de s'exprimer elle-même de façon appropriée et c'est cette inutilité qui semble reliée à la dépression. Si cette inhibition s'étend à plusieurs contextes interpersonnels, la personne peut être déprimée de manière chronique. Il y avait 8 semblables cas dans la présente série, rattachés entièrement ou de façon prédominante à cette sorte d'échec interpersonnel.

Traitement

Comme on pouvait s'y attendre, l'entraînement à l'assertion figure largement dans le traitement des dépressions de cette sorte. Cette technique affaiblit les réponses habituelles anxieuses en inhibant l'anxiété pendant l'expression de colère ou d'autres réponses adéquates, et fournit en même temps les conditions pour le renforcement de conduites motrices efficaces. Dans certains cas de crainte exceptionnelle, la désensibilisation systématique peut devoir précéder l'entraînement assertif, par exemple, si le patient se sent très coupable après s'être affirmé lui-même ou s'il est excessivement effrayé d'un retour agressif. L'anxiété sur les affirmations faites ou celle à propos de l'hostilité des autres doit alors être déconditionnée avant que l'entraînement assertif puisse réussir.

Un exemple qui a été rapporté avec quelques détails dans un autre contexte (Wolpe, 1973, p. 258 et sq.) portait sur un coiffeur homosexuel, âgé de 32 ans, qui présentait beaucoup d'anxiété et de dépression, souvent reliée aux critiques des clients concernant son travail. En réponse à une critique, même injuste, il se sentait blessé, sans force, au bord des larmes, et demeurait sans réparer. Il se montrait aussi incapable de s'affirmer avec ses amis. Le traitement eut recours presque uniquement à l'entraînement assertif. Après 21 séances, il s'avérait capable de réagir avec compétence aux réclamations de ses clients et tous ses symptômes émotionnels, dépression incluse, avaient presque complètement disparu. (Il fut noté plus tard que son homosexualité avait cédé la place à l'hétérosexualité, apparemment comme une conséquence de ces changements émotionnels). Cinq ans plus tard, il demeurait exempt de dépression (et encore hétérosexuel).

Type IV. Exagération de la réaction normale au deuil

Comme déjà relevé à propos de la dépression normale, les gens se montrent avec raison déprimés quand la mort ou un autre événement les prive de quelque chose qu'ils chérissent. Si la dépression devient extravagante ou dure très longtemps, cela peut quelquefois provenir d'une interaction entre les réponses au cruel événement et une prédisposition physiologique (Eysenck, 1970), ce qui précipite habituellement une dépression endogène par le stress (voir ci-dessus). Clayton et Darvish (1978) ont trouvé lors d'une étude démographique que 16% des veufs et veuves récents étaient déprimés après 13 mois, et que plusieurs d'entre eux présentaient une maladie psychologique pré-existante. Pour d'autres cas, un conditionnement préalable suffit à expliquer la réaction exagérée à la perte: par exemple, l'individu peut avoir été sensibilisé par des pertes dans son histoire passée. Aucun cas pur de ce type n'apparaît dans la présente série, cela se combinant avec d'autres facteurs pour le cas 17.

Traitement

Lorsque l'investigation du cas suggère un élément endogène, la drogue adéquate ou un traitement hormonal doit être donné. Si un deuil ou un rejet par un amoureux conduit à des dévaluations de soi, la correction cognitive doit être entreprise. Une réaction exagérée à une perte, se fondant sur un pré-conditionnement de l'anxiété à semblable occurrence, peut être une indication pour la désensibilisation systématique. Ramsay (1977) a obtenu des résultats impressionnants dans le traitement du deuil prolongé en plongeant le patient dans les émotions poignantes suscitées par la focalisation intense sur les précieux moments passés avec le cher disparu (voir aussi Lieberman, 1978). Il est intéressant que Ramsay (1978) fasse sa référence (comme j'avais coutume de le faire) à l'incapacité apprise même si le but de sa méthode s'avère très explicitement le changement émotionnel. Phillips (1978)

et Wanderer et Cabot (1978) ont proposé des programmes comportementaux pour surmonter les conséquences émotionnelles persistantes de liens brisés.

DISCUSSION

Les 25 cas de dépression névrotique présentés dans le tableau 1 furent traités essentiellement par le déconditionnement de l'anxiété reliée. Pour 22 d'entre eux, la dépression réactionnelle fut vaincue de façon durable; deux (les cas 6 et 21) ne s'améliorèrent pas et un (le cas 14) fut sujet à des retours répétés de la dépression, avec moins de sévérité cependant qu'initialement. Ces trois cas furent à des degrés différents des échecs, en attendant que le déconditionnement à l'anxiété est concerné. Une note sous le tableau 2 précise qu'il n'y eut aucune rechute chez les 19 cas suivis pour une période d'au moins 6 mois.

Il doit être noté que le nombre de séances pour chaque cas est le nombre total pour tous les aspects de son traitement, et non seulement pour celui concernant la dépression. A plusieurs reprises, la dépression disparaissait longtemps avant que les constellations anxieuses soient complètement disparues. Par exemple, bien que le cas 7 ait eu 16 séances, sa dépression avait cessé d'être un problème après la troisième session (voir le sommaire du cas ci-haut).

Ces données d'étude de cas n'ont pas la force dérivant d'une étude contrôlée mais fournissent un premier aperçu pour la proposition que la dépression névrotique, comme les autres manifestations de la névrose, est fonction de l'anxiété. Dans la plupart des cas, la dépression avait été un problème depuis des années. La majorité avait suivi précédemment d'autres formes de psychothérapies, avec peu ou pas de profit.

La récupération d'une dépression névrotique, apparemment comme conséquence du déconditionnement de l'anxiété, ajoutée à l'improbabilité que nous avons déjà notée que l'incapacité apprise soit un modèle pour la dépression réactionnelle. Il semble donc hautement improbable que la recherche sur l'incapacité apprise amène quelque chose de valable pour le traitement de la dépression névrotique. Il est notable en ce sens que les effets électrodermaux des états d'incapacité soient exactement à l'opposé de ceux de la dépression névrotique (Gatchel, McKinney et Koeberrick, 1977).

L'incapacité apprise reste un phénomène intrigant, comme la quantité de recherches et de discussions à son sujet le démontre (par exemple, 17 articles dans un numéro spécial du *Psychological Bulletin* en février 1978). Même si l'incapacité apprise est inapplicable à la dépression névrotique, elle peut s'appliquer à d'autres genres de dépression humaine. On peut exclure immédiatement les dépressions endogènes et considérer seulement la dépression normale (voir ci-dessus). L'idée de l'incapacité apprise a poussé à plusieurs études sur les effets des situations incontrôlables sur le comportement humain, ce qui d'une certaine manière se situe en parallèle avec les expérimentations animales. Par exemple, Klein et Seligman (1976) ont rapporté que des sujets non déprimés, soumis à des bruits inévitables, laissaient voir de plus grands déficits significatifs pour éviter le bruit dans la boîte à échappement, lorsque comparés à des sujets nés. Les déficits apparaîtront pour peu de temps (comme pour la plupart des dépressions normales). Ils pourraient peut-être être raccourcis davantage par des programmes de renforcement tels ceux suggérés dans l'expérience de Miller et Seligman (1975), et alors pointer des possibilités de traitement pour les dépressions normales. Cependant, puisque les situations occasionnant le déficit semblent imposer un stress émotionnel, on doit considérer la possibilité que même des déficits courts soient dus à l'anxiété condi-

tionnée. On ne peut que noter que dans une des rares études sur l'incapacité portant attention à l'anxiété, Miller, Seligman et Kurlander (1975) ont observé que «virtuellement, ne se trouvent pas de sujets déprimés qui soient non anxieux».

La primauté de l'anxiété conditionnée dans la dépression réactionnelle rend aussi compte de l'efficacité douteuse des programmes de renforcement (Lewinson, 1974), dans lesquels les guérisons qui se produisent peuvent très bien être dues au déconditionnement de l'anxiété non spécifique qui accompagne presque chaque genre d'entrevue thérapeutique (Wolpe, 1958, p. 193), au moins pour les cas où se trouve de la dépression névrotique, puisque les distinctions diagnostiques ne sont pas toujours claires.

Ajoutons deux lignes supplémentaires sur le rôle de l'anxiété dans la dépression névrotique: l'étude de la relation entre la profondeur subjective de la dépression et les mesures psycho-physiologiques; et les comparaisons contrôlées des effets des traitements pour la dépression réducteurs de l'anxiété avec les autres traitements, comme les programmes de renforcement.

RÉFÉRENCES

- Appel, J. B. (1963) Punishment and shock intensity. *Science* 141, 528-529.
- Beck, A. T. (1967) *Depression*. Harper & Row, New York.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press, New York.
- Behrend, E. R. and Bitterman, M. E. (1963) Sidman avoidance in the fish. *J. exp. Anal. Beh.* 13, 229-242.
- Blueler, E. (1911) *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (Translated by J. Zinken). International Universities Press, New York.
- Brookshire, K. H., Littman, R. A. and Stewart, C. N. (1961) Residue of shock trauma in the white rat: a three factor theory. *Psychol. Monogr.* 75 (10, Whole N° 514).
- Brookshire, K. H., Littman, R. A. and Stewart, C. N. (1962) The interactive effect of promazine and post-weaning stress upon adult avoidance behavior. *J. nerv. ment. Dis.* 135, 52-58.
- Buchwald, A. M., Coyne, J. C. and Cole, C. S. (1978) A critical evaluation of the learned helplessness model of depression. *J. abnorm. Psychol.* 87, 180-193.
- Clancy, J., Noves, R., Hoenk, P. R. and Slymen, D. J. (1978) Secondary depression in anxiety neurosis. *J. nerv. ment. Dis.* 166, 846-850.
- Clayton, P. J. and Darvish, H. S. (1978) The course of depressive symptoms following the stress of bereavement. Paper presented at the meeting of the American Psychopathological Association, March 10, 1978.
- Depue, R. A. and Monroe, S. M. (1978) Learned helplessness in the perspective of the depressive disorders: conceptual and definitional issues. *J. abnorm. Psychol.* 87, 3-20.
- Ewald, G. (1928) Psychoses in acute infections. In *Handbook of Mental Diseases* (Edited by O. Bumke.). Springer, Berlin.
- Eysenck, H. J. (1970) The classification of depressive illness. *Br. J. Psychiat.* 117, 241-250.
- Forrest, A. D. (1964) Comparative trial of nortriptylene and amitriptylene. *Scot. Med. J.* 9, 34-41.
- Gantt, W. H. (1944) Experimental basis for neurotic behavior. *Psychosom. Med. Monogr.* 3 (3 and 4).
- Gathiel, R. J., McKinney, M. E. and Koebnick, L. F. (1977) Learned helplessness, depression and physiological responding. *Psychophysiology* 14, 25-31.
- Greenblatt, D. J. and Shader, R. I. (1972) Digitalis toxicity. In *Psychiatric Complications of Medicinal Drugs* (Edited by R. I. Shader). Raven Press, New York.
- Hoch, P. H. (1959) Drug therapy. In *American Handbook of Psychiatry*. (Edited by S. Arieti). Basic Books, New York.
- Klein, D. C. and Seligman, M. E. P. (1976) Reversal of performance deficits and perceptual deficits in learned helplessness and depression. *J. abnorm. Psychol.* 85, 11-26.
- Kline, N. S. (1974) *From Sad to Glad*. Ballantine, New York.
- Leonhard, K. (1959) *Aufteilung der Endogenen Psychosen*, 2nd Edn. Berlin.
- Lewinsohn, P. M. (1974) Clinical and theoretical aspects of depression. In *Innovative Treatment Methods in Psychopathology* (Edited by K. S. Calhoun, H. E. Adams and K. M. Mitchell). John Wiley, New York.
- Lieberman, S. (1978) Nineteen cases of morbid grief. *Br. J. Psychiat.* 132, 159-163.
- Liddell, H. S. (1944) Conditioned reflex method and experimental neurosis. In *Personality and the Behavior Disorders* (Edited by J. McV. Hunt). Ronald Press, New York.
- McCarron, L. T. (1973) Psychophysiological discriminants of reactive depression. *Psychophysiology* 10, 223-230.
- Maier, S. F. and Seligman, M. E. P. (1976) Learned helplessness: theory and evidence. *J. exp. Psychol. Gen.* 105, 3-46.
- Masserman, J. H. (1943) *Behavior and Neurosis*. University of Chicago Press, Chicago.
- Miller, N. and Weiss, J. M. (1969) Effects of somatic or visceral responses to punishment. In *Punishment and Aversive Behavior* (Edited by B. A. Campbell and R. M. Church). Appleton-Century-Crofts, New York.
- Miller, W. R. and Seligman, M. E. P. (1975) Depression and learned helplessness in man. *J. abnorm. Psychol.* 84, 228-238.
- Miller, W. R. and Seligman, M. E. P. (1975) Learned helplessness, depression, and anxiety. *J. nerv. ment. Dis.* 161, 347-357.
- Padilla, A. M., Padilla, C., Ketterer, T. and Giacalone, D. (1970) Inescapable shocks and subsequent avoidance conditioning in goldfish *Carrasius Auratus*. *Psychonom. Sci.* 20, 295-296.
- Pavlov, I. P. (1927) *Conditioned Reflexes* (Translated by G. V. Anrep). Oxford University Press, London.
- Pavlov, I. P. (1941) *Conditioned Reflexes and Psychiatry* (Translated by W. H. Gantt). International Publishers, New York.
- Perris, C. (1966) A survey of bipolar and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiat. Scand.* Supplement 194.
- Phillips, D. (1978) *How to Fall Out of Love*. Houghton Mifflin, Boston.
- Pinckney, G. (1967) Avoidance learning in fish as a function of prior fear conditioning. *Psychol. Rep.* 20, 71-74.
- Ramsay, R. W. (1977) Behavioural approaches to bereavement. *Behav. Res. Ther.* 15, 131-135.
- Ramsay, R. W. (1978) Bereavement: behavioural treatment of pathological grief. Unpublished manuscript.
- Seligman, M. E. P. (1968) Chronic fear produced by unpredictable shock. *J. comp. phys. Psychol.* 66, 402-411.
- Seligman, M. E. P. (1974) Depression and learned helplessness. *The Psychology of Depression* (Edited by R. J. Friedman and M. Katz). Winston, Washington, D.C.
- Seligman, M. E. P. (1975) *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. W. H. Freeman, San Francisco.
- Seligman, M. E. P. and Groves, D. (1970) Non-transient learned helplessness. *Psychonom. Sci.* 19, 191-192.
- Seward, J. and Humphrey, G. L. (1967) Avoidance learning as a function of pretraining in the cat. *J. comp. phys. Psychol.* 63, 338-341.
- Shagass, C. (1956) Sedation threshold: a neurophysiological tool for psychosomatic research. *Psychosom. Med.* 18, 410-419.
- Shagass, C. (1957) Neurophysiological studies of anxiety and depression. *Psychiat. Res. Reprints* 8, 100-117.
- Shagass, C. and Jones, A. L. (1958) A neurophysiological test for psychiatric diagnosis: results in 750 patients. *Am. J. Psychiat.* 114, 1002-1010.
- Shagass, C., Mihalik, J. and Jones, A. L. (1957) Clinical psychiatric studies using the sedation threshold. *J. Psychosom. Res.* 2, 45-55.
- Shagass, C., Muller, K. and Acosta, H. B. (1959) The pentothal "sleep" threshold as an indicator of affective change. *J. Psychosom. Res.* 3, 253-270.
- Shagass, C., Roemer, R. A., Straumanis, J. J. and Amadeo, M. (1978) Evoked potential correlates of psychosis. *Biol. Psychiat.* 13, 163-184.
- Smart, R. G. (1965) Conflict and conditioned aversive stimuli in the development of experimental response. *Can. J. Psychol.* 19, 208-215.
- Suarez, Y., Crowe, M. and Adams, H. E. (1978) Depression: avoidance learning and physiological correlates in clinical and analog populations. *Behav. Res. Ther.* 16, 21-31.
- Thomson, K. C. and Hendrie, H. C. (1972) Environmental stress in primary depressive illness. *Arch. gen. Psychiat.* 26, 130-132.

- Wanderer, Z. and Cabot, T. (1978) *Letting Go*. G. P. Putman, New York.
- Wolpe, J. (1952) Experimental neurosis as learned behavior. *Br. J. Psychol.* **43**, 243-268.
- Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press, Stanford.
- Wolpe, J. (1964) Behavior therapy in complex neurotic states. *Br. J. Psychiat.* **110**, 28-34.
- Wolpe, J. (1967) Parallels between animal and human neuroses. In *Comparative Psychopathology* (Edited by J. Zubin and H. F. Hunt). Grune & Stratton, New York.
- Wolpe, J. (1971) Neurotic depression: experimental analog, clinical syndromes and treatment. *AM. J. Psychotherapy* **25**, 362-368.
- Wolpe, J. (1973) *The Practice of Behavior Therapy*, 2nd Edn. Pergamon Press, New York.

ENGLISH ABSTRACT

Learned helplessness is at present widely accepted as a model for depression. Depression, however, is a symptom-complex that has many causes. Three general causal categories are distinguished - normal, neurotic and endogenous. Neurotic depressions comprise the main clinical category whose causation is primarily external. This paper shows that neurotic depression is evidently a function of conditioned anxiety response habits that finds a paradigm in experimental neuroses, not in learned helplessness. Both experimental and clinical neurotic depressions are overcome by deconditioning anxiety. In a sample of 25 cases treated by the deconditioning of anxiety, 22 recovered from their depressions; and the recoveries were found to have endured in the 19 of them who were followed up for at least 6 months.

