



# REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

## Soumission de texte à la revue de modification du compor- tement

La revue de modification du comporte-  
ment publie des articles sur l'analyse et la  
modification du comportement: articles  
théoriques, études de cas, recherches expé-  
rimentales et revues d'écrits scientifiques.  
Les auteurs ne doivent pas nécessairement  
faire partie de l'A.S.M.C. ni résider au  
Canada. Les articles, rédigés en français, doi-  
vent être présentés en quatre exemplaires  
dactylographiés à double interligne et se  
conformer, autant que possible, aux normes  
prescrites par le **publication manual of the  
american psychological association**  
(1983).

Chaque auteur est prié de joindre à son arti-  
cle un résumé (en français et en anglais)  
d'environ cent (100) mots.  
En outre, il est recommandé de suggérer un  
choix de termes-clés (en soulignant ces mots  
dans le résumé anglais), afin de faciliter la  
confection d'un répertoire, la revue se trou-  
vant répertoriée dans **psychological abs-  
tracts**, de même que dans le **bulletin signa-  
létique**, et apparaissant sur la liste du **stan-  
dard periodical directory**.  
Les textes soumis pour fins de publication  
doivent parvenir à:

Georgette Goupil, Ph.D.  
Directrice de la revue  
de modification du comportement  
Département de psychologie  
U.Q.A.M.  
C.P. 8888, succ. A  
Montréal, QC  
H3C 3P8

## Comité de lecture

**ARCHAMBAULT, Jean**  
Commission des écoles catholiques de  
Montréal  
**BOISVERT, Jean-Marie**  
Hôpital Louis-H. Lafontaine  
**BOUDREAU, Léonce**  
Université de Moncton  
**BOURQUE, Paul**  
Université de Moncton  
**COMEAU, Michelle**  
Université de Montréal  
**DOLAN, Simon**  
Université de Montréal  
**FORGET, Jacques**  
Behaviora  
**GAGNÉ, Marie-Patricia**  
Commission des écoles catholiques de  
Montréal  
**GAUDETTE, Gilles**  
Hôpital Louis-H. Lafontaine  
**GAUTHIER, Janel**  
Université Laval  
**GIROUX, Normand**  
Inst. Nazareth et Ls-Braille  
**HARVEY, Maurice**  
Centre Butlers  
**LADOUCEUR, Robert**  
Université Laval  
**LEROUX, Gilbert**  
Ecole Peter Hall  
**LORANGER, Michel**  
Université Laval  
**MAGEROTTE, Ghislain**  
Université de Mons  
**MARINEAU, Normand**  
Hôpital Louis-H. Lafontaine  
**MARTIN-LAVAL, Henri**  
Behaviora  
**MAURICE, Paul**  
Université du Québec à Montréal  
**OTIS, Rodrigue**  
Université de Sherbrooke  
**RICHARD, Marc-André**  
Hôpital Louis-H. Lafontaine  
**TRUDEL, Gilles**  
UCAM et Hôpital Louis-H. Lafontaine  
**VITARO, Frank**  
Université du Québec en  
Abitibi-Témiscamingue

## SOMMAIRE

- Aperçus nouveaux sur les troubles d'anxiété David BARLOW
- Mécanismes de l'hypertension essentielle Benoît LABERGE  
Daniel RAYSON  
Janel GAUTHIER
- Façonnement des réponses aux stimulations sensorielles auprès d'enfants déficients mentaux Ronald CLOUTIER  
Robert LADOUCEUR
- Critique de livres Michel Campbell  
Georgette GOUPIL  
Suzanne GOULET

# REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

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

Directrice: Georgette Goupil, Ph.D.

Directeurs adjoints: Raymond Beausoleil, Ph. D.  
Jean Bélanger, Ph. D.  
André Marchand, Ph. D.

A.S.M.C.  
7401, rue Hochelaga  
Montréal, QC  
H1N 3M5

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

Présidente: **Madeleine B...**  
Président élu: **André Lapierre**  
Président sortant: **Pierre Baron**  
Secrétaire: **Jocelyne K...**  
Trésorier: **Raymond Ouellet**

Coordonnatrice des activités  
régionales et des groupes  
d'intérêt: **Brigitte Grandh-Bordet**  
Représentant (Montréal): **Gilles Gaudette**  
Représentant (Moncton): **Louise Fournier**  
Représentant (Rimouski): **Jean Vézina**  
Représentante (Outaouais  
québécois et ontarien): **Simon Papillon**  
Représentant (Sherbrooke): **Diane Melanson**  
BRAS: **Rodrigue Otis**  
France: **Manon Théoret**  
**Noëlla Jarrousse**

Port de retour garanti par A.S.M.C., 7401, rue Hochelaga, Montréal, Qué. H1N 3M5 - 253-8200  
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.