La thérapie comportementale: courants actuels et perspective d'avenir¹

JEAN-MARIE BOISVERT 2

Hôpital Louis-H. Lafontaine

MADELEINE BEAUDRY

et

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Du système de jetons aux livres d'auto-thérapie, en passant par les procédures en imagination (désensibilisation et conditionnement imaginal), par les techniques d'auto-contrôle et par les méthodes d'apprentissage des habiletés d'adaptation, il y a une évolution importante. C'est cette évolution qui a caractérisé la thérapie comportementale d'ici, depuis dix ans. Il y a, dans cette évolution, une continuité qui consiste, entre autres, à donner à nos clients plus de pouvoirs sur leur environnement. Il y a aussi des différences au niveau des moyens que nous mettons à leur disposition: au lieu de modifier directement les comportements, nous leur donnons de plus en plus accès à nos connaissances pour qu'ils modifient eux-mêmes leurs comportements. Ceci répond très bien à la demande de George A. Miller, président de l'American Psychological Association en 1969, de répandre nos connaissances: «Offrez-le aux gens qui en ont réellement besoin - et cela inclut tout le monde».

Répandre nos connaissances dans un but thérapeutique constitue un nouveau domaine de recherche et d'intervention pour les années 1980. Nous devons commencer par évaluer et résoudre les problèmes que les gens croient avoir plutôt que les problèmes que nous, spécialistes, croyons qu'ils devraient avoir. Ceci est relativement simple au niveau des phobies par exemple, mais plus complexe dans un domaine comme celui des relations interpersonnelles. Il est alors nécessaire de nous ouvrir à d'autres domaines des sciences du comportement humain de même qu'aux courants actuels de pluri-disciplinaire sociale. Il nous faut aussi éviter le dogmatisme du «fais ça et tout ira bien» et plutôt donner nos sources expérimentales et théoriques, en en reconnaissant les limites. Enfin, nous aurons à évaluer l'efficacité des instruments que nous mettrons à la disposition des gens et les remettre en question au besoin. Ce texte présente un point de vue sur ce nouveau domaine d'intervention et de recherche.

Il arrive, nous dit Perry London (1972), que les jeunes «modificateurs et modificateurs du comportement» s'assoient sur les genoux de leurs parents dans la profession et leur demandent: «Papa (ou maman), dis-moi d'où je viens». Et alors, les bons parents commencent une longue histoire:

«Il était une fois des principes de l'apprentissage qui vivaient dans un beau pays peu connu et peu fréquenté, qui s'appelaient le «Laboratoire». Ces principes nous ont donné naissance, par l'opération de quelques esprits sains. Tout jeunes encore et l'esprit à l'aventure, mais bien éduqués par nos parents, nous avons décidé d'aller dans le pays voisin pour répandre la bonne nouvelle. Les maîtres du pays voisin s'appelaient les «Cliniciens». Ils demeuraient sur une montagne fortifiée et étaient de méchants racistes. Dès qu'ils nous ont vus, ils se sont employés d'abord à nous faire une mauvaise réputation et nous ont jeté en bas de la montagne. Mais, heureusement, de bons samaritains, qui s'appelaient les «Expérimentalistes», nous ont recueillis, nous ont soignés, nous ont adoptés comme leurs propres enfants et

1. Ce texte a fait l'objet de la conférence d'ouverture du congrès de l'A.S.M.C. (Montréal, 1980), sous le titre «Il fait beau! On commence. (Point de vue sur l'avenir de la thérapie comportementale)». Il est publié avec une aide financière en provenance de l'Université du Québec à Montréal, où s'est tenu le 11^e congrès.

2. Pour obtenir un tiré-à-part, veuillez vous adresser à Jean-Marie Boisvert, D.Ps., Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 rue Hochelaga, Montréal, Québec H1N 3M5.

nous ont donné les outils et les armes nécessaires pour que nous puissions entreprendre notre croisade. Une fois bien armés, nous nous sommes mis en route, prêchant souvent dans le désert. Mais, nous nous sommes quand même faits de plus en plus de disciples parmi le peuple qui était impressionné par les victoires que nous avons remportées contre ces pharisiens qu'étaient les psychanalystes, les rogiéris, les existentialistes et les psychiâtres. Tous ces gens ne savaient pas la différence entre un conditionnement opérant et un conditionnement répondant et, à cause de leur hypocrisie, ne voulaient pas reconnaître la grande supériorité des principes de comportement. Inutile de dire que leur ignorance nous donnait un avantage certain sur eux. Après avoir remporté de rudes batailles, nos forces révolutionnaires ont finalement fait leur place et forcé les ennemis à signer un traité de paix. Il arrive encore quelques fois qu'un petit groupe de réactionnaires décadents tentent de nous attaquer, mais, avec leurs armes périmées, ils ne sont que ridicules. Nos frontières sont bien gardées, notre pays est prospère et nous pouvons consacrer tout notre temps au bien-être de notre peuple. Maintenant souverains, nous pouvons envisager une association avec nos voisins et faire des échanges commerciaux avec eux. Autrement dit, il fait beau, on commence . . . »

C'est une belle histoire et quand les jeunes «modificateurs et modificatrices du comportement» entendent cette histoire, ils en rougissent de fierté patriotique. A chaque soir, avant de s'endormir, ils veulent que leurs parents leur racontent encore cette belle histoire. Mais, un jour, les parents se tament de raconter toujours la même histoire. Comme le dit Perry London (1972), «c'est une bonne histoire. Mais trop, c'est trop» (p.913). Alors, les parents demandent à leurs enfants de se la raconter à eux-mêmes dans leur for intérieur et ils appellent ça de l'«auto-renforcement» ou de l'«auto-contrôle». Ils ne s'entendent pas très bien sur la façon d'expliquer comment ça fonctionne, mais de toutes façons, c'est efficace: les «modificateurs et modificatrices du comportement» continuent à se raconter cette histoire en eux et entre eux de génération en génération.

C'est une belle histoire, mais comme toutes les histoires qui sont là pour améliorer le moral des troupes, c'est une histoire basée sur certains faits, mais un peu romancée. Si nous regardons notre histoire d'une façon un peu plus critique, c'est un peu différent et moins pathétique.

Nos premiers pas en thérapie behaviorale

A la fin des années 60, nous étions, dans les universités du Québec et du Nouveau-Brunswick, une poignée d'étudiants, plutôt déviants par rapport à la pensée officielle (analytique ou rogiérienne), et nous voulions faire une psychologie appliquée qui soit la plus scientifique possible. Dans les débats actuels sur l'identité de la thérapie behaviorale (Bond, 1974; Lazarus, 1973, 1977, 1978; London, 1972; Mash, 1974), il n'est peut-être pas inutile de se rappeler cette intention initiale des thérapeutes behavioristes: faire une psychologie appliquée qui soit la plus scientifique possible. Cette intention nous a amenés tout naturellement à nous tourner vers le behaviorisme et la thérapie behaviorale, qui n'en était alors qu'à ses débuts même aux Etats-Unis. Les principes de l'apprentissage, et notamment ceux du conditionnement opérant, nous sont alors apparus comme étant les principes scientifiques les plus facilement applicables. Quelques années après les américains, nous nous sommes donc rendus dans les salles psychiatriques du fond (un des seuls endroits où les déviants sont parfaitement tolérés) et nous avons établi des systèmes de jetons (Boisvert et Trudel, 1977; Trudel et Boisvert, 1972). Notre but était alors d'augmenter l'autonomie des patients psychiatriques chroniques en réduisant le caractère répressif des procédures hospitalières et en établissant des techniques de renforcement positif externe. Il peut sembler paradoxal de vouloir augmenter

l'autonomie de quelqu'un à l'aide d'un contrôle externe, mais il s'agissait pour nous d'une *première étape*, consistant à apprendre aux patients des comportements de base (au niveau de l'hygiène, de l'activité et des interactions sociales) conduisant à une plus grande autonomie. Ce paradoxe de la première étape ne surprendra personne à notre époque où l'étapisme de même que l'intention paradoxale sont considérés comme des procédures efficaces pour modifier des comportements! Preuve sans doute de notre étapisme: dès 1971, en réponse à un désir d'indépendance chez les patients, nous avons organisé une négociation et un référendum (Boisvert et Trudel, 1972). Quoiqu'il en soit, étant donnés notre foi dans les principes du conditionnement opérant et notre parti-pris «étapistes», les problèmes de généralisation qui se sont posés par la suite chez nos patients les plus déviants ne nous ont pas surpris outre mesure et il nous est apparu bientôt qu'il fallait passer à d'autres étapes (moins paradoxales!) pour favoriser la réinsertion sociale (Boisvert et Trudel, 1977; Trudel, 1977; Trudel et Marchand, 1975).

Entretiens, nous nous sommes aperçus que certains patients, malgré leur degré élevé de déviance, pouvaient modifier leurs comportements si on leur donnait tout simplement des consignes appropriées et sans qu'il soit nécessaire d'y ajouter un renforcement positif externe. De plus, nous commençons à utiliser la désensibilisation systématique (Ladouceur, 1977; Wolpe, 1975), d'ordinaire avec une population différente, et nous nous rendions compte là aussi que de simples consignes verbales pouvaient avoir des effets sur le comportement de nos clients. Après avoir mis l'emphase sur le renforcement immédiat et matériel, nous sommes donc devenus les ardents défenseurs d'une procédure qui consistait essentiellement à dire à nos clients ce qu'ils devaient imaginer et à les encourager verbalement à le faire. Ceci peut apparaître comme un nouveau paradoxe; mais celui-ci s'explique sans doute par le fait qu'à cause de l'expérience acquise, il nous était maintenant possible non seulement d'appliquer des procédures de laboratoire, mais aussi d'expérimenter des techniques tenant compte plus directement des caractéristiques «cognitives» de notre population, tout en étant suffisamment prudents pour ne pas tomber dans l'introspectionnisme (la «boîte noire» étant toujours la bête noire des behavioristes, pour ne pas dire leur mouton noir).

L'emploi de méthodes d'auto-régulation du comportement

Par la suite, nous avons constaté que plusieurs de nos clients pouvaient même se donner à eux-mêmes les consignes ou les renforçateurs que nous avions l'habitude de leur donner nous-mêmes. Ce fut le début des recherches sur l'auto-relaxation, l'auto-désensibilisation, les auto-verbalisations, l'auto-renforcement, l'auto-contrôle et différentes autres procédures plus ou moins cognitives (Bandura, 1971; Kanfer, 1970; Mahoney et Arnkoff, 1978; Ullmann, 1970).

Cette évolution de la thérapie behaviorale, ici comme ailleurs, peut être vue comme une suite de révolutions à l'intérieur du mouvement behavioriste, mais elle peut aussi être considérée comme une mise en application graduelle du principe de base du behaviorisme: le comportement est déterminé par les facteurs de l'environ-

1. Jean-Marie vous raconte ici sa petite histoire Permettez-moi de vous raconter la mienne (M. B.). Je ne faisais pas partie des étudiants «déviants» des années 60. Comme d'autres, j'ai plutôt été «profondément accroché» par les valeurs de la psychologie humaniste: la croissance, la conscience, le développement des potentialités, l'actualisation de soi, etc. J'ai participé à des groupes de croissance, de gestalt, j'ai fait mon petit pèlerinage en Californie et participé à des *work-shops* . . . J'ai fait un «cheminement personnel», comme disent les humanistes, mais je vous avoue que je l'ai souvent trouvé un peu long . . . J'ai surtout été déçu par le manque de moyens concrets ou de stratégies de changement offerts par cette approche pour atteindre mes objectifs. Une fois consciente de mes difficultés, comment changer quelque chose? Sans doute influencée par le fait que je suis une femme, je me disais que c'était moi qui n'étais pas correcte, que ne je saisissais pas assez

nement, et l'environnement lui-même est modifié par le comportement. Selon ce principe, il y a interaction constante entre le comportement et l'environnement, et ce, autant au niveau externe et observable qu'au niveau interne et privé. Ainsi, aux niveaux théorique, clinique et expérimental, nous considérons l'organisme humain non pas comme un simple produit passif de l'environnement externe, mais comme un participant très actif dans la modification de son propre environnement et, en conséquence, de son propre comportement. D'autre part, nous traitons les activités dites «*internes*» de la même façon que les activités dites «*externes*» (Homme, 1965; Mahoney et Arnkoff, 1978), en autant que nous avons quelques raisons de croire à l'existence des premières ! Une telle position devrait nous permettre d'augmenter la qualité et l'étendue des services que nous offrons à nos clients et d'améliorer leur capacité de résoudre par eux-mêmes leurs difficultés personnelles.

Une thérapie basée sur l'auto-régulation du comportement présente certains avantages par rapport à un modèle d'intervention qui fait moins appel à l'autonomie du client. D'abord, la vie quotidienne est faite de nombreuses situations problématiques qu'il faut résoudre pour fonctionner adéquatement et le thérapeute ne peut être présent à chaque fois que son client rencontre une difficulté. Il est donc avantageux pour un client d'acquiescer différents moyens de faire face par lui-même à la majorité de ses problèmes. Plusieurs clients désirent d'ailleurs arriver à contrôler par eux-mêmes leur comportement, sans l'aide continue d'un environnement thérapeutique ou sans l'intervention directe du thérapeute. Ce désir d'autonomie doit être encouragé pour des raisons non seulement morales, mais aussi thérapeutiques. En effet, certains auteurs (Faircloth, 1974; Goldfried et Trier, 1974; Greiner et Karoly, 1976; MacDonough, Adams et Tesser, 1973; Mahoney, 1974; Speidel, 1974; Thoresen et Mahoney, 1974; Willer et Miller, 1976; Winett, 1970) ont montré que l'auto-détermination est intrinsèquement renforçante pour plusieurs et suscite souvent des changements plus importants et plus stables que le contrôle externe.

Mais, quels sont les moyens techniques pour amener une personne à prendre elle-même la direction de son comportement? Pour tenter de répondre à cette question, je (J. M. B.) me suis donné comme tâche de faire le tour des différentes procédures qui sont proposées dans la littérature et des différents modèles d'intervention qui sont censés faire une synthèse pratique des procédures. Je me suis retrouvé avec une quinzaine de livres et une trentaine d'articles sur ma table de travail, livres et articles que j'avais déjà consultés et lus une ou deux fois pour la plupart, qui m'apparaissaient donc comme des ouvrages importants dans le domaine et qui ont été écrits par des auteurs connus: Mahoney, Thoresen, Kanfer, Goldfried, Ellis, Meichenbaum, Stuart, Beck, Ullman, Zimmermann, Marston, Karoly, Rosen, Bandura, Cautela, Watson et Tharp, et d'autres auteurs moins connus. J'ai passé une journée complète à essayer de faire des liens entre tous ces textes et trouver l'essentiel de ce que les behavioristes proposaient comme moyens d'aider les gens à modifier eux-mêmes leurs comportements... C'était une belle journée ensevelie. Madeleine Beaudry était devant moi et travaillait allègrement à une autre partie du texte. Mais pour moi, ce fut une journée pénible. Je dois dire

vie ce que tout le monde semblait lire entre les lignes. Tant que cela ne faisait que concerner ma propre vie, je me disais que j'allais m'organiser; j'avais adopté la devise «*Comptons sur nos propres moyens*». . . . Mais, quand j'ai ressenti les mêmes insécurités dans ma formation de thérapeute, que je me suis mise à poser des questions comme «*Quels sont les meilleurs moyens d'aider quelqu'un? Qu'est-ce que ça donne, ce que je fais? Qu'est-ce que je dois améliorer chez tel client ou telle cliente?*», j'ai eu envie de me donner des moyens plus scientifiques, véritables, «*questionnables*». La rencontre tardive des «*déviants behavioristes*» m'a été (oh combien!) salutaire. Bien sûr, je n'ai pas oublié mes premiers rêves humanistes, mais je voudrais bien qu'ils soient accessibles pour tout le monde et pas seulement dans trois ou quatre vies!

d'abord qu'en 1972, j'avais déjà écrit un texte pour des étudiants de l'UQUAM sur les procédures d'auto-contrôle. J'avais alors dénombré plus d'une quinzaine de procédures. C'était déjà beaucoup. Mais aujourd'hui, en 1980, nous nous retrouvons avec une bonne trentaine de procédures. D'abord, les procédures de Cautela: la sensibilisation imaginée, le renforcement positif imaginé, le renforcement négatif imaginé, l'extinction imaginée, le modeling imaginé et l'affirmation de soi imaginée. Ensuite, la reconstruction cognitive à la Ellis, à la Beck, à la Goldfried et à la Meichenbaum, la résolution de problèmes et la prise de décisions, l'entraînement à l'analyse fonctionnelle, l'innoculation au stress, l'arrêt de la pensée, l'entraînement au contrôle de l'anxiété, le modeling cognitif, le contrôle des «*coverants*», l'imagerie émotive, l'anxiété induite. Finalement, la liste des «*auto-*»: l'auto-observation, l'auto-enregistrement, l'auto-évaluation, l'auto-renforcement, l'auto-récompense, l'auto-punition, l'auto-contrôle par le stimulus, l'auto-instruction, l'auto-verbalisation, l'auto-relaxation, l'auto-désensibilisation, et quelques derniers venus comme l'auto-façonnement, l'auto-implosion et l'auto-rétroaction. Mais, ce n'est pas tout! Il y a aussi une bonne dizaine de modèles d'intervention qui récupèrent chacun cinq ou six de ces procédures et qui ont noms: la thérapie cognitive-behaviorale (Meichenbaum), la thérapie d'auto-régulation ou d'auto-contrôle (Kanfer), la thérapie rationnelle-émotive (Ellis), la thérapie multimodale (Lazarus), l'auto-modification du comportement (Watson et Tharp), l'auto-direction (Stuart), l'auto-changement (Mahoney), l'entraînement aux «*copying skills*» (Goldfried) et la science personnelle (Mahoney). Inutile de dire que certaines procédures très semblables se retrouvent avec des noms différents!

Devant tout cela, je dois avouer que je suis devenu maniac-co-dépressif. Pendant une demi-heure, je passais d'un texte à l'autre, en me demandant comment l'auteur suivant allait faire pour être original, c'est-à-dire pour répéter la même chose en employant des termes nouveaux. Pendant la demi-heure suivante, je déprimais en me demandant quelle pouvait bien être la signification interne («*coverts*»), donc non observable, d'un nouveau modèle d'intervention. Ensuite, je devenais euphorique en pensant à toutes les techniques qu'on avait pu imaginer pour empêcher les gens d'avoir peur des serpents. Puis, je déprimais à nouveau en cherchant un consensus sur la définition de l'auto-contrôle. Et ainsi de suite pendant une bonne partie de la journée.

Evidemment, chacun reconnaîtra que mes comportements étaient alors tout à fait pathologiques, mais peut-être adaptés à la situation. En bon clinicien, je m'en suis aussi aperçu rapidement, c'est-à-dire après une dizaine d'heures d'auto-observation. Mais, je pense que mon auto-observation n'a été valide que durant les quinze dernières minutes. Etant donné que je lisais des textes sur l'auto-contrôle, j'ai essayé de me contrôler (heureusement que je ne lisais pas des textes sur le lithium!). J'ai donc employé la reconstruction cognitive à la Goldfried (c'est celle que je préfère), l'auto-relaxation et la résolution de problèmes. Mais, seule l'arrêt de la pensée a vraiment été efficace; cette procédure a vraiment acquis beaucoup de valeur pour moi ce jour-là. Une fois ma pensée bien «*stoppée*», je suis allé jouer une partie de cartes avec mon garçon, puis j'ai écouté la télévision: on y parlait du référendum. Ça m'a aidé beaucoup: en les écoutant, je me suis rendu compte qu'il y avait des gens qui semblaient la confusion beaucoup plus ou, en tous cas, autant que les néo-behavioristes. Puis, je me suis finalement remis au travail et je suis tombé sur un texte de Meichenbaum qui m'a littéralement sauvé. Dans son livre *Cognitive behavior modification* (1977), il affirme que les thérapeutes se trouvent devant un dilemme important quand ils doivent choisir entre les différentes façons d'appliquer les procédures de thérapie behaviorale, qui nous sont proposées dans la littérature. Enfin, quelqu'un qui avait ressenti la même chose que moi!

Il semble que depuis que Perry London (1972) a proclamé la mort de l'idéologie en modification du comportement et que Lazarus (1967, 1972) a présenté son «*électisme technique*», nous avons été envahis par une surabondance de techniques, sans qu'il soit toujours évident que ces nouvelles techniques augmentent notre efficacité thérapeutique. Il serait temps de pouvoir passer à autre chose. Non pas qu'il faille cesser absolument d'inventer de nouvelles techniques, mais il faudrait aussi que des recherches valident davantage ces techniques, les comparant entre elles et que des analyses critiques nous permettent de faire un tri parmi toutes ces techniques. C'est sans doute là une des tâches importantes pour les behavioristes au cours des années 80.

Récemment, Woolfolk et Lazarus (1979) ont prétendu que, dans l'intérêt des clients, il était essentiel que les chercheurs fassent porter leurs recherches sur les hypothèses et sur les techniques que découvrent les cliniciens. Ceci est une excellente suggestion. Etant donné la surabondance de nouvelles hypothèses et de nouvelles procédures, les chercheurs ont du pain sur la planche pour plusieurs années. Les cliniciens devraient, cependant, ralentir leur rythme de productions d'hypothèses et de techniques afin de donner une chance aux chercheurs de les rattraper. Ils pourraient alors consacrer les nombreux temps libres qu'ils auront soit à faire eux-mêmes des recherches sur leurs hypothèses et sur leurs techniques (Risley, 1971), ou à se renseigner davantage sur les problèmes actuels des gens au lieu de s'en tenir aux seuls problèmes pour lesquels ils ont déjà des procédures d'intervention. Ils pourraient aussi s'informer sur la façon dont les gens dits «normaux» font face à leurs problèmes (Bandura, 1978; Roskies et Lazarus, 1980) et sur le répertoire d'habiletés nécessaires pour s'adapter aux changements sociaux actuels. En effet, comme l'affirme Goftred (1980), la seule analyse fonctionnelle, ordinairement employée par les behavioristes, présente le danger de s'en tenir au statu quo social, en favorisant les comportements renforcés par l'environnement actuel et en ignorant les conséquences à long terme. En ce sens, il nous faudra aussi être ouverts aux divers mouvements de libération sociale dont nous sommes actuellement témoins. Il nous faudra enfin prendre connaissance de d'autres domaines des sciences du comportement, comme la psychologie sociale, la sociologie, la psychologie de la communication, etc. Ceci constituera une partie importante des efforts que nous aurons à accomplir durant les années 80. Cependant, une telle ouverture ne devra évidemment pas nous empêcher de conserver les principales caractéristiques de la thérapie behaviorale.

Les caractéristiques de la thérapie behaviorale

Quels sont ces points qui identifient la thérapie behaviorale? Celle-ci a parfois été identifiée à des caractéristiques particulièrement négatives, et généralement par des gens qui semblaient connaître fort peu cette nouvelle approche thérapeutique. Et il faut bien dire que les behavioristes sont actuellement fatigués d'être obligés de répéter qu'ils ne nient pas l'existence de la conscience, qu'ils ne traitent pas les gens comme des chiens de Pavlov ou les pigeons de Skinner, qu'ils n'ont pas d'aspirations machiavéliques ou coercitives, que la thérapie par aversion n'est qu'une partie relativement peu importante de leur répertoire et qu'ils reconnaissent le rôle de la relation interpersonnelle en thérapie (Lazarus, 1977).

Par ailleurs, il faudrait être particulièrement malhonnête pour ne pas reconnaître les apports importants de l'orientation behaviorale dans le domaine de l'intervention thérapeutique: la tendance à répondre aux besoins précis des clients tels qu'ils se présentent actuellement, le désir de mesurer le plus exactement possible les résultats du processus thérapeutique, le développement de procédures concrètes

d'auto-contrôle et de «*copying skills*», la reconnaissance des différents aspects du fonctionnement humain (aspects physiologique, moteur, verbal perceptuel, cognitif au lieu des seuls aspects «mentaux» ou phénoménologiques), l'importance accordée à l'environnement extra-thérapeutique quotidien et immédiat dans l'analyse et le traitement des problèmes des clients, la grande variété de techniques thérapeutiques définies de façon concrète, l'emphase sur la pratique quotidienne de nouveaux comportements pour qu'il y ait amélioration chez les clients, le fait de préciser avec les clients les buts des interventions (ce qui en fait probablement l'approche la moins manipulatrice), la remise en question du modèle médical dans l'application et le traitement des difficultés psychosociales et son remplacement par un modèle éducationnel et enfin, le désir de demeurer en relation avec les données de la psychologie expérimentale (Boisvert, 1972; Bond, 1974; Davison et Taffel, 1972; Goldman, 1978; Kanfer, 1977; Lazarus, 1977).

Malgré cela, certains auteurs (Bond, 1974; Lazarus, 1977; Mash, 1974) font état d'une crise d'identité de la thérapie behaviorale. Etant donné la diversité actuelle des tendances en thérapie du comportement, reste-t-il des caractéristiques propres à ce mouvement? D'après Lazarus et Wilson (1976), il en reste très peu et la thérapie behaviorale ne possède aujourd'hui «aucune définition universellement acceptée, aucun accord sur son domaine, sur les concepts ou sur la philosophie sous-jacente, aucun accord sur son domaine, aucun point de vue monolithique, aucune stratégie ou technique de base prépondérante, aucun père fondateur unique, aucun accord général sur les questions d'entraînement, et il n'y a pas une profession particulière qui lui déclare son allégeance principale» (p. 153). Cette position pourra paraître exagérée, mais elle reflète certainement en grande partie la réalité actuelle. Cependant, une telle situation, si elle peut en alarmer certains, semble la bienvenue pour plusieurs, y compris pour Lazarus et Wilson. On peut, en effet, se réjouir du fait que les behavioristes ont diminué leur isolationnisme et leur impérialisme, qui consistait à croire qu'ils possédaient la clef unique de tous les problèmes (Krantz, 1971), même si une telle attitude a pu être bénéfique dans les débuts du développement de la thérapie behaviorale (Mahoney, 1979). Mais, on peut quand même affirmer que, tout en s'ouvrant aux approches et aux domaines connexes, les thérapeutes behavioristes s'entendent et s'entendront probablement pendant encore plusieurs années sur un certain nombre de positions de base (Bond, 1974; Davison et Stuart, 1975; Davison et Taffel, 1972; Kanfer, 1977; Kazdin, 1978; Mahoney, 1979; Mash, 1974):

1. L'emphase sur les déterminants actuels plutôt qu'historiques.
2. L'importance du changement comportemental observable comme principal critère d'évaluation des interventions.
3. La description des traitements en termes objectifs afin de faciliter leur reproduction.
4. La description précise des comportements-cibles en thérapie afin d'en permettre la quantification et la modification.
5. Plus généralement, l'emploi d'une méthodologie scientifique dans l'évaluation des interventions et une relation étroite entre recherche expérimentale et pratique.
6. L'adhérence à un modèle éducationnel plutôt que médical.
7. Le postulat du déterminisme des comportements.

D'après une étude récente de Mahoney (1979), il semble assez évident que les behavioristes, cognitivistes ou non, s'entendent sur ces différents points, i.e. sur la valeur de l'opérationalisme, de l'évaluation objective et de la méthodologie scientifique.

Les rôles du thérapeute behavioriste

Dans une approche qui se base sur les processus d'apprentissage et sur les processus cognitifs pour aider un client à solutionner lui-même ses problèmes, le thérapeute se considère d'abord comme un consultant, un entraîneur ou un éducateur. Il offre au client des outils que celui-ci devra mettre en pratique dans la vie quotidienne. À l'aide de ses connaissances et de ses habiletés de thérapeute, il aide le client à s'engager dans un processus de changement et à s'en considérer le premier responsable. Ceci veut dire que le thérapeute behavioriste, en plus d'utiliser ses connaissances techniques, se sert de ses habiletés d'observation, de communication et d'empathie pour donner un feedback constructif au client dans sa démarche. Il l'amène ainsi à être capable de définir concrètement ses problèmes et à y réagir de façon nouvelle en examinant avec lui d'autres options que celles qui s'offrent habituellement à lui. Il l'aide à évaluer les conséquences de ces options afin que le comportement-cible choisi réponde vraiment à ses besoins. En somme, il lui apprend à être son propre thérapeute.

Le comportement du thérapeute sert alors de modèle au client, ce qui, selon Bandura (1974), serait la principale contribution du thérapeute. Cette idée n'est pas nouvelle en thérapie du comportement, mais les behavioristes, occupés à développer des techniques, l'ont souvent reléguée au second plan. Il y a, en effet, des articles qui ont été écrits au milieu des années 60 et qui portent sur ce rôle du thérapeute. Par exemple, en 1965, Goldiamond, comparant la thérapie à une recherche et le thérapeute à un expérimentateur, disait: «Initialement, l'expérimentateur est un consultant, et éventuellement le sujet devient son propre expérimentateur» (p. 854). Ullman, dans un article écrit en 1968 et intitulé «*Making use of modeling in the therapeutic interview*», disait ceci: «Le thérapeute peut se considérer lui-même comme un expert dans le contrôle du comportement, mais plus précisément, il est une personne qui enseigne aux autres quoi faire pour contrôler eux-mêmes leur comportement. Sa tâche est de leur enseigner à être leur propre thérapeute» (p. 178). Plus récemment, Kanfer (1973) a aussi signalé la nécessité que le contrôle passe du thérapeute au client. Enfin, Mowrer a même suggéré, en 1966, que le thérapeute montre au client une honnêteté radicale et une ouverture progressive sur sa propre vie. Traiter d'égal à égal semble donc important, même entre un thérapeute et son client!

Aujourd'hui, il semble qu'une dimension nouvelle devra cependant s'ajouter au rôle de consultant du thérapeute behavioriste face à son client, et c'est son rôle d'éducateur par rapport à la société en général. Jusqu'à maintenant, la plupart des thérapies behaviorales ont été considérées comme des traitements, qui tout comme les thérapies médicales, s'adressent à clients qui viennent consulter parce qu'ils ont un «problème». La thérapie doit alors les libérer de ce problème, tout comme la médecine est censée libérer de la maladie. Bien que nos connaissances de base, par exemple les principes de l'apprentissage, aient été développées comme des lois générales du comportement et non en fonction de pathologies, une grande partie des applications qui en ont découlées ont été centrées sur la pathologie. Comme l'a fait remarquer Bandura (1978), cette pratique s'apparente à l'approche médicale et, en ce sens, a malheureusement une portée très limitée sur le bien-être général de la population. En effet, l'approche médicale, centrée sur la pathologie, a limité l'impact du savoir médical sur la santé en général. On sait, d'après des recherches, que l'augmentation des soins médicaux n'a qu'un faible impact sur le niveau de santé et l'espérance de vie de la population (Fuchs, 1974). Les recherches épidémiologiques montrent que la santé est largement déterminée par les habitudes personnelles et les conditions environnementales (par exemple, les

habitudes alimentaires, l'exercice physique, l'usage de la cigarette, la pollution). Cependant, les structures sociales actuelles sont organisées de façon à guérir et non à prévenir. Ainsi, la plupart d'entre nous sommes payés par les gens eux-mêmes ou par l'état pour «guérir» et non pour prévenir. Pourtant, l'approche psychosociale centrée sur la pathologie, tout comme l'approche médicale, ne contribue pas de façon significative à augmenter le bien-être des gens (Bandura, 1978). Et, si l'on y regardait de plus près, on se rendrait sans doute compte que relativement peu de gens veulent faire soigner leur névrose, mais plusieurs voudraient recevoir des services qui les aideraient à être plus heureux dans leur vie quotidienne et à développer leurs intérêts et leurs habiletés. Nos services pourraient donc être dispensés dans un sens beaucoup plus éducatif et préventif que curatif. Bien sûr, il ne s'agit pas de cesser de répondre aux besoins spécifiques auxquels nous sommes en mesure de répondre, mais il est temps de sortir davantage du modèle médical d'intervention et de mettre nos connaissances au service d'un plus grand nombre de personnes. Comme l'a dit George A. Miller, président de l'American Psychological Association en 1969: «Offrez-les aux gens qui en ont réellement besoin - et cela inclut tout le monde».

Mais, comment y arriver? Bandura (1978) suggère de créer des Centres de développement psychologique, où les participants ne seraient pas considérés comme des patients souffrant de troubles pathologiques, mais comme des personnes qui veulent améliorer leur qualité de vie et développer leurs habiletés personnelles et leurs potentialités. Stuart (1971) a déjà fait une proposition qui va dans le même sens, celle d'ouvrir des Centres de service à la communauté, où les services offerts seraient décidés et payés par les membres de cette communauté.

D'autres moyens sont peut-être plus immédiatement à notre portée et ont d'ailleurs déjà été employés. Ainsi, la publication de programmes d'auto-traitement dans différents domaines marqué certainement un tournant dans la diffusion de nos connaissances. Par exemple, des programmes ont été publiés, qui portent sur l'obésité (Hagen, 1974; Lachance, 1979; Stuart et Davis, 1972), sur l'auto-désensibilisation (Baker, Cohen et Saunders, 1973), sur l'amélioration des relations parents-enfants (Krumholz et Krumholz, 1975; Patterson et Gullion, 1974), sur l'éducation des enfants retardés (Baker, Helfetz et Brightman, 1972), sur le traitement des dysfonctions sexuelles (Piccolo, Piccolo et Helman, 1979), sur la modification des comportements en classe (Côté et Plante, 1976), sur l'utilisation de définitions opérationnelles des objectifs (Charest, Naud et Vitaro, 1976), sur la solution des problèmes de couple (Granger, 1979) et évidemment sur l'entraînement à la communication et à l'affirmation de soi (Alberti et Emmons, 1978; Boisvert et Beaudry, 1979; Lazarus et Fay, 1979).

D'autres champs d'intervention s'offrent aux thérapeutes behavioristes. Par exemple, en prévention primaire, Poser et Hartman (1979) montrent que l'entraînement aux habiletés sociales avec des adolescents peut être une forme d'intervention préventive efficace. En intervention communautaire, Sanford et Fawcett (1980) montrent à des citoyens à utiliser une procédure d'analyse des conséquences pour faciliter leur participation aux décisions qui les concernent. Fawcett et Fletcher (1977) entraînent des gens qui travaillaient eux-mêmes en intervention communautaire à écrire des programmes d'aide. Maccoby et Farquhar (1975) ont aussi fait un programme pour réduire les risques d'accidents cardiovasculaires dans une communauté. Il est intéressant de constater qu'ils utilisent à la fois les mass-media et les rencontres personnelles pour changer les habitudes nuisibles à la santé. L'utilisation de la télévision éducative serait certainement un domaine très intéressant à exploiter, si des recherches venaient démontrer les effets positifs de ce genre d'intervention auprès du public (Stuart, 1971). Il est temps de répandre les résultats

de la thérapie comportementale, écrit Stuart (1975), par une utilisation plus créative des mass-media (télévision, revues, journaux) et des groupes de citoyens, qui donnent un accès direct à la population en général.