## SOMMAIRE

- |                                                                                                 | Page                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| • Aperçus nouveaux sur les troubles d'anxiété                                                   | David BARLOW 101                                          |
| • Mécanismes de l'hypertension essentielle:<br>vers un paradigme multifactoriel                 | Benoît LABERGE 113<br>Daniel RAYSON<br>Janet GAUTHIER     |
| • Façonnement des réponses aux stimulations<br>sensorielles auprès d'enfants déficients mentaux | Ronald CLOUTIER 140<br>Robert LADOUCEUR                   |
| • Critique de livres                                                                            | Michel CAMPBELL 154<br>Georgette GOUPIL<br>Suzanne GOULET |

## Inscription à L'ASMC et abonnement à la revue de modification du comportement

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

PROVINCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE (domicile) \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

J'accepte que mon numéro de téléphone à domicile apparaisse sur la liste annuelle des membres de l'A S M C: OUI  NON

PROFESSION \_\_\_\_\_ POSTE OCCUPÉ \_\_\_\_\_

EMPLOYEUR \_\_\_\_\_

Si étudiant(e) indiquer discipline et établissement \_\_\_\_\_

COCHEZ ICI S'IL S'AGIT D'UNE RÉINSCRIPTION

Inscription et abonnement 1985-1986: **40,00\$** \_\_\_\_\_

Abonnement seulement 1985-1986: **40,00\$** \_\_\_\_\_

Étudiant à temps plein (adjointre photocopie de la carte d'étudiant) 1985-1986: **20,00\$** \_\_\_\_\_

Contribution volontaire (déductible d'impôt) **\$** \_\_\_\_\_

Anciens numéros de la revue

Vol \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ à \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Vol \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ à \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Vol \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ à \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

TOTAL (montant inclus) \_\_\_\_\_

\* Le membership se termine le 30 avril. Il ne peut être annulé en cours d'année.

Faites parvenir votre chèque ou mandat, à l'ordre de l'A S M C à l'adresse suivante: ASMC, 7401 rue Hochelaga, Montréal, Qc. H1N 3M5

Les inscriptions et abonnements en provenance de pays autres que le Canada et les États-Unis, devront être payés par traite bancaire internationale émise en dollars canadiens.

### Abonnement pour les établissements

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

**Mme Jocelyne Kéroack, secrétaire**  
**ASMC**  
**7401, rue Hochelaga, Montréal, QC, H1N 3M5**

## Aperçus nouveaux sur les troubles d'anxiété

DAVID H. Barlow <sup>2</sup>

Center for Stress and Anxiety Disorders  
and Department of Psychology  
State University of New York at Albany

Une des plaintes que reçoivent le plus fréquemment les thérapeutes concerne l'anxiété, une anxiété répondant souvent aux critères cliniques de troubles d'anxiété. Malgré sa fréquence, nous connaissons trop peu de choses sur la nature et les causes de l'anxiété pour améliorer son traitement. Nous allons faire le point, dans cet article, sur les recherches fondamentales et taxonomiques récentes qui ont étudié les troubles d'anxiété et de panique. Nous discuterons aussi des conséquences de ces recherches pour l'évaluation et le traitement de l'anxiété.

L'anxiété est un phénomène complexe et hétérogène. Et sa compréhension n'a pas été facilitée par une planification, une analyse et une coordination insuffisantes des recherches. Pourtant le concept d'anxiété a été au centre de diverses théories de la motivation et de la maladie mentale. Et la recherche sur l'anxiété fut, à une époque, très importante.

Alors que peu de gens peuvent comprendre subjectivement les symptômes des principaux troubles psychotiques, comme la schizophrénie par exemple, tous ont déjà ressentis de l'anxiété et peuvent en décrire les symptômes subjectifs. Malheureusement, le grand public, les patients, les cliniciens et les chercheurs s'entendent rarement sur les symptômes subjectifs et les signes objectifs de l'anxiété, ce qui entraîne les difficultés taxonomiques que nous allons présenter plus loin.