Certaines questions se posent déjà sur les implications d'une plus grande diffusion des connaissances. Par exemple, quelles sont les conséquences à long terme de tous les «self-help books»? Comment la thérapie comportementale sera-t-elle alors perçue? Ou arriverait-il si les «coping skills» étaient enseignés aux enfants et faisaient partie de leur apprentissage de base? Et si les mass-media servaient un peu moins à la vente de savons et aidaient davantage les gens à apprendre à améliorer eux-mêmes leurs comportements et à modifier la conception qu'ils se font de la thérapie?

L'approche individuelle ne doit pas, non plus, nous faire oublier qu'un grand nombre de problèmes ne sont pas d'abord individuels, mais sociaux et institutionnels. C'est pourquoi, écrit Camil Bouchard (1979), «sans abandonner sa tradition scientifique, le behavioriste doit se forcer à plus d'ingéniosité pour considérer les multiples facteurs écologiques, soit clarifier et modifier ses règles épistémologiques et devenir davantage compétent dans l'analyse des contextes économiques, politiques, légaux, sociaux et physiques» (p. 103). Si les behavioristes veulent avoir un impact significatif sur l'amélioration de la qualité de vie des gens, ils doivent appliquer des mesures correctives aux problèmes sociaux eux-mêmes plutôt que de se limiter à réparer les dégâts qui découlent de ces problèmes. Bien sûr, changer les règles du jeu dans la société, changer des modes de vie, changer des modes de fonctionnement dans des institutions, ce n'est pas une entreprise facile. «Ceux qui essaient d'apporter des modifications structurales ou fonctionnelles à des institutions déjà existantes se heurtent aux résistances d'intérêts en conflit» (Bandura, 1978, p. 102).

Les behavioristes ont souvent essayé de changer la communauté dans laquelle ils travaillaient (Stuart, 1975). Par exemple, dans les hôpitaux, les programmes de modification du comportement cherchaient autant à modifier le comportement du personnel que ceux des patients. Dans les prisons, des essais ont été faits pour changer les politiques et le comportement de ceux qui les gouvernent autant que le comportement des prisonniers. Dans les écoles, les directeurs, les professeurs et les parents ont été impliqués dans des programmes pour modifier le comportement des enfants. En clinique, des efforts ont été faits pour rejoindre les familles impliquées. Ces différents travaux soulignent l'importance de la modification des structures sociales pour favoriser les changements au niveau individuel, mais font souvent ressortir la complexité et la difficulté de modifier les structures établies.

Plusieurs tentatives de diffusion de nos connaissances se sont soldées par un échec à cause des résistances devant la nouveauté. Une façon de le faire qui rencontrera probablement moins de résistances institutionnelles et sociales consiste à publier des livres à l'intention du public. Ceci pourrait être une première étape importante. Si les gens utilisent ce que nous offrons par l'intermédiaire de «self-help books» et en tirent des bénéfices, ils seront sans doute intéressés à en connaître davantage et à ce que de telles connaissances soient appliquées plus souvent aux niveaux social, éducationnel, écologique et institutionnel. C'est dans ce sens que nous-mêmes avons travaillé depuis quelques années en publiant finalement le livre *S'affirmer et communiquer*. Nous allons vous décrire brièvement ce qui nous a amené à écrire ce livre et quelles sont nos attentes face à ses lendemains. Ceci nous permettra d'illustrer une des façons possibles de procéder pour répandre nos connaissances.

Petite histoire de «S'affirmer et communiquer»

Inutile de dire d'abord que c'est un domaine qui répondait à nos goûts personnels. De plus, nous avons cru que ça pourrait répondre aussi aux besoins de plusieurs personnes. Dans notre travail avec des clients, ce genre de difficultés revenait dans les relations de couple, dans les relations parents-enfants, chez les personnes séparées, divorcées ou célibataires, dans les relations de travail, etc. Curieusement, nous entendions même à la radio et à la télévision qu'il fallait s'affirmer en tant que peuple et communiquer d'égal à égal. Dans la chanson québécoise, nous retrouvions aussi les mêmes thèmes, les mêmes idées, les mêmes besoins. Faut croire qu'on n'invente rien et que le sujet était mûr!

Mais quoi inclure dans un programme qui a pour but d'améliorer la qualité des relations interpersonnelles? Les principes du comportement nous disent bien («comment» apprendre, mais non «quoi» apprendre. Ceci constitue un avantage à un certain niveau, étant donné que nous ne nous retrouvons pas avec un modèle figé de la normalité, comme cela se produit avec plusieurs approches thérapeutiques. Le modèle behaviorale encourage donc ainsi la diversité et la flexibilité et peut s'adapter à l'évolution des mentalités. Cependant, lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu et les buts d'un programme, les principes du comportement sont peu utiles. Il nous a donc fallu aller à d'autres sources: d'abord étudier le contenu des programmes vérifiés expérimentalement dans le domaine, ensuite consulter les recherches dans d'autres domaines (par exemple, psychologie sociale et psychologie de la communication) qui pouvaient nous donner des indices sur les comportements importants dans les relations interpersonnelles. Mais, le domaine des relations interpersonnelles étant fort complexe, les recherches expérimentales ne suffisent pas pour déterminer le contenu d'un programme, si l'on veut que ce programme réponde aux besoins très variés des clients. Par exemple, si quelqu'un se sent incapable de recevoir des compliments et qu'il n'y a aucune recherche qui donne une indication quelconque sur le type de comportements le plus approprié dans une telle situation, que faire? Se servir du bon sens, de son expérience personnelle, des suggestions de quelques auteurs, c'est tout ce qui nous reste. Mais, dans un modèle d'auto-régulation, on peut aussi suggérer aux clients de faire eux-mêmes des recherches personnelles pour découvrir le type de réponses qui leur donne le plus de satisfaction. C'est ce que nous avons appelé la «recherche-action sur soi». Cette procédure est finalement la procédure de base de notre programme. Tout le reste n'est que suggestion, étant donné que même les meilleures recherches expérimentales peuvent très rarement nous garantir qu'une procédure ou un comportement donné sera satisfaisant pour tout le monde et dans toute situation! Prenons, par exemple, un domaine où il y a un certain nombre de recherches: l'importance de la communication non verbale dans les relations interpersonnelles. Tepper et Hasse (1978) montrent que l'expression faciale est particulièrement importante pour communiquer à quelqu'un de l'empathie, du respect de l'autre et de la sincérité. Par ailleurs, Eisler, Miller et Hersen (1973) découvrent que la force de la voix est un facteur important dans l'impression d'affirmation de soi que nous pouvons donner aux autres. Enfin, Massillon et Hillibrant (1978) indiquent qu'un bon contact des yeux transmet une impression d'efficacité. Ces recherches sont loin de prouver qu'il faut en toute circonstance, ou même dans une circonstance particulière, avoir telle expression faciale, une voix forte et un bon contact des yeux. Il peut y avoir des situations où un tel comportement soit tout à fait inadéquat. Et c'est à chacun de faire sa recherche personnelle, du moins tant que la recherche expérimentale n'aura pas précisé davantage les effets de ces comportements. Et, dans le domaine de la communication verbale, encore plus vaste et plus complexe

que celui de la communication non verbale, il y a encore davantage d'incertitudes, d'où l'importance considérable de la recherche-action sur soi.

Cependant, lorsqu'il y a des recherches d'une certaine qualité sur un comportement donné, il nous est apparu important non seulement d'en tenir compte dans notre programme, mais aussi d'en parler à nos clients et à nos lecteurs. Même si notre éditeur croyait que cela pouvait «ennuyer» le lecteur, nous avons insisté pour que plusieurs de ces recherches soient décrites dans le texte (ou du moins, soient données en références), afin que les gens comprennent le sens des recherches qui peuvent se faire dans les sciences du comportement et le pourquoi des suggestions par rapport à tel ou tel comportement. De plus, il nous apparaissait utile de montrer aux lecteurs que le domaine de la modification du comportement et de la psychothérapie comprend autre chose que de vagues théories.

Alors, après une bonne revue de la littérature, nous avons écrit notre programme, nous l'avons essayé avec des collègues de travail et nous avons finalement commencé un premier groupe avec des clients. A chaque semaine, nous distribuons aux clients un texte portant sur la partie du programme que nous avons travaillé avec eux. Leurs réactions ont été favorables: ils pouvaient relire au besoin ce qu'ils avaient appris pendant la dernière rencontre. Le texte devenait un outil de réflexion autant que de critique. Nous pouvions alors écouter leurs suggestions et leurs remarques en rapport avec ce texte et ainsi préciser nos idées.

Pendant trois ans, nous avons cherché à valider ce programme et à l'améliorer. (Boisvert et Beaudry, sous presse; Boisvert, Beaudry, Marchand et Malo, 1979). Les résultats positifs nous ont évidemment encouragés et nous avons alors décidé d'écrire le livre. Notre défi actuel est celui qui est lancé à tous les auteurs de «self-help books»: quels sont les effets chez celui qui ne fait que lire le livre par rapport à celui qui reçoit un entraînement avec un thérapeute en termes d'efficacité et de maintien des comportements? Il y a peu de recherches dans ce domaine (Rosen, sous presse). C'est pourquoi nous avons eu l'idée de vous demander de remplir un petit questionnaire (voir en appendice) et de nous le faire parvenir.

Ce livre a donc été le fruit d'interactions entre les recherches publiées dans différents domaines, les suggestions de d'autres cliniciens, notre propre expérience personnelle et clinique et nos propres recherches. Et pour nous, ces interactions ne se sont terminées avec la rédaction du livre, loin de là. Mais, il s'y ajoute des interactions intéressantes entre notre livre et notre pratique clinique: étant donné que ce programme est offert au public «normal» et que nous employons le même programme en thérapie de groupe, nos clients arrivent, nous semble-t-il, à se percevoir comme moins «malades» et à considérer la thérapie moins comme une «thérapie» et plus comme une expérience d'apprentissage. Cette impression reste à vérifier, mais il nous semble bien que le fait d'offrir un tel programme au public vient réduire l'influence du modèle médical dans notre pratique clinique.

Il y a un autre groupe d'interactions qui nous apparaît intéressant: il s'agit des rapports entre notre livre, le lecteur et nos réflexions personnelles. Par exemple, certaines personnes qui lisent notre livre ou d'autres livres dans le même domaine sont préoccupées par les problèmes des stéréotypes sexuels ou par les problèmes qui se posent en éducation. Ces gens semblent trouver certaines réponses à leurs questions dans des livres comme le nôtre. Lorsque nous avons de tels feedbacks, cela nous amène, nous aussi, à nous poser des questions sur notre programme. Comment, par exemple, notre programme pourrait-il être amélioré pour répondre aux besoins spécifiques des hommes et des femmes (Beaudry, sous presse)? Et, d'autre part, qu'avons-nous à apprendre des thérapies féministes ou androgynes (Pyke, 1980)? Par ailleurs, dans le domaine de l'éducation, certains auteurs ont mis

en évidence que l'enfant n'a pas seulement besoin d'avoir une solide formation intellectuelle. «Compte tenu des changements qui continueront de se faire à un rythme toujours croissant, écrivent Herman Paquette et Huguette Bégin (1980), l'éducation devra demander tout particulièrement à l'homme non seulement de s'adapter au changement, mais de choisir et de planifier ces changements et d'y participer activement. Aussi cette éducation devra-t-elle être permanente et développer chez l'homme des qualités bien spécifiques comme l'autonomie, la souplesse (adaptation au changement, le sens critique...)» (p. 12). Devant de telles affirmations, nous sommes portés à nous demander s'il n'y aurait pas d'autres interactions à explorer entre des courants nouveaux en éducation et l'approche behaviorale.

La validation des programmes d'auto-thérapie

En même temps que nous emploierons de nouveaux outils pour répandre nos connaissances, il nous faudra faire les recherches nécessaires pour les valider (Christensen, Miller et Munoz, 1978; Glasgow et Rosen, 1978, sous presse; McMahon et Forehand, 1979; Miller, 1978; Rosen, 1976; Stuart, 1971, 1977). Il est évidemment plus difficile de faire des recherches bien contrôlées dans ce domaine qu'en laboratoire et le besoin d'évaluation ne doit certes pas constituer un empêchement à la diffusion de nos connaissances (Goldiamond, 1976; Miller, 1969). Cependant, ce domaine d'intervention ne doit pas non plus devenir le lieu d'un laisser-aller sans bornes. Chacun des behavioristes, oeuvrant dans ce domaine, devrait se préoccuper du fait que l'efficacité de ses interventions soit évaluée le plus possible. Un comité de l'American Psychological Association est en train d'étudier ce domaine pour faire des recommandations. Mais déjà, Glasgow et Rosen (1978, sous presse) ont fait d'excellentes revues de la littérature sur les manuels d'auto-thérapie behaviorale et ils ont donné des indications utiles sur la façon d'y faire des recherches. Ils voient trois niveaux de validation des manuels d'auto-thérapie. Le premier niveau consiste à baser un livre sur des procédures qui se sont avérées généralement efficaces dans des recherches antérieures. On peut certainement exiger ce niveau pour tous les livres d'orientation behaviorale. Le deuxième niveau de validation consiste à baser le livre sur un programme développé par les auteurs et qui s'est avéré efficace dans un contexte thérapeutique. Ce deuxième niveau est certes très souhaitable et souvent possible. Le troisième niveau consiste à évaluer l'efficacité du livre lui-même dans le contexte et avec les personnes pour lesquelles il a été écrit. Ce troisième niveau est plus difficile à atteindre, mais c'est pourtant le seul niveau où le livre lui-même, en tant que type d'intervention, est évalué. Ceci est aussi vrai pour les cassettes et tout autre moyen employé pour répandre les connaissances supposément thérapeutiques.

Il faudra aussi vérifier avec quel type de population cette forme d'intervention est efficace. On peut immédiatement penser qu'avec les psychotiques aigus et les défectifs, ce type d'intervention a peu de chances de réussir (Glasgow et Rosen, sous presse). Il est sans doute nécessaire, pour profiter d'un manuel d'auto-thérapie, que les gens aient atteint un certain niveau intellectuel, comme c'est le cas pour les thérapies d'auto-contrôle (Joyce-Moniz, 1979). Les moyens audio-visuels pourraient s'avérer ici plus utiles. On peut aussi penser à des recherches servant à découvrir comment on peut motiver les gens à s'engager activement dans un processus de changement à partir d'un livre, le problème de la motivation et des abandons représentant sans doute un problème aussi important dans ce cas que dans celui des procédures d'auto-contrôle pratiquées en thérapie individuelle (Kanfer, 1977; Marston et Feldman, 1972; Spring, Slipich, Trimble et Goeckner, 1978).

Enfin, quoique de telles recherches puissent s'avérer parfois difficiles d'exécution, il est évident qu'elles peuvent présenter des avantages considérables à long terme. Comme l'a dit Ellis, «imaginez quel potentiel vraiment important pour l'amélioration du fonctionnement humain représenterait un ensemble d'instruments d'auto-thérapie analysés, écrits et révisés périodiquement d'une façon scientifique» (cf. Glasgow et Rosen, sous presse).

REFERENCES

- Albert, R. E., Emmons, M. L. *Affirmez-vous!* St-Hyacinthe, Québec: Edisem, 1978.
- Baker, B. L., Cohen, D. C., Saunders, J. T. Self-directed desensitization for acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 1973, 11, 79-89.
- Baker, B. L., Heifetz, L. J., Brightman, A. J. *Parents as teachers*. Cambridge, Mass.: Behavioral Education Projects, 1972.
- Bandura, A. Vicarious and self-reinforcement processes. In R. Glaser (Ed.), *The nature of reinforcement*. New York: Academic Press, 1971.
- Bandura, A. Behavior theory and the models of man. *American Psychologist*, 1974, 29, 859-869.
- Bandura, A. On paradigms and recycled ideologies. *Cognitive Therapy and Research*, 1978, 2, 79-103.
- Beaudry, J. M. La modification et les difficultés d'affirmation de soi. *Service Social*, sous presse.
- Beaudry, J. M. La modification du comportement par auto-régulation. Document inédit. Montréal: Hôpital Louis-H. Lafontaine, 1972.
- Boisvert, J. M., Beaudry, M. *S'affirmer et communiquer*. Montréal: Éditions de l'Homme, 1979.
- Boisvert, J. M., Beaudry, M. Un programme d'entraînement à la communication et à l'affirmation de soi: Résultats préliminaires. *Annales Médico-psychologiques*, sous presse.
- Boisvert, J. M., Beaudry, M., Marchand, A., Malo, S. Les effets d'un programme d'entraînement à la communication et à l'affirmation de soi. *Revue de Modification du Comportement*, 1979, 9, 71-86.
- Boisvert, J. M., Trudel, G. Contestation et rétroendum dans un système de jetons. *Bulletin de Nouvelles de l'AATBMF*, 1972, 2, (1), 8-9.
- Boisvert, J. M., Trudel, G. Comportements psychotiques. In R. Ladouceur, M. A. Bouchard et L. Gran-ger (Eds): *Principes et applications des thérapies comportementales*. St-Hyacinthe, Québec: Edisem, et Paris: Maloine, 1977.
- Bond, J. A. Behavior therapy, learning theory and scientific method. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1974, 11, 118-132.
- Bouchard, C. Une question de choix: l'analyse fonctionnelle du comportement doit-elle être politique ou expérimentale? *Revue de Modification du Comportement*, 1979, 9, 103-108.
- Charrest, J., Naud, J., Vitaro, F. *Définition opérationnelle des objectifs en pédagogie et en psychologie: méthode et applications*. Rouyn, Québec: Direction des études universitaires dans l'Ouest québécois, 1976.
- Christensen, A., Miller, W. R., Munoz, R. F. Paraprofessionals, partners, peers, paraphernalia, and print: Expanding mental health service delivery. *Professional Psychology*, 1978, 9, 249-270.
- Côté, R., Plante, J. *Analyse et modification du comportement en classe*. Montréal: Beauchemin, 1976.
- Davison, G. C., Stuart, R. B. Behavior therapy and civil liberties. *American Psychologist*, 1975, 30, 755-763.
- Davison, G. C., Taffel, S. J. Effects of behavior therapy. Document présenté au Congrès de l'American Psychological Association, Honolulu, 1972.
- Eisler, R. M., Miller, P. M., Hersen, M. Components of assertive behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 1973, 29, 295-299.
- Faircloth, K. P. The importance of subject control in reinforcing brain stimulation. *Learning and Motivation*, 1974, 5, 16-23.
- Fawcett, S. B., Fletcher, K. Community applications of instructional technology: Training writers of instructional packages. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1977, 10, 739-746.
- Fuch, V. *Who shall live? Health, economics and social choice*. New York: Basic Books, 1974.
- Glasgow, R. E., Rosen, G. M. Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior manuals. *Psychological Bulletin*, 1978, 85, 1-23.
- Glasgow, R. E., Rosen, G. M. Self-help behavior therapy manuals: Recent developments and clinical usage. *Clinical Behavior Therapy Review*, sous presse.
- Goldiamond, I. Self-control procedures in personal problems. *Psychological Reports*, 1965, 17, 851-868.
- Goldiamond, I. Singling out self-administered behavior therapies for professional overview: A comment on Rosen. *American Psychologist*, 1976, 31, 142-147.
- Goldman, L. Behavior therapy faces middle age. *Counseling Psychologist*, 1978, 7, 25-27.
- Golfried, M. R. Psychotherapy as coping skills training. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum, 1980.
- Golfried, M. R., Trier, C. S. Effectiveness of relaxation as an active coping skill. *Journal of Abnormal Psychology*, 1974, 83, 348-355.
- Granger, L. *La communication dans le couple*. Montréal: Éditions de l'Homme, 1979.
- Greiner, J. M., Karoly, P. Effects of self-control training on study activity and academic performance: An analysis of self-monitoring, self-reward, and systematic-planning components. *Journal of Counseling Psychology*, 1976, 23, 495-502.
- Hagen, R. L. Group therapy versus bibliotherapy in weight reduction. *Behavior therapy*, 1974, 5, 222-234.
- Homme, L. E. Perspectives in psychology: XXIV. Control of covariants, the operators of the mind. *Psychological Record*, 1965, 15, 501-511.
- Joyce-Moniz, L. Social-cognitive development and self-control of thoughts. Document présenté au Congrès de l'Association Européenne de Thérapie Comportementale, Paris, 1979.
- Kanfer, F. H. Self-regulation: Research, issues and speculations. In C. Neuringer et J. L. Michael (Eds), *Behavior modification in clinical psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1970.
- Kanfer, F. H. Behavior modification: An overview. In C. E. Thoresen (Ed.), *Behavior modification in education*. Chicago: University of Chicago Press, 1973.
- Kanfer, F. H. The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. In R. B. Stuart (Ed.), *Behavioral self-management: Strategies, techniques and outcomes*. New York: Brunner/Mazel, 1977.
- Kazdin, A. E. Behavior therapy: Evolution and expansion. *Counseling Psychologist*, 1978, 7, 34-37.
- Krantz, D. L. The separate worlds of operant and non-operant psychology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1971, 4, 61-70.
- Kumboltz, J. D., Kumboltz, H. B. *Comment intervenir auprès des enfants*. Ste-Foy, Québec: Éditions Saint-Yves, 1975.
- Lachance, R. *Prototype d'un manuel d'amaigrissement: L'analyse des habitudes et l'auto-contrôle du poids*. Québec: Arctact, 1979.
- Ladouceur, R. Désensibilisation systématique. In R. Ladouceur, M. A. Bouchard et L. Granger (Eds), *Principes et applications des thérapies comportementales*. St-Hyacinthe, Québec: Edisem, et Paris: Maloine, 1977.
- Lazarus, A. A. In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 1967, 21, 415-416.
- Lazarus, A. A. *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill, 1972.
- Lazarus, A. A. Avoid the paradigm clash. *International Journal of Psychiatry*, 1973, 11, 157-159.
- Lazarus, A. A. Has behavior therapy outlived its usefulness? *American Psychologist*, 1977, 32, 550-554.
- Lazarus, A. A., Fay, A. *Qui veut peut*. Ste-Foy, Québec: Éditions Saint-Yves, 1979.
- Lazarus, A. A., Wilson, G. T. Behavior modification: Clinical and experimental perspectives. In B. B. Wolman (Ed.), *The therapist's handbook*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1976.
- London, P. The end of ideology in behavior modification. *American Psychologist*, 1972, 27, 913-920.
- Maccoby, N., Farquhar, J. W. Communication for health: Unselling heart disease. *Journal of Communication*, 1975, 25, 114-126.
- MacDonough, T. S., Adams, H. E., Tesser, A. The effects of choice in systematic desensitization. *Psychological Record*, 1973, 23, 397-404.
- Mahoney, M. J. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.
- Mahoney, M. J. Cognitive therapy and research: A question of questions. *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 5-16.
- Mahoney, M. J. Cognitive and noncognitive views in behavior modification. In P. Stöden, S. Bates et W. S. Dockens (Eds), *Trends in behavior therapy*. New York: Academic Press, 1979.
- Mahoney, M. J., Arnkoff, D. B. Cognitive and self-control therapies. In S. L. Garfield et A. E. Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2e édition). New York: Wiley, 1978.
- Marston, A. R., Feldman, S. E. Toward use of self-control in behavior modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972, 39, 429-433.
- Mash, E. J. Has behaviour modification lost its identity? *Canadian Psychologist*, 1974, 15, 271-280.

- Massillon, A. M., Hiliabrant, W. Effects of a stimulus person's nonverbal displays on impression formation. Document présenté au Congrès de l'American Psychological Association, Toronto, 1978.
- McMahon, R. J., Forehand, R. Self-help behavior therapies and parent training. In B. B. Lahey et A. E. Kazdin (Eds), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 2). New York: Plenum Press, 1979.
- Miller, G. A. Psychology as a means of promoting human welfare. *American Psychologist*, 1969, 24, 1063-1075.
- Miller, W. R. Effectiveness of nonprescription therapies for problem drinkers. Document présenté au Congrès de l'American Psychological Association, Toronto, 1978.
- Mowrer, O. H. The behavior therapies with special reference to modeling and imitation. *American Journal of Psychotherapy*, 1966, 20, 439-461.
- Patterson, G. R., Gullion, E. *Comment vivre avec les enfants*. Montréal: Éditions La Presse, 1974.
- Paquette, H., Bégin, H. Pour une pédagogie centrée sur l'enfant. *Santé Mentale au Canada*, 1980, 28 (1), 12-14.
- Piccolo, J. J., Piccolo, L. J., Heiman, J. *Orgasme*. Montréal: Éditions Québecor, 1979.
- Poser, E. G., Hartman, L. M. Issues in behavioral prevention: Empirical findings. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1979, 2, 1-25.
- Pyke, S. W. La thérapie androgène. *Santé Mentale au Canada*, 1980, 28 (1), 15-19.
- Risley, T. R. Behavior modification: An experimental therapeutic endeavor. In L. A. Hammerlynek, P. O. Davidson et L. E. Acker (Eds), *Behavior modification and ideal mental health services*. Calgary, Alberta: University of Calgary, 1971.
- Rosen, G. M. The development and use of nonprescription behavior therapies. *American Psychologist*, 1976, 31, 139-141.
- Roskies, E., Lazarus, R. S. Coping theory and the teaching of coping skills. In P. O. Davidson et S. M. Davidson (Eds), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel, 1980.
- Sanford, F. L., Fawcett, S. Consequence analysis: Its effects on verbal statements about an environmental project. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1980, 13, 57-64.
- Speidel, G. E. Motivating effect of contingent self-reward. *Journal of Experimental Psychology*, 1974, 102, 528-530.
- Solvack, G., Shure, M. B. *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco: Jossey-Bass, 1974.
- Spring, F. L., Splich, J. F., Trimble, R. W., Goekner, D. J. Effects of contingency and noncontingency contracts in the context of a self-controlled-oriented smoking modification program. *Behavior Therapy*, 1978, 9, 967-968.
- Stuart, R. B. Critical reappraisal and reformulation of selected "mental health" programs. In L. A. Hammerlynek, P. O. Davidson et L. E. Acker (Eds), *Behavior modification and ideal mental health services*. Calgary, Alberta: University of Calgary, 1971.
- Stuart, R. B. Challenges for behavior therapy: 1975. *Canadian Psychological Review*, 1975, 16.
- Stuart, R. B. Self-help group approach to self-management. In R. B. Stuart (Ed.), *Behavioral self-management: Strategies, techniques and outcomes*. New York: Brunner/Mazel, 1977.
- Stuart, R. B., Davis, B. *Slim chance in a fat world*. Champaign, Ill.: Research Press, 1972.
- Thoresen, C. E., Mahoney, M. J. *Behavioral self-control*. New York: Holt, Rinehart et Winston, 1974.
- Trudel, G. Réinsertion sociale des patients psychiatriques chroniques. *L'Encéphale*, 1977, 3, 173-181.
- Trudel, G., Boisvert, J. M. Thérapie du comportement et milieu psychiatrique. *L'Hygiène Mentale* (Supplément de *L'Encéphale*, 67), 1972, 4(2), 33-51.
- Trudel, G., Marchand, A. Programme de réinsertion sociale pour quatre patients psychiatriques chroniques. *Revue de Modification du Comportement*, 1975, 5, 2.
- Ullman, L. P. Making use of modeling in the therapeutic interview. In R. D. Rubin et C. M. Franks (Eds), *Advances in behavior therapy*, 1968. New York: Academic Press, 1969.
- Ullman, L. P. On cognitions and behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1970, 1, 201-204.
- Willier, B., Miller, G. H. Client involvement in goal setting and its relationship to therapeutic outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 1976, 32, 687-690.
- Winnett, R. A. Attribution of attitude and behavior change and its relevance to behavior therapy. *Psychological Record*, 1970, 20, 17-32.
- Wolpe, J. *Pratique de la thérapie comportementale*. Paris: Masson, 1975.
- Woolfolk, R. L., Lazarus, A. A. Between laboratory and clinic: Paving the two-way street. *Cognitive Therapy and Research*, 1979, 3, 239-244.

ENGLISH ABSTRACT

Short review of the history of french-canadian behavior modification movement (from the token economies to the self-help books), this viewpoint stresses the direction of giving more powers to the clients on their environment, of offering them knowledge rather than simple therapy on the spot, following in this matter the George A. Miller's desire. In the eighties, we will have to present our know how to as many people as possible, being simultaneously more open to other behavior sciences. Also, remaining free of dogmatic views, we will have to better verify the efficacy of our instrumentation (M. H.).

APPENDICE

Questionnaire

Ce questionnaire porte sur le livre « *S'affirmer et communiquer* », par Jean-Marie Boisvert et Madeleine Beaudry, Montréal: Editions de l'Homme, 1979.

Il y a peu de recherches sur les effets des « self-help books ». Aussi, afin de nous aider à évaluer les effets de notre livre sur les lecteurs, pourriez-vous répondre aux questions suivantes:

Sexe: Homme _____ Femme _____

Occupation: Etudiant _____ Professionnel _____ Autre _____

1. Avez-vous lu ce livre? En entier _____ En partie _____ Pas du tout _____

2. Vous en servez-vous comme livre de références? Oui _____ Non _____

Si vous travaillez dans le domaine de la psychothérapie ou de la modification du comportement:

3. Avez-vous déjà suggéré à des clients de le lire? Oui _____ Non _____

4. Avez-vous l'intention de le faire à l'avenir? Oui _____ Non _____

5. Si vous avez répondu OUI à la question 4 et si vous voulez participer à une recherche, donnez vos noms, adresses et numéros de téléphone.

Nous communiquerons avec vous.

Nom: _____

Adresse: _____

Tél.: _____

Merci.

Madeleine Beaudry et Jean-Marie Boisvert

Rehaussement de l'estime de soi par la modification des auto-verbalisations

JANEL GAUTHIER¹, DENISE PELLERIN, PIERRE RENAUD et SYLVIE OUELLET

Université Laval

Deux méthodes d'entraînement pour rehausser l'estime de soi sont évaluées: l'une consiste en la pratique des auto-verbalisations positives; l'autre se concentre sur la correction des idées négatives au sujet de soi. Les résultats indiquent que ces deux méthodes d'intervention sont aussi efficaces l'une que l'autre et que les gains thérapeutiques observés ne sont pas le résultat de la répétition des mesures d'évaluation ou simplement la conséquence d'avoir pris part à un programme d'intervention pour rehausser l'estime de soi. Le rôle de la prise de conscience des caractéristiques personnelles nous permet d'expliquer partiellement ces résultats. La possibilité que la façon dont une personne se perçoit soit plus fortement influencée par la qualité que par la quantité de ses auto-verbalisations est soulevée dans la discussion.

Bien que plusieurs théories de la personnalité attribuent un rôle majeur à l'estime de soi dans le développement de la personne (Berne, 1961, Erickson, 1968; Hartman, 1958; Sullivan, 1953) et que des liens étroits aient été établis entre l'existence de certains problèmes psychologiques et le niveau d'estime de soi (Beck, 1967; Coopersmith, 1967; Jacobson, 1971; Lewinsohn, 1974; Maslow, 1962; Rogers, 1951; Seligman, 1974; Wylie, 1961), peu d'efforts semblent avoir été déployés pour développer des programmes destinés à rehausser l'estime de soi, tout au moins à venir jusqu'à récemment. Ce manque d'intérêt de la part de la psychologie comportementale a sans doute été lié pendant longtemps à l'absence d'une définition suffisamment opérationnelle du concept de l'estime de soi.

En effet, ce n'est que depuis Homme (1965) et Marston (1965) ont proposé que l'estime de soi pouvait se traduire par les propos qu'un individu se tient à lui-même ou aux autres en rapport avec ce qu'il est et que, par conséquent, l'estime de soi pouvait être rehaussée par la réduction de la fréquence des verbalisations négatives en rapport avec soi ou par l'augmentation de la fréquence des verbalisations positives, que les chercheurs d'orientation comportementale s'adressent (encore bien que timidement) à ce problème.

Il existe plusieurs études suggérant que l'estime de soi peut être rehaussée par l'administration de renforcements contingents à l'émission de verbalisations positives en rapport avec soi (Danzig, 1977; Johnson, 1971; Krop, Perez & Beau-doin, 1973; Lane & Miller, 1977; Mahoney, 1971; Phillips, 1975; Rieder, 1974). A ce sujet, cependant, il convient de mentionner que, selon une série d'études conduites par Marshall, Christie et Lanthier (sous presse), arranger les contingences de façon à satisfaire les critères d'un paradigme de renforcement ne constituerait pas une condition essentielle pour le rehaussement de l'estime de soi. En effet, ces derniers ont trouvé qu'une procédure dans laquelle les contingences de renforcement étaient inversées était aussi efficace qu'une procédure de renforcement contingent,

1. Les demandes pour «tiré-à-part» doivent être adressées au Dr Janel Gauthier, Ecole de psychologie, Université Laval, Québec G1K 7P4.

indiquant par là que les effets d'indices sont aussi importants que les effets de renforcateurs. Souignons que ces données sont consistantes avec celles d'Hannum, Thoresen et Hubbard (1974) qui ont trouvé qu'une procédure où les auto-pensées positives étaient pairées («cued») à des comportements à haute fréquence était efficace pour relever l'estime de soi chez les enseignants.

Par opposition aux procédures qui se sont concentrées sur l'augmentation des auto-verbalisations positives, celles qui ont tenté de réduire la fréquence des auto-commentaires condamnatoires ont eu peu d'effet sur l'estime de soi. Par exemple, Hays et Waddell (1976) ont utilisé la technique de l'arrêt de la pensée de Wolpe (1971) pour réduire les pensées négatives au sujet de soi. L'application de cette technique a conduit à une certaine réduction des pensées négatives mais cette dernière n'a pas donné lieu à un relèvement de l'estime de soi. L'arrêt de la pensée a également été utilisé par Hannum *et al.* (1974) qui a obtenu des résultats similaires. De même, Mahoney (1971) a trouvé qu'interrrompre une séquence d'auto-verbalisations négatives à l'aide d'un stimulus aversif permettait de réduire la fréquence de pensées auto-dérangeantes mais que ce changement n'apportait pas une augmentation réciproque du nombre de pensées plus appropriées. Evidemment, ceci met en question la valeur de la diminution de la fréquence des auto-évaluations négatives pour augmenter l'estime de soi. Par contre, le fait qu'une procédure qui se concentre sur la modification des patterns de cognitions négatives ait été utilisée avec succès pour réduire les sentiments de dépression (Beck & Greenbert, 1974; Rush, Khatami & Beck, 1975; Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977; Shaw, 1977; Taylor & Marshall, 1977) suggère qu'une méthode d'intervention dirigée vers la modification de la base cognitive des évaluations auto-dérangeantes pourrait bien offrir un moyen plus optimal pour parvenir à un meilleur estime de soi.