Un nombre important de gens se plaignent de souffrir d'anxiété. Un sondage fiable, employant des définitions restrictives de l'anxiété, a montré que 30 à 40 % de la population générale étudiée souffrait d'anxiété, les femmes en souffrant en plus grand nombre que les hommes (Sheperd, Cooper, Brown et Kalton, 1966). Plus de gens demandent de l'aide pour leurs problèmes d'anxiété que pour la plupart des autres difficultés affectives ou comportementales. Une étude de Marland, Wood et Mayo, en 1976, indique que l'anxiété est la cinquième plus fréquente cause de consultation médicale, venant immédiatement après la demande d'un examen général, l'hypertension, les blessures, les pharyngites et les amygdalites.

Les souffrances, perturbations et problèmes de vie provoqués par l'anxiété rivalisent en intensité avec ceux causés par les plus sévères psychopathologies, au point que, dans certains cas, le patient doit être hospitalisé pour son traitement. De plus, quand elle est grave, l'anxiété peut entraîner d'autres problèmes qui la masquent. Par exemple, dans une étude récente de Mullaney et Trippet (1979), plus du tiers des patients d'une clinique d'alcoolisme buvaient pour diminuer leur anxiété. Malheureusement, la structure décisionnelle hiérarchique de D.S.M. III établit la dépression comme trouble primaire quand elle s'accompagne d'anxiété, ce qui masque la prévalence réelle de l'anxiété dans la population.

1. Traduit par Jean Bélanger, professeur à l'Université du Québec à Montréal  
2. Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Barlow, Department of Psychology, State University of New-York at Albany, 1400 Washington Avenue, Albany N.Y. 12222 USA.

Malgré les études montrant sa gravité, l'anxiété est un problème relativement peu étudié en comparaison d'autres troubles psychologiques ou psychiatriques importants. Ainsi, en 1981, le N.I.M.H. américain a consacré dix-neuf millions à l'étude de la schizophrénie. Seize millions furent consacrés à l'étude des troubles affectifs. Mais seulement trois millions furent donnés à la recherche sur la nature et le traitement de l'anxiété. La répartition des subventions fut à peu près identique l'année suivante, en 1982.

Il existe peu d'accord sur ce qui définit les troubles d'anxiété. L'anxiété accompagne les problèmes d'obsessions et de compulsions, mais elle accompagne aussi la dépression. Les rétrospctions, réactions physiologiques et cauchemars présents chez ceux qui souffrent d'un état de stress post-traumatique semblent avoir peu en commun avec les symptômes d'individus phobiques. Et nous ignorons en quoi les réactions de panique ressemblent aux phobies simples. Dans un sens imprécis, l'anxiété est une caractéristique commune à ces divers problèmes; d'où leur regroupement dans le D.S.M. III. Les chercheurs ne commencent qu'à comprendre les ressemblances et différences entre les divers troubles d'anxiété, ce qui est pourtant nécessaire pour en formuler une classification adéquate. On ignore à peu près tout de l'histoire clinique de ces problèmes, de leurs stades évolutifs, de leurs paroxysmes ou leurs rémissions. Il est plausible qu'une meilleure compréhension de ces faits permettrait un traitement et une prévention plus efficaces.

#### CLASSIFICATION DES TROUBLES D'ANXIÉTÉ

Les cliniciens et chercheurs connaissent bien la diversité des manifestations affectives, comportementales et somatiques sous lesquelles se présentent les troubles d'anxiété (Barlow et Beck, 1984). Cette diversité est probablement la cause de la faiblesse restreinte des tentatives antérieures de classification de ces difficultés. Le chercheur qui veut étudier ces problèmes doit pouvoir identifier et décrire le plus clairement possible sa population clinique. Certes, les catégories descriptives du D.S.M. III, qui ont été par là établies empiriquement, représentent un progrès diagnostique et taxonomique important. (1)

Mais les avantages du D.S.M. III ne diminuent en rien la nécessité d'études de fidélité. A Albany, dans notre Centre de traitement et de recherche sur les problèmes de stress et les troubles d'anxiété, il nous apparut important de savoir si nous

- (1) Rappelons, au lecteur, les catégories de troubles d'anxiété que donne le D.S.M. III.
- 300 troubles d'anxiété
  - troubles ou névroses phobiques
  - 300.21 Agoraphobie avec attaque de panique
  - 300.22 Agoraphobie sans attaque de panique
  - 300.23 Phobie sociale
  - 300.29 Phobie simple
  - Etats ou névroses d'anxiété
  - 300.01 Attaque de panique
  - 300.02 Anxiété généralisée
  - 300.30 Trouble obsessionnel-compulsif
  - Etat de stress post-traumatique
  - 308.30 Aigu
  - 309.81 Chronique ou différé
  - 300.00 Anxiété atypique