Avant de comparer l'efficacité d'une procédure qui se concentre sur la pratique des auto-pensées positives à celle d'une procédure qui se concentre sur la correction des idées auto-dépréciatives pour relever l'estime de soi, nous avons conduit une étude pilote afin de voir si un programme d'intervention combinant ces deux procédures s'avérerait supérieur à une procédure consistant seulement en l'auto-enregistrement de pensées positives et négatives dans le but de relever l'estime de soi.

ÉTUDE 1

Le but de cette étude était d'évaluer le degré d'efficacité d'un programme d'intervention se concentrant sur la pratique des auto-verbalisations positives et la correction des auto-verbalisations négatives par rapport à une procédure consistant en l'auto-enregistrement des auto-verbalisations positives et négatives dans le but de relever l'estime de soi.

MÉTHODE

Sujets

Les sujets (Ss) furent recrutés dans la population générale à l'aide d'annonces faites par le biais de divers média d'information. Vingt et un Ss furent acceptés dans l'étude en raison de la gravité et de la durée (pas moins de trois ans) de l'histoire de leur problème avec l'estime de soi. Treize d'entre eux (11 femmes et 2 hommes) complétèrent l'étude, les autres s'étant désistés par manque de disponibilité ou d'intérêt. Les scores de l'auto-enregistrement et de l'échelle de dépression furent utilisés pour stratifier séparément les hommes et les femmes qui, ensuite, furent assignés au hasard à l'une des deux conditions expérimentales: un

groupe traitement ou un groupe contrôle. L'âge des Ss variait entre 21 et 52 ans, avec une moyenne de 36 ans.

Thérapeutes

Deux étudiants gradués (un homme et une femme) en psychologie clinique remplissaient les fonctions de thérapeute et de co-thérapeute (les sujets devaient être vus en groupe). Tous les deux avaient reçu au préalable un entraînement supervisé de six mois dans l'utilisation des méthodes de traitement devant être évaluées.

Mesures dépendantes

Toutes les évaluations furent faites par un évaluateur indépendant et furent complétées avant et après le traitement. Les évaluations consistaient en:

- L'*Auto-Enregistrement* (AE): chaque semaine, les Ss recevaient une série de fiches d'AE. Chaque fiche représentait une journée qui était divisée en blocs de deux heures. Pour chaque bloc, les Ss avaient comme consigne de donner une évaluation globale du degré de négativisme ou ne positivisme des sentiments, pensées, ou verbalisations qu'ils avaient eus au sujet d'eux-mêmes au cours de la période écoulée. Pour ceci, ils devaient utiliser une échelle allant de «-1» à «-7» ou de «+1» à «+7»; le chiffre «0» voulait dire qu'il n'y avait eu aucun sentiment négatif ou positif d'estime de soi. Les données de l'AE donnèrent lieu à deux rapports: un rapport de pourcentage de fréquence des pensées négatives et positives (%f-/%f+) et un rapport de moyenne d'intensité des pensées négatives et positives (Xi-/Xi+).
- L'*Echelle Sémantique* (ES): Les Ss avaient comme consigne de s'évaluer sur une échelle de 5 points en rapport avec quinze adjectifs bipolaires liés au concept de l'estime de soi (Grinter, 1974). Selon Grinter (1974), la fidélité test-retest de cette échelle pour une période de six semaines est de 0.79.
- L'*Inventaire de Dépression de Beck* (IDB): L'IDB (Beck, 1967) fut administré aux Ss afin de mesurer les effets de relever l'estime de soi sur les sentiments de dépression.

Traitement

Suite à une session d'orientation, les deux groupes de Ss furent rencontrés séparément une fois par semaine pendant quatre semaines. Chaque rencontre durait une heure. Entre chaque rencontre, les sujets étaient tous contactés une fois par l'un ou l'autre des thérapeutes pour s'assurer qu'ils accomplissaient régulièrement leurs tâches et pour résoudre les problèmes rencontrés lors de l'application du programme.

À la fin de la première et de la dernière rencontre, une mesure de crédibilité face au traitement (Borkovec & Nau, 1972) fut administrée aux Ss afin de voir si les deux groupes de Ss étaient équivalents au niveau des attentes thérapeutiques.

Dans le groupe traitement, les Ss étaient entraînés à: a) identifier les auto-verbalisations négatives et corriger les perceptions erronées d'eux-mêmes au moment où elles survenaient; et b) à formuler des auto-verbalisations positives et vraies au sujet d'eux-mêmes et à se les répéter plusieurs fois par jour (soit une au choix trois fois pour chaque période de deux heures) en pensant aux événements ou situations qui pouvaient justifier leurs auto-verbalisations.

Dans le groupe contrôle, les Ss étaient entraînés à l'auto-observation des auto-verbalisations positives et négatives. On leur avait laissé croire que cette tâche

TABLEAU 1
Moyennes et écart-types des scores sur les mesures dépendantes au pré et post-test pour le groupe traitement et le groupe contrôle

		GROUPES	
		TRAITEMENT	CONTROLE
Auto-enregistrement (%f-/%f+)	PRÉ	\bar{X} .93	\bar{X} .47
		S .60	S .34
	POST	\bar{X} .47	\bar{X} .59
		S .32	S .33
Auto-enregistrement ($\bar{X}_i - / \bar{X}_i +$)	PRÉ	\bar{X} .91	\bar{X} 1.01
		S .58	S .29
	POST	\bar{X} .76	\bar{X} 1.10
		S .22	S .19
Echelle sémantique	PRÉ	\bar{X} 47.00	\bar{X} 48.00
		S 6.90	S 8.10
	PRÉ	\bar{X} 53.71	\bar{X} 55.00
		S 6.10	S 8.55
Inventaire de dépression de Beck	PRÉ	\bar{X} 11.14	\bar{X} 10.10
		S 2.91	S 3.06
	PRÉ	\bar{X} 5.57	\bar{X} 9.16
		S 2.37	S 8.54

visait à augmenter la prise de conscience de soi et que des études avaient démontré que ce type de programme permettait de relever l'estime de soi avec succès. Pour chaque période de deux heures, ils devaient décrire sur des fiches allouées à cet effet une pensée positive et une pensée négative qu'ils avaient eues au sujet d'eux-mêmes.

RÉSULTATS

Le Tableau 1 montre les moyennes et les écart-types pour chacun des groupes pour toutes les mesures avant et après le traitement. Les comparaisons inter-groupes au pré-test furent faites à l'aide du test *U* de Mann-Whitney (Siegel, 1956). Ce test ne révéla aucune différence significative pour quelque mesure dépendante que ce soit, montrant par là que les groupes expérimentaux étaient bien équivalents au point de départ. En ce qui concerne l'analyse des données liées à la mesure de crédibilité face au traitement au début et à la fin du programme d'entraînement, elle indiqua que les deux procédures expérimentales avaient généré des attentes thérapeutiques équivalentes.

Afin d'examiner le degré de signification des changements thérapeutiques, des scores de différence furent dérivés en soustrayant les scores du post-test des scores du pré-test. Ces données furent analysées à l'aide du test *U* de Mann-Whitney qui ne révéla aucune différence significative entre les groupes pour quelque mesure dépendante que ce soit.

Afin de voir jusqu'à quel point le groupe traitement ne se différencie pas du groupe contrôle, des comparaisons intra-groupes furent faites à l'aide du test de Wilcoxon (Siegel, 1956). Pour le groupe traitement, ce dernier révéla une diminution significative du rapport %f-/%f+ ($N=4$; $p=.025$) et du rapport $\bar{X}_i - / \bar{X}_i +$ ($N=7$; $T=6$; $p=.05$); une augmentation significative des scores sur l'ES ($N=7$; $T=0$; $p=.005$); et une diminution significative des scores sur l'IDB ($N=7$; $T=0$; $p=.005$). Pour le contrôle, l'application du test révéla aucun changement thérapeutique significatif si ce n'est dans le cas de l'ES ($N=6$; $T=2$; $p=.04$).

Que l'analyse des scores de différence n'ait pas révélé de différences significatives entre le groupe traitement et le groupe contrôle, ceci était inattendu. Cependant, il se pouvait que la population de Ss utilisée n'était pas suffisamment handicapée par le problème de l'estime de soi pour nous permettre de détecter les différences qui auraient pu exister entre le groupe traitement et le groupe contrôle. A ce sujet, les scores de l'IDB indiquaient que peu de sentiments dépressifs étaient associés au problème de l'estime de soi chez les Ss. Ceci était d'autant plus significatif que des données de Gauthier, Marshall et Hoaken (1977) démontreraient qu'il existait une corrélation inversement proportionnelle relativement importante ($r=-0.53$, $p < .001$) entre l'intensité des sentiments dépressifs et le niveau d'estime de soi. Comme les résultats révélaient un avantage thérapeutique pour le groupe traitement par rapport au groupe contrôle, il nous est apparu opportun de poursuivre nos travaux dans ce domaine en faisant une analyse des composantes du traitement et en utilisant une méthodologie plus rigoureuse et une population de Ss aux prises avec un problème plus sérieux d'estime de soi.

ÉTUDE 2

Dans l'Étude 1, le traitement s'était concentré sur la correction des auto-verbalisations négatives (restructuration cognitive) et la répétition des auto-verbalisations positives (pratique cognitive). Le but de cette deuxième étude était d'examiner la contribution thérapeutique de chacune de ces composantes.

MÉTHODE

Sujets

Vingt-quatre Ss (16 femmes et 8 hommes) furent sélectionnés en raison de leurs scores sur les fiches d'AE et l'IDB à partir de volontaires dans la population générale qui avaient déclaré avoir un problème sérieux et de longue durée (pas moins de 5 ans) avec l'estime de soi. Les sujets furent stratifiés et assignés aux conditions expérimentales suivant la même procédure que celle utilisée dans l'Étude 1. L'âge des sujets variait entre 21 et 46 ans, avec une moyenne de 30.4 ans.

Thérapeutes

Les thérapeutes étaient les mêmes que ceux utilisés dans l'Étude 1. Par contre, chacun d'eux devait rencontrer individuellement deux femmes et un homme choisis au hasard dans chacune des conditions expérimentales.

Mesures dépendantes

Toutes les mesures furent administrées par un évaluateur indépendant avant et après le traitement. Les mesures étaient les mêmes que celles utilisées dans l'Étude 1 (AE, ES, IDB), à l'exception de l'*Evaluation par les Pairs* (EP). Cette dernière consistait à demander à un membre de la famille ou un ami proche de chaque S d'évaluer globalement ce S sur une échelle allant de «-7» à «+7». On ne permettait

pas à l'évaluateur d'utiliser le chiffre «0». Chaque évaluateur était prié de tenir compte des comportements verbaux et non-verbaux dans son jugement.

Traitement

Les Ss rencontraient le thérapeute pour une session initiale de 60 minutes pour fin d'orientation et d'entraînement. Par la suite, le programme d'intervention était administré pour quatre semaines durant lesquelles les Ss avaient une rencontre hebdomadaire de 30 minutes avec le thérapeute. Comme dans l'Étude 1, les Ss étaient contactés à mi-chemin entre chaque rencontre par leur thérapeute pour les inciter à accomplir leurs tâches et résoudre les problèmes en cours.

Une mesure de crédibilité face au traitement (Borkovec & Nau, 1972) fut administrée à la fin de la première et de la dernière rencontre.

Les Ss recevaient l'une des procédures suivantes:

- Restructuration cognitive* (RC): Les Ss étaient entraînés à détecter les idées auto-dérangeantes et à corriger les perceptions déformées d'eux-mêmes. Ils avaient comme consigne de faire usage de leur entraînement à la maison chaque fois qu'ils se prenaient à entretenir des auto-évaluations négatives.
- Pratique cognitive* (PC): Les Ss étaient entraînés à identifier les caractéristiques personnelles qui étaient importantes et vraies en rapport avec eux-mêmes. Par la suite, les Ss écrivaient sur des fiches des phrases faisant état de ces caractéristiques. Ils avaient comme consigne de tirer une de ces fiches à la fin de chaque période de deux heures pendant le jour et de lire une phrase trois fois en pensant aux événements ou situations qui supportaient leurs auto-verbalisations.
- Auto-observation* (AO): Cette procédure était la même que celle utilisée dans l'Étude 1.
- Liste d'attente* (LA): Les Ss étaient informés que trop de volontaires s'étaient qualifiés pour le programme d'intervention pour nous permettre de tous les voir en même temps et que, c'est pourquoi, nous devions attendre jusqu'au mois suivant pour les rencontrer.

RÉSULTATS

Les moyennes et les écart-types pour chacun des groupes pour chacune des mesures au pré-test et au post-test sont regroupés dans le Tableau 2. Des analyses de la variance à facteur unique ne révélèrent aucune différence entre les groupes pour quelque mesure dépendante que ce soit avant le traitement. De même, aucun effet «thérapeute» n'a été détecté. De plus, l'analyse des cotes de crédibilité face au traitement indiquait que les attentes thérapeutiques générées par les diverses procédures au début et à la fin du programme, étaient équivalentes dans tous les groupes.

Des scores de différence furent dérivés comme dans l'Étude 1. L'application de l'analyse de la variance à facteur unique à ces scores mit à jour un effet «groupes» pour les données suivantes: le rapport $\bar{X}_i - \bar{X}_i +$ de l'AE ($F(3,20) = 6.54, p = 0.002$); l'EP ($F(3,20) = 3.70, p = 0.02$) et l'IDB ($F(3,20) = 3.38, p = 0.03$). Les changements dans les scores de l'ES n'atteignirent pas le niveau de signification ($F(3,20) = 1.92$). D'autres analyses conduites à l'aide du test « t » multiple montrèrent que les groupes RC et PC étaient d'efficacité égale pour relever l'estime de soi et réduire les sentiments de dépression. Aucune différence ne fut trouvée entre ces groupes et le groupe AO. Dans chacun des cas, les groupes RC et PC étaient supérieurs au

TABLEAU 2
Moyennes et écart-types des scores sur les
mesures dépendantes au pré et au post-test
pour tous les groupes

MESURES	GROUPES				
	RC	PC	AO	LA	
Auto-enregistrement (%f - /%f +)	PRÉ	1.87	1.93	1.94	1.95
	POST	.93	.94	.92	.97
Auto-enregistrement ($\bar{X}_i - / \bar{X}_i +$)	PRÉ	.98	.49	1.67	1.92
	POST	.46	.47	2.23	1.47
Echelle sémantique	PRÉ	1.36	1.22	1.16	1.12
	POST	.20	.27	.20	.28
Evaluation par les pairs	PRÉ	.68	.81	.74	1.26
	POST	.21	.24	.32	.38
Inventaire de dépression de Beck	PRÉ	37.67	43.50	40.67	38.50
	POST	9.02	8.66	5.35	4.42
Inventaire de dépression de Beck	PRÉ	46.33	55.17	47.50	38.17
	POST	6.02	8.59	6.19	8.03
Inventaire de dépression de Beck	PRÉ	-1.50	1.17	-.83	-.67
	POST	2.59	2.71	4.17	3.44
Inventaire de dépression de Beck	PRÉ	.83	4.00	.33	-1.33
	POST	2.40	2.76	3.33	4.08
Inventaire de dépression de Beck	PRÉ	23.00	23.17	23.00	22.67
	POST	5.79	7.93	8.46	9.89
Inventaire de dépression de Beck	PRÉ	13.00	9.83	16.33	23.33
	POST	5.44	5.95	6.89	8.19

groupe LA. Le seul cas où les différences entre les groupes AO et LA atteignirent le niveau de signification statistique fut dans le cas de l'AE ($\bar{X}_i - \bar{X}_i +$).

CONCLUSION

Selon nos résultats, il semble que la modification des auto-verbalisations soit une façon efficace de relever l'estime de soi. Que le programme de modification des auto-verbalisations implique la correction des idées négatives ou l'exposition répétée aux idées positives en rapport avec soi, le programme a pour effet de relever l'estime de soi et de réduire les sentiments dépressifs. Il ne semble pas que les gains thérapeutiques observés soient le résultat de la répétition des mesures d'évaluation ou simplement la conséquence d'avoir pris part à un programme d'intervention au cours duquel l'attention des Ss était centrée sur les sentiments de valeur de soi.

Selon la documentation scientifique, on pouvait s'attendre à ce que la pratique des auto-verbalisations positives donne lieu à un relèvement de l'estime de soi. Par contre, l'effet de la restructuration cognitive sur l'estime de soi n'était pas aussi certain car elle n'avait jamais fait l'objet d'une évaluation systématique.

Evidemment, on peut s'interroger à savoir pourquoi cette procédure était aussi efficace que celle qui se concentrerait sur la pratique d'auto-évaluations positives. L'explication la plus parcimonieuse repose dans le fait que lorsqu'une personne corrige une perception négative d'elle-même, elle en arrive inévitablement à une auto-verbalisation qui est non seulement plus réaliste mais aussi plus positive d'elle-même. Ceci pourrait bien être le lien qui existe entre les deux méthodes d'intervention en question. En somme, il s'agirait de deux voies différentes pour aboutir à un énoncé positif en rapport avec soi-même.

Le fait que les effets de la restructuration et de la pratique cognitive ne se soient pas toujours distingués de ceux de l'auto-observation suggèrent que l'auto-observation joue un rôle qu'on ne peut ignorer dans le cas de la restructuration et de la pratique cognitive. Rappelons que ces deux dernières méthodes d'intervention font appel à l'utilisation de l'auto-observation: l'une pour identifier les auto-évaluations négatives, l'autre pour identifier les auto-évaluations positives. Il est donc possible que, lorsque les gens sont entraînés à prêter attention au contenu de leurs auto-évaluations quotidiennes, ceci leur donne l'occasion de prendre conscience de ce qu'ils sont, c'est-à-dire de réaliser que leurs défauts ne sont pas aussi grands et qu'ils ne sont pas aussi dépourvus de qualités qu'ils le pensaient. Plusieurs commentaires émis spontanément par nos Ss suggèrent que ceci est une idée valable.

Il convient de noter, en ce qui regarde les données de l'AE, que c'est le rapport d'intensité plutôt que le rapport de fréquence des sentiments d'estime de soi qui a été systématiquement modifié par les procédures d'intervention. Ceci suggère que la façon dont une personne se perçoit serait plus fortement influencée par la qualité que par la quantité de ses auto-verbalisations. En d'autres mots, le nombre d'auto-verbalisations négatives ou positives émises par une personne serait moins important que l'intensité des sentiments associés à ces auto-verbalisations. Cette observation est sans contredit en opposition à la documentation scientifique existante qui a toujours présumé que le niveau d'estime de soi était déterminé par la fréquence des auto-verbalisations positives et négatives. Néanmoins, les implications de nos données sont claires. Pour relever l'estime de soi, une procédure se doit de minimiser l'intensité des sentiments négatifs générés par les auto-évaluations négatives ou de maximiser l'intensité des sentiments positifs associés aux auto-évaluations positives.

Pour terminer, on pourrait se demander s'il y aurait avantage à combiner la restructuration et la pratique cognitive pour relever l'estime de soi. Nos données ne nous permettent pas de répondre directement à cette question. Qu'il soit dit, cependant, que les effets thérapeutiques observés dans l'Etude 2 étaient si grands que la combinaison des deux procédures n'aurait pu avoir qu'un avantage marginal. Par contre, ici, il conviendrait de souligner qu'au début du programme certains Ss dans le groupe PC avaient de la difficulté à croire aux auto-verbalisations positives qu'ils avaient pour tâche de répéter. Aucun des Ss dans le groupe RC n'a présenté ce genre de difficulté. Au contraire, ils ont affirmé que les auto-verbalisations résultant de l'analyse critique de leurs auto-verbalisations négatives leur apparaissaient bien logiques et crédibles. Il se peut donc que certains individus ne puissent bénéficier pleinement de la pratique cognitive à moins que cette dernière ne soit précédée par une brève exposition à la restructuration cognitive. Cette question, tout comme les autres questions soulevées plus tôt, ne saurait être résolue adéquatement qu'en poursuivant les recherches dans ce domaine.

REFERENCES

- Beck, A. T. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row, 1967.
- Beck, A. T. *Cognitive therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Beck, A. T. & Greenberg, R. L. Cognitive therapy with depressed women. In Franks & V. Burt (Eds.), *Women and Therapy: New Psychotherapies for a Changing Society*. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- Berne, E. *Transactional Analysis in Psychotherapy: A Systematic Individual and Social Psychiatry*. New York: Grove Press, 1961.
- Borkovec, T. D., Nau, S. D. Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, 1972, 3, 257-260.
- Coopersmith, S. *The Antecedents of Self-Esteem*. San Francisco: Freeman, 1967.
- Danzig, L. Teacher use of behavior modification technique to improve the self-concept of educable mentally retarded pupils. *Dissertation Abstracts*, 1977, 4089-A.
- Erickson, E. H. *Identity Youth and Crisis*. New York: Norton, 1968.
- Gauthier, J., Marshall, W. L., Hoaken, P. C. S. Social competence and depression in a psychiatric population. Unpublished manuscript, Queen's University, Kingston, Ontario, 1977.
- Ginter, P. J. Modification of self-esteem through covert and overt self-reinforcement of positive self-evaluations thoughts. Unpublished Master's thesis, Queen's University, Kingston, Ontario, 1974.
- Hannum, J. W., Thoresen, C. E., Hubbard, D. R. A behavioral study of self-esteem with elementary teachers. In M. J. Mahoney & C. E. Thoresen (Eds.), *Self-Control: Power to the Person*. Monterey, California: Brooks/Cole, 1974.
- Hartman, H. Comments on the scientific aspects of psychoanalysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1958, 13, 341-356.
- Hays, V., Waddell, K. J. A self-reinforcing procedure for thought-stopping. *Behavior Therapy*, 1976, 7, 559.
- Homme, L. E. Perspectives in Psychology: XXIV, Control of covariants, the operants of the mind. *Psychological Record*, 1965, 15, 501-511.
- Jacobson, E. *Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic and Psychotic Conditions*. New York: International Universities Press, 1971.
- Johnson, W. G. Some applications of Homme's covariant control therapy: Two case reports. *Behavior Therapy*, 1971, 2, 240-248.
- Krop, H., Perez, F., Beaudoin, C. Modification of the self-concept of psychiatric patients by covert reinforcement. In R. D. Rubin, J. P. Brady & L. Henderson (Eds.), *Advances in Behavior Therapy*. New York: Academic Press, 1973.
- Lane, J., Miller, D. The effect of altering self-descriptive behavior on self-concept and classroom behavior. *Journal of Psychology*, 1977, 97, 115-125.
- Lewinsohn, P. M. The behavioral study and treatment of depression. In M. Hersen, P. M. Eysler, & R. M. Miller, *Progress in Behavior Modification* (Vol. 1). New York: Academic Press, 1974.
- Mahoney, M. J. The self-management of covert behavior. *Behavior Therapy*, 1971, 2, 575-578.
- Marshall, W. L., Christie, M. M., Lanthier, R. O. The enhancement of social self-esteem: Reinforcement and cueing effects. *Behavioral Counseling Quarterly*, in press.
- Marston, A. R. Imitation, self-reinforcement, and reinforcement of another person. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1965, 2, 255-261.
- Maslow, A. H. *Toward a Psychology of Being*. Princeton, N. J.: Van Nostrand, 1962.
- Phillips, R. H. The use of behavior modification to improve self-esteem in low income elementary school children. *Dissertation Abstracts*, 1975, 1400-A.
- Rieder, W. B. The employment of token reinforcement in altering the self-concept of culturally different individuals. *Dissertation Abstracts*, 1974, 714-A.
- Rogers, C. *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin Co., 1951.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., Hollon, S. Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 17-37.
- Rush, A. J., Khatami, M., Beck, A. T. Cognitive and behavioral therapy in chronic depression. *Behavior Therapy*, 1975, 6, 398-404.
- Seligman, M. E. P. Depression and learned helplessness. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression*. Washington, D. C.: Winston, 1974.

- Shaw, B. F. Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 543-551.
- Siegel, S. *Nonparametric Statistics*. New York: McGraw-Hill, 1956.
- Sullivan, H. S. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton, 1953.
- Taylor, F. G., Marshall, W. L. Experimental analysis of cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive therapy and Research*, 1977, 1, 59-72.
- Wolpe, J. Dealing with resistance to thought-stopping: A transcript. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1971, 2, 121-125.
- Wylie, R. *The Self-Concept*. Lincoln: Nebraska Press, 1961.

ENGLISH ABSTRACT

Two methods of training for more self-esteem have been evaluated: one consisting in the practice of positive self-verbalizations, the other focusing on the rectification of negative ideas on self. Results show that these two methods of intervention are both effective and that the therapeutic gains do not come from the recurrence of evaluative techniques or, more simply, from the participation to such programs. These results are partially explained by the role of taking consciousness of personal characteristics. It is proposed that a person is more influenced by the quality than by the quantity of self-verbalizations (M. H.).

Point de vue:

Les behavioristes et leurs contingences

JEAN CARON 1

Centre d'études universitaires dans l'Ouest québécois - Rouyn

L'énoncé de principe de «Behavioriste pour l'action sociale» soulève effectivement un problème important au niveau de la pratique behavioriste.

Ce problème étant lié aux contraintes sociales qui limitent souvent les praticiens à ne retenir que l'aspect technologique du behaviorisme et à se limiter à une analyse des contingences immédiates au détriment d'une analyse des macro-contingences sociales et économiques souvent responsables de ces contingences plus proximales.

Nous ne croyons pas par ailleurs qu'il faille mettre en cause uniquement le modèle d'analyse des contingences pour expliquer cette situation mais, davantage, ses utilisateurs, leurs contingences et le contexte historique des rivalités théoriques, académiques et pratiques dans lequel se sont développées les thérapies behaviorales et la modification du comportement.

Je crois qu'il est possible d'utiliser le modèle d'analyse des contingences afin d'amener des éléments de réponses susceptibles de nous éclairer sur les raisons qui font que l'analyse et la modification du comportement servent souvent à maintenir le statu quo social et le pouvoir des biens nantis. Il faut tout de même dans cette analyse prendre garde de croire que nous faisons la démonstration de la validité de notre modèle d'analyse parce qu'il est capable d'expliquer ses propres failles, ce serait en faire une preuve circulaire et absurde.

Contingences historiques

Il faut se rappeler que les thérapies behaviorales ont acquis leur lettre de noblesse à travers des époques périlleuses. Les behavioristes dans les années 60-70, tant du point de vue théorique que du point de leur méthodologie d'intervention, se sont vus opposer une farouche résistance particulièrement en milieu francophone par les tenants des écoles traditionnelles (analystes, rogeriens, etc...). Il faut donc situer le travail des pionniers du behaviorisme dans un environnement punitif très peu renforçant.

Ce phénomène s'est déroulé aussi bien dans le milieu scolaire, soit universités, écoles supérieures, secondaires et primaires, que dans les milieux cliniques, comme hôpitaux, maisons de rééducation, etc. Quelles étaient donc les contingences qui pouvaient maintenir ces behavioristes?

Une première à notre avis, a été la formation de groupuscules d'individus où les discussions étaient centrées autour des difficultés rencontrées dans les milieux de travail et où on créait un environnement favorable et renforçant afin de stimuler les membres à maintenir leurs efforts dans leur milieu de travail respectif. Cette alliance

1. Les demandes pour un tiré-à-part doivent être adressées à M. Jean Caron, 1265, 7ième rue, Val d'Or, Québec J9P 3R9.

de groupuscules en milieu francophone du Nouveau-Brunswick et du Québec donna naissance à l'Association des spécialistes en modification du comportement.

Il faut aussi se rappeler que la plupart des behavioristes avaient été formés dans des approches traditionnelles qu'ils avaient abandonnées dû à leur inefficacité, aussi pour ces derniers l'efficacité était une valeur importante et un stimulus très renforçant. Le fait d'utiliser une méthodologie d'intervention efficace était donc une seconde contingence qui allait maintenir leurs efforts dans leurs milieux de travail et l'efficacité était l'objectif à atteindre prioritairement pour trois raisons principales en excluant les raisons humanitaires.

La première étant qu'ils se devaient de démontrer l'efficacité de leurs interventions afin de se confirmer qu'ils n'avaient pas changé d'orientation inutilement. Une seconde avait comme objectif de prouver aux partisans des autres écoles que leurs interventions résistaient aux critiques théoriques telles que la substitution des symptômes, etc. . . Non seulement ils se devaient d'être efficaces mais devaient l'être doublement étant aux prises avec les contingences de tout groupe minoritaire ce qui implique une sur-performance afin d'obtenir la reconnaissance sociale. Une troisième raison pour laquelle ils se devaient d'être efficaces était afin de se créer un environnement de travail favorable et renforçant. En étant efficaces, ils pouvaient d'une part modifier le comportement de leurs collègues par modeling et les amener à intervenir comme eux. D'autre part, la reconnaissance sociale qu'ils pouvaient acquérir par leur efficacité leur permettait soit d'influencer les administrateurs ou de le devenir afin d'obtenir des fonds de recherche ou encore d'engager d'autres behavioristes lorsqu'il y avait des postes disponibles.

Toutes ces contingences dirigées vers la notion d'efficacité ont vite fait de centrer les behavioristes sur l'amélioration des techniques d'intervention plutôt que sur l'analyse des contingences sociales et des valeurs sous-tendant les objectifs de leur intervention.

Une autre contingence historique qui a centré les behavioristes sur l'analyse proximale des contingences et la méthodologie d'intervention dirigées vers l'individu est le type de formation offerte par les universités. La plupart des maisons d'enseignement ont formé jusqu'à maintenant des intervenants en psychologie à partir de la conception individu-milieu dépassant rarement la famille ou l'école. Très peu d'universités offraient aux futurs psychologues des cours en intervention sociale et communautaire préférant laisser ce domaine aux disciplines davantage axées vers le social. Cette situation n'a pas favorisé le développement des habilités à analyser des contingences sociales. De plus, les formateurs en modification du comportement sont pour la plupart au Québec et au Nouveau-Brunswick les pionniers qui ont subi les contingences historiques mentionnées précédemment qui les ont façonnés à concentrer la plupart de leurs énergies à améliorer la méthodologie d'intervention plutôt que l'analyse des contingences sociales. Comment voudrait-on que leur progéniture diffère d'eux !

Contingences sociales et économiques

Bien que nous traitions dans notre première partie de l'analyse des contingences d'ordre historique, nous ne croyons pas pour autant que les contraintes mentionnées précédemment relevaient uniquement du passé, plusieurs d'entre elles sont encore très présentes et contribuent au maintien du comportement des praticiens particulièrement en ce qui concerne les rivalités académiques et les conditions de travail des behavioristes; on peut référer à ce sujet à Harvey (1979).

Dans un article portant sur l'éthique, les valeurs et la modification du comportement (Caron, 1979), nous avons traité de la responsabilité sociale associée à la pratique de la modification du comportement; nous soulevons entre autres le peu de contingences positives anticipées ou vécues par la praticiens dont leur analyse débouchait vers une amorce de changement social. En effet, la structure organisationnelle des services dispensés par les institutions où travaillent la plupart des praticiens ne favorise certes pas l'utilisation d'une analyse des contingences d'ordre social qui entraîne quasi inévitablement une remise en question de cette structure organisationnelle et la philosophie d'intervention de l'institution.

D'ailleurs, le praticien est habituellement engagé pour des fonctions très spécifiques d'évaluations et de traitements individuels ou de groupes limitées aux objectifs institutionnels. Très peu d'institutions ont comme objectif de produire des changements sociaux, leur fonction est davantage d'adapter l'individu au système social existant.

Outre les contraintes institutionnelles, des contraintes d'ordre sociales, économiques et politiques sont souvent responsables du peu d'intérêt ou peu d'actions des behavioristes. Lorsque l'analyse des macro-contingences amène les praticiens à questionner la pertinence de l'ordre social établi, ces derniers se sentent souvent impuissants, compte tenu du nombre de variables impliquées dans un système social sur lequel ils ont bien peu d'influence. L'anticipation du peu d'efficacité de leurs interventions ne favorise certes pas leur implication dans l'action sociale bien qu'ils pourraient être très utiles par leur analyse des contingences à la mise sur pied d'un système de contre-contrôle (Bouchard, 1980).

Cependant, l'analyse des contingences n'est que la première étape d'un contre-contrôle social, l'aménagement de nouvelles contingences socio-économiques est la seconde et ne peut se réaliser que par une implication politique des groupes sociaux concernés. Sur ce terrain, nous croyons que par leurs conditions socio-économiques de favorisés du système social les behavioristes sont très enclins à ce type d'implication.

Pour les praticiens qui malgré tout persistent dans leurs efforts d'analyse des macro-contingences d'ordre économique et social, nous croyons que le mouvement «Behavioriste pour l'action sociale» sera un instrument des plus stimulant afin de maintenir leur comportement. De plus, il servira sans doute à susciter une réflexion chez les praticiens moins sensibilisés à ce domaine dû à leur formation ou à leur situation socio-économique qui font d'eux des privilégiés du système social existant (Holland, 1979).

Finalement, nous croyons qu'une plus grande implication des behavioristes au niveau de l'analyse des contingences sociales ne devrait pas dévaloriser l'amélioration des techniques ou méthodes d'intervention, mais plutôt rétablir un équilibre entre les niveaux de préoccupations.

RÉFÉRENCES

- Bouchard, C. Une question de choix: l'analyse fonctionnelle du comportement doit-elle être politique ou expérimentale. *Revue de modification du comportement*, 1979, 9 (4), 103-108.
- Caron, J. Ethique, valeurs et modification du comportement. *Revue de modification du comportement*, 1978, 8 (2), 33-44.
- Harvey, M. Editorial. *Revue de modification du comportement*, 1979, 8 (4), 91-96.
- Holland, J. G. Behaviorism: part of the problem, or part of the solution? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1978, 11, 163-174.

Critique de revues

MAURICE HARVEY

Directeur

Revue québécoise de psychologie

Une toute nouvelle revue a été lancée en février 1980 par un groupe sous la direction de Pierre Michaud, grâce à la collaboration et à l'assistance financière de l'Université du Québec à Montréal et de son Département de Psychologie. S'adressant aux psychologues et à ceux qui ont régulièrement recours à la psychologie dans l'exercice de leur profession comme chercheurs, praticiens ou professeurs, la *Revue québécoise de psychologie* se trouve principalement consacrée à la psychologie appliquée et publiera donc des rapports de recherche, des études cliniques, des revues bibliographiques, des essais théoriques et des apports interdisciplinaires.