(Note du traducteur)

pouvions identifier et différencier de façon fiable les patients souffrant d'agoraphobie, d'attaques de panique, de troubles d'anxiété généralisée ou de phobies sociales. Comme pour d'autres problèmes, la précision et la complexité des critères diagnostiques du D.S.M. III exigent la création d'un guide standardisé d'entrevue. En effet, seule une entrevue structurée permet de vérifier la fidélité de ces catégories diagnostiques et de mesurer la diversité des signes et symptômes présents même dans un problème aussi limité que la phobie simple. C'est dans un tel but, pour la schizophrénie et les troubles affectifs, qu'a été construit le Guide d'entrevue sur les troubles affectifs et la schizophrénie (Schedule for Affective Disorders ans Schizophrenia, SADS) d'Endicott et Spitzer (1978, 1979). C'est aussi dans un tel but, pour les troubles d'anxiété, que nous avons construit le Guide d'entrevue sur l'anxiété (Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS) (DiNardo, O'Brien, Barlow, Waddell et Blanchard, 1983). L'ADIS permet non seulement un diagnostic différentiel entre les catégories d'anxiété du D.S.M. III mais fournit aussi des informations supplémentaires sur l'histoire du problème, les corollaires situationnels et cognitifs de l'anxiété et l'intensité des divers symptômes d'anxiété, mesurée par des échelles de mesure que nous avons construites à ces fins. Les Echelles d'anxiété et de dépression d'Hamilton sont aussi présentées aux patients. Ces informations constituent une base de données pour l'étude des caractéristiques cliniques des diverses classes diagnostiques d'anxiété. Nous allons, par la suite, présenter quelques-unes de ces données. Puisque la dépression est souvent associée à l'anxiété, le guide permet aussi un examen assez complet des symptômes dépressifs et de leurs relations aux symptômes d'anxiété.

Afin de rassembler le plus d'informations précises possibles pour des études ultérieures, nous n'avons pas suivi l'organisation hiérarchique du D.S.M. III. Nous avons créé très peu de questions seuils (*cut-off*) qui obligeraient de soussumer, par exemple, des indices de trouble panique dans la catégorie des troubles affectifs si un trouble affectif majeur existait aussi. Cela nous permet de décrire plus complètement les symptômes des patients souffrant de l'un ou l'autre des troubles d'anxiété. Cette stratégie nous permet aussi, pour les études de co-morbidité, de rassembler des informations sur les autres problèmes du patient sans tenir compte de l'organisation hiérarchique du D.S.M. III. Et si les troubles furent souvent classés comme primaires ou secondaires, ils ont été classés ainsi seulement en fonction de leur degré d'interférence ou de leur sévérité.

A partir de ces règles, nous fîmes une étude très rigoureuse de la fidélité de nos mesures. Dans une recherche pilote, un examinateur indépendant réexamina, avec l'ADIS, 60 patients déjà admis à la clinique de phobie et de trouble d'anxiété du Centre. Ce second examinateur ignorait les résultats déjà obtenus avec l'ADIS. De plus, l'accord diagnostique fut défini comme exigeant une similitude totale du diagnostic primaire des deux cliniciens examinateurs. Il y eut plusieurs cas où les examinateurs arrivaient aux mêmes catégories diagnostiques mais divergeaient sur celle qu'ils considéraient comme primaire et secondaire. En calculant les coefficients Kappa, cette divergence était traitée comme un désaccord. Et, quant il y avait désaccord, une discussion détaillée subséquente du cas, en réunion d'équipe, permettait d'arriver à un diagnostic commun. Dans cette réunion, les raisons de désaccord étaient aussi identifiées. Les scores de fidélité des diagnostics pour ces 60 patients sont donnés dans l'article déjà cité de DiNardo *et al.* (1983). Le tableau I montre les scores Kappa pour les premières 125 admissions consécutives à la clinique. La taille de l'échantillon permet un calcul de Kappa sur un nombre suffisant de cas pour chaque catégorie diagnostique de trouble d'anxiété du D.S.M. III, à l'exception de la classe "état de stress post-traumatique" (*Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD*).