Le mot de présentation du directeur exprime, très brièvement et de façon neutre, le désir de faire ainsi connaître ce qui se réalise de plus valable en psychologie appliquée, dans le but de dégager progressivement une certaine unité en psychologie québécoise. Huit textes d'auteurs du Québec composent effectivement ce premier numéro; l'unité reste néanmoins lointaine si l'on en juge d'après le rattachement des contenus de ces textes. Deux, d'inspiration psychodynamique, touchent l'un l'inceste, l'autre la délinquance; un troisième s'arrête à vérifier l'efficacité de la thérapieutique gestaltiste; deux autres étudient la valeur d'outils psychométriques pour estimer soit le leadership, soit l'adaptation maritale; le sixième fournit l'opinion de M. Yves St-Arnaud sur la formation à donner aux psychologues; enfin, deux textes sur la modification du comportement: sur l'auto-mutilation et son traitement chez les déficients mentaux, par Maurice, Beaupré et Trudel, sur l'obésité, par M.-A. Richard.

Sans entrer dans la critique interne de ces textes, ne faisons que noter en passant que les références se font fort nombreuses à la suite des articles sur la modification du comportement (2 et 4 pleines pages), alors que les autres textes n'en fournissent que pour remplir une page ou moins de la revue. Petit indice pouvant se rattacher à la crainte exprimée par M. St-Arnaud d'un éclatement de la profession psychologique, laquelle...

«... pourrait, par exemple, prendre la forme suivante: la psychologie professionnelle reliée aux modèles autres que comportementaux et psychométriques devient effectivement un art dont la préparation sera confiée à d'autres programmes professionnels: service social, relations humaines, génétique, criminologie, sexologie, orientation professionnelle, relations industrielles, administration, ortho-pédagogie, programmes qui utilisent déjà les ressources de la psychologie. La psychologie professionnelle qui résisterait à cet éclatement se définirait effectivement comme de la psychologie appliquée et se structurerait autour de la psychométrie et des interventions de type behaviorial (p. 102)».

Il reconnaît qu'il ne s'agit pas là d'un scénario relevant de la science-fiction, modèle comportant d'ailleurs certains avantages, et que, sans nul doute, plusieurs universitaires n'hésiteraient pas à s'en faire les promoteurs!!!

Ce premier numéro de 130 pages a bon poids et présente bien. Le texte est bien typographié, le résumé existe partout en début d'article, l'italique se trouve bien utilisée et l'aération apparaît suffisante. Par contre, le Summary ou l'Abstract anglais manque à trois reprises, mais il est vrai que sa présence est laissée à la discrétion des auteurs. Les grands titres ainsi que les noms des auteurs mériteraient peut-être une meilleure centration, plutôt que d'être toujours collés à gauche; en outre, la pagination devrait se retrouver normalement en haut des pages, plutôt qu'en bas, et on trouve avec surprise des blancs inutiles sous les tableaux au coeur des textes. Finalement, la représentation des lieux, voulue probablement large, favorise très largement Montréal et les critiques de livres présentées datent nettement: deux volumes parus en 1977 et, même, l'un de 1974 sur le concept de soi, apparemment très cher au reviseur.

Cependant, il s'agit là de remarques possiblement secondaires, originant du directeur d'une revue un peu numérique, et il faut reconnaître franchement que pour un coup d'essai le premier numéro de la *Revue québécoise de psychologie* s'impose comme une réussite fort respectable et dont il faut saluer les promoteurs. Longue vie par conséquent à cette revue, qu'il faudra dorénavant épilucher d'avantage au plan du contenu, ce que n'a pas fait la présente critique partielle.

Revue canadienne de psycho-éducation

Une revue canadienne-française est réapparue récemment sur le marché: il s'agit de la *Revue canadienne de psycho-éducation*. Après plusieurs années d'interruption, ce journal renaît en 1979, avec très certainement l'espoir de durer, tout en reprenant la numérotation là où elle avait été interrompue, soit le volume 8. Néanmoins, l'équipe rédactionnelle désire apparemment se démarquer de l'ancienne. Qu'on en juge par l'éditorial du numéro 1 portant sur la nécessité vitale de la «Recherche en psycho-éducation», et celui du numéro 2 récidivant sur ce même aspect, en prenant prétexte du dépôt du livre vert du Gouvernement du Québec sur le sujet de la recherche. On ne peut qu'applaudir à ce vœu de l'équipe rédactionnelle pour asseoir, si possible et enfin, la psycho-éducation sur des bases scientifiques. En fait, la renaissance de la revue suit de peu la parution du livre (unique à ce jour) du «maître» (voir N° 2 de la revue, p. 113, dernier paragraphe de la deuxième colonne) Gendreau, qui ouvrirait la porte à semblable mouvement.

À l'intérieur de ce volume du maître, cela restait toutefois au niveau du souhait: la recherche ne pointait pas du tout de son nez dans le coeur du livre. Les deux numéros de la revue, parus en 1979, ne démontrent pas tellement non plus que l'esprit de recherche imprègne réellement l'agir psycho-éducatif. Un premier indice, évidemment critiquable, est l'absence presque totale de graphiques ou tableaux (ce qui n'inclut pas certains schémas nébuleux); une exception à trouver dans l'article de Bernard Tessier, mais le tableau fourni cote subjectivement selon une échelle en dix points, allant de «faibles» à «excellents». Par ailleurs, la lecture de ce tableau s'avère malaisée, plusieurs points de coïncidence dans les courbes suscitant autant d'occasions de perdre le fil. En supplément sur cet article, c'est qu'il s'agit de l'insertion du système LOGO dans un programme de rééducation totale et certaines remarques de l'auteur deviennent presque une apologie de l'enseignement par machines.

Une autre manifestation de la grande distance entre le souhait de la recherche et

la recherche vraie ressort nettement des contenus des articles: psychothérapie, témoignages, «feeling therapy». On se retrouve avec des opinions, du vécu, ou des concepts très globaux et à peu près pas évaluables. Au fond, la psycho-éducation semble engluée dans un monde clos de concepts globaux, transmis avec le temps par des maîtres possédant des vérités expérimentelles difficilement partageables et sans points fixes solides. D'autre part, on ne paraît pas désirer vraiment de remise en question des postulats initiaux. Le texte de Renou et Tremblay (N° 2) est exemplaire à cet égard. D'abord présenté lors de journées d'études (portant sur les objectifs de la formation au baccalauréat) des professeurs de l'École de Psycho-éducation de l'Université de Montréal (février 1979), ce texte a l'avantage d'être honnête en résumant le credo psycho-éducatif. Pour expliquer que l'utilisation de la méthode dite «scientifique» n'est pas indispensable à l'éducateur, on écrit:

«(L'éducateur) possède un instrument privilégié: sa «personnalité»... L'éducateur a pour tâche première de transmettre des valeurs fondamentales. Il s'engage à témoigner à l'éduqué sa façon d'être, ses valeurs... Ses principaux outils de connaissance seront alors son intuition, son expérience et les enseignements reçus de ses maîtres...».

Il est incompréhensible que les auteurs doivent faire revivre de ses cendres un illustre auteur inconnu (Peirce, 1877) pour appuyer pareils dires. Et, plus loin:

«Quand nous disons que la personnalité de l'éducateur constitue un outil privilégié dans son travail auprès de la personne en difficulté, nous entendons que l'éducateur doit être suffisamment «sain» pour pouvoir bien «sentir» la réalité (intuition empirique), suffisamment «sain» pour pouvoir déceler les liens entre les différents éléments de la réalité (intuition rationnelle), suffisamment «sain» pour saisir l'essence des choses (intuition métaphysique), suffisamment «sain» pour apprendre par lui-même à partir de sa propre expérience et, enfin suffisamment «sain» pour savoir profiter de l'expérience des autres (les «matres»!!!).

L'abus des guillemets devrait attirer l'attention sur l'imprécision, magnifiée par les auteurs eux-mêmes, de plusieurs termes, en particulier celui de «sain» (un malin pourrait se demander si l'absence du «t» n'est pas une simple erreur typographique). Alors qu'on ne s'accorde pas encore sur ce qu'est la santé physique, et encore moins bien sûr sur ce qu'est la santé mentale, on fait ici de ce terme la pierre angulaire du vrai éducateur. Aussi bien dire que c'est mettre l'éducateur à l'abri de toute critique ou évaluation sérieuse. Car, tenter de démontrer qu'il n'est pas «sain» équivaudrait à prouver qu'il est malade, ou bien fou. À ce moment, la seule manière serait d'utiliser les conceptualisations nosologiques ou dynamiques, soit se placer naïvement sur leur terrain de prédilection.

L'éventuel lecteur de cette critique pourra avoir tendance à percevoir dans ces remarques l'expression de supposés préjugés chez le signataire, ayant déjà exprimé par ailleurs et sans tard ses commentaires sur la psycho-éducation. En ce cas, cela ne l'empêche cependant pas de reconnaître un effort puissant et méritoire de la part de M. Serge Larivée, lequel signe les deux editoriaux. Mais, alors qu'il cite des auteurs variés et très contemporains, il apparaît malheureusement comme la voix qui crie dans le désert, les autres rédacteurs de textes s'appuyant très souvent, sinon exclusivement, sur les vieux maîtres consacrés: Piaget (au moins 12 références, à l'intérieur des deux numéros), Gendreau (6 références), Guindon (4), Erikson, Redl et Wineman, Lemay (chacun 3), Bettelheim (2) et, à une reprise certainement, Mailloux, Fenichel, A. Freud, Hartmann. On peut donc estimer assez objectivement que le poids du passé paraît très lourd, constituant selon l'apparence un carcan dont il faudrait plus que des souhaits pour s'extraire.

ERRATUM

A l'intérieur du dernier numéro, une erreur de reproduction s'était glissée par inadvertance dans la composition de la figure 1 de l'article de Forget et Ots. Nous nous en excusons et reproduisons ici cette figure corrigée (la verticale entre les périodes 17 et 18 ne devait pas être poursuivie jusqu'au haut).

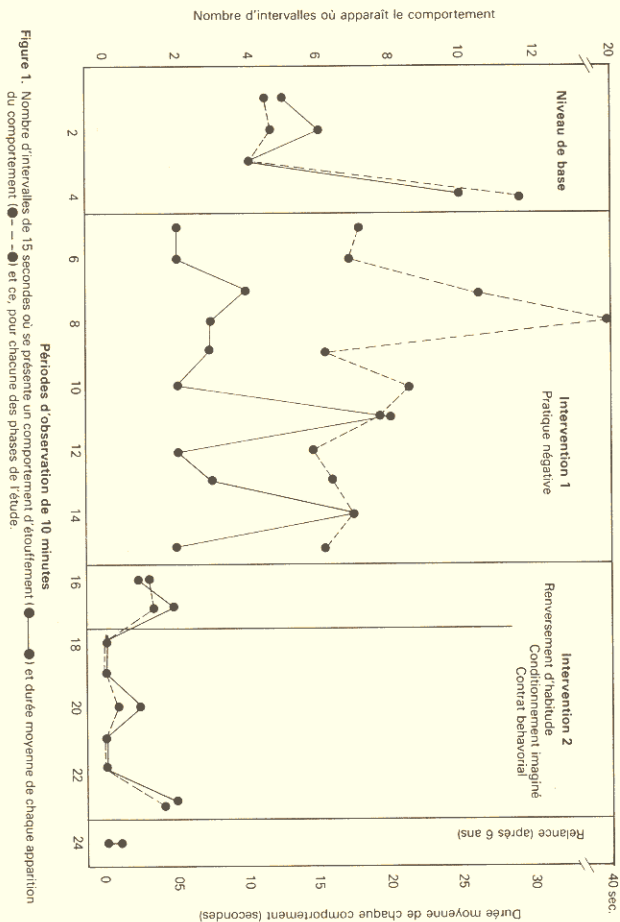


Figure 1. Nombre d'intervalles de 15 secondes où se présente un comportement d'évitement (●) et durée moyenne de chaque apparition du comportement (○) et ce, pour chacune des phases de l'étude.

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

Toute personne désirant s'inscrire (ou se réinscrire) à l'Association scientifique pour la modification du comportement (A.S.M.C.), est priée de remplir le présent questionnaire et de faire parvenir un chèque ou mandat de \$30.00 (étudiants: \$15.00), à l'ordre de l'A.S.M.C. Cette cotisation constitue en même temps un abonnement à la Revue de modification du comportement.

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

NOM: _____ Prénom: _____

ADRESSE: _____

Ville: _____ Province: _____

Code postal: _____

TÉLÉPHONE: _____ Domicile: _____ Bureau: _____

PROFESSION: _____

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

Abonnement pour les institutions

L'abonnement annuel à la Revue est de \$40.00 pour les institutions. Celles-ci sont priées de faire parvenir leur commande à:

Mme JINETTE MARCIL-DENAULT, secrétaire
A.S.M.C.
6955 boul. Taschereau, suite 211
Brossard, Québec
J4Z 1A7

ÉLÉMENTS POUR UNE HISTORIOGRAPHIE

Présidents successifs de l'A.S.M.C.

Présidents successifs du congrès de l'Assoc. Scientif. de Modif. du Comport.

1970-71	Un comité exécutif groupant:	Léonce BOUDREAU Louis MALENFANT Etienne THÉRIAULT	Moncton	1970
1971-72	Jacques CÔTE	Jean-Marie BOISVERT	Montréal	1971
1972-73	Michel BOULARD	Jacques CÔTE	Québec	1972
1973-74	Gilles TRUDEL	Jean-Marie BOISVERT et Gilles TRUDEL	Montréal	1973
1974-75	Gilles TRUDEL	Léonard GOGUEN	Moncton	1974
1975-76	Léonce BOUDREAU	Jacques CÔTE	Québec	1975
1976-77	Léonard GOGUEN	Luc GRANGER	Montréal	1976
1977-78	Léonard GOGUEN	Maurice HARVEY	Sherbrooke	1977
1978-79	Rodrigue OTIS	Clarence JEFFREY	Moncton	1978
1979-80	Raymond BEAUSOLEIL	Raymond BEAUSOLEIL	Rouyn	1979
1980-81	Henri MARTIN-LAVAL	André SOULIÈRES	Montréal	1980
1981-82	Luc GRANGER	Simon PAILLON	Rimouski	1981

ARTEFACT

Bureau d'analyse du comportement humain
630 ouest, boul. St-Cyrille, Québec G1S 1S8
Robert Lachance, psychologue, tél.: 1-418-527-4325

- Offre aux personnes et aux organisations des services de consultation en recherche: Documentation, planification, traitement de données, rédaction de projets, de rapports, d'articles.
- Fait bénéficier les individus des étapes d'une approche scientifique et éducative pour solutionner leurs problèmes personnels.
- Met au point et édite des instruments éducatifs susceptibles de modifier le comportement en permanence: prototype de manuels d'amaigrissement, de sobriété et de mise en forme.

Les prototypes de manuels d'amaigrissement et de sobriété sont maintenant disponibles au bureau (\$8. et \$4.) ou par la poste (\$10. et \$6.).

À lire: La recherche en psychologie appliquée: où et pourquoi. Compte-rendu du deuxième congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie. Printemps 1980.

En préparation: Prototypage d'un manuel de mise en forme et Operanda d'enseignement planifié sur la probabilité du comportement en milieu scolaire.



CENTRE DE PSYCHOLOGIE BEHAVIORALE
MARCHAND-MARINEAU-RICHARD

1575 ouest, Henri-Bourassa, suite 380,
Montréal H3N 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, M.A. (Psy)
MARC-ANDRÉ RICHARD, M.Ps.

Psychologue consultant:

GUY SABOURIN, M.A. (Psy)

BEHAVIORA

PSYCHOLOGUES CONSULTANTS

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

- Thérapie: enfants, adolescents, adultes
- Consultation et formation en analyse et modification du comportement
- Enseignement et recherche
- Edition d'une revue publiée bi-annuellement depuis janvier 1977, «La technologie du comportement»

INTERVENANTS

Raymond David, M.Ps.
Jacques Forget, M.A. (Psy)
Louise Hoque, M.Ps.
Réal Montambault, M.A. (Psy)
Rodrigue Otis, D.Ps.
Jean-Guy Péloin, M.A. (Psy)
Pierre-Paul Scott, M.Ps.
John Topp, M.Ps.

CCPE

Centre de consultation
psychologique et éducationnelle

1475 est, boul. St-Joseph
Montréal, (Qué.) H2J 1M6
(514) 522-4535

- Evaluation psychologique et thérapie
- Services psychologiques et institutionnels (Centres d'accueil, Commissions scolaires, etc.)
- Formation et recherche

Paul MAURICE, D.Ps.
Michel DYOTTE, M.A. (Ps.)
Michel GILBERT, Ph.D.
Nicole BLOUIN, M.A. (Ps.)



Institut de psychologie
pour le développement
du comportement inc. (I.P.D.C.)
5601 est, Bélanger
montréal, québec H1T 1G3
téléphone: 256-5011

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 pro-
blème d'obésité.

Liste des psychologues:

- Clément Patenaude
- Francesco Maruca
- Marcelle Farahan
- Jean Archambault
- Normand Leblanc
- Sylvie Gladu-Bissonnette
- Henri Martin-Laval
- Georges Ouellet
- Lynda Dionne