
Le rapprochement sexuel en counseling et en psychothérapie: validité clinique des résultats de recherche

Marie Valiquette
Stéphane Sabourin
Université de Montréal

Résumé

La présente recherche a pour objectif d'examiner la variabilité des séquelles psychologiques observées chez des femmes qui ont eu des relations sexuelles avec leur thérapeute et le degré de signification clinique des résultats observés. L'indice de validité clinique permet d'examiner l'ampleur des changements vécus par chacun des sujets et le pourcentage de cas dont le fonctionnement psychologique s'est amélioré ou détérioré du début à la fin du processus psychothérapeutique. L'échantillon se compose de 76 clientes qui ont complété un traitement psychothérapeutique. Cinquante et une de ces clientes ont été recrutées par le biais des médias et les 25 autres proviennent de la clientèle du Service de Psychologie de l'Université de Montréal. Les clientes complètent l'index de symptômes psychiatriques et l'échelle de l'estime de soi. L'analyse de la validité clinique des résultats permet d'inférer que l'intimité sexuelle pendant la psychothérapie est associée à de sérieuses séquelles psychologiques aiguës et ce, pour un pourcentage assez élevé de sujets. La présence de séquelles psychologiques chroniques peut aussi être décelée mais chez un nombre de sujets moins grand. Le rapprochement sexuel en psychothérapie est à proscrire et ce, en dépit du petit pourcentage de clientes qui semblent en bénéficier.

Abstract

This article examines the variability of the psychological sequelae observed in women after sexual involvement with their therapist and also the degree of clinical significance of the results observed. The clinical validity index allows examination of the extent of the changes that have taken place for each of the subjects and the percentage of cases where psychological functioning has improved or deteriorated from the beginning to the end of the psychotherapy. Fifty-one of these clients were recruited through the mass media and 25 more came as clients from the Service de psychologie de l'Université de Montréal. The clients complete the index of psychiatric symptoms and the self-esteem scale. The analysis of the clinical validity of the results infers that the sexual intimacy during psychotherapy is associated with serious psychological sequelae for a high percentage of the subjects. The presence of chronic psychological sequelae can also be found, but to a lesser degree. The sexual intimacy is to be proscribed in psychotherapy even though a small percentage of the clients seem to gain from that interaction.

L'étude du rapprochement sexuel en counseling et en psychothérapie montre bien la prévalence du phénomène tant au Québec (Lapierre et Valiquette, 1989), qu'au Canada ou aux États-Unis (Averill, Beale, Benfer, Collins, Kennedy, Myers, Pope, Rosen, Zoble, 1989; Borys, Pope, 1989; Carr, Robinson, 1990; Pope, 1990a; Pope, 1990b). En effet, les résultats des enquêtes les plus récentes font état de pourcentages qui oscillent entre 10% et 25%. En dépit de ces statistiques éloquentes, plusieurs professionnels de la santé mentale ne possèdent que des connaissances très limitées sur la nécessité et sur les fonctions des frontières en relation d'aide (Lapierre et Valiquette, 1989). Pourtant, qui ne connaît pas un intervenant ou une cliente qui a établi des relations sexuelles dans le contexte psychothérapeutique.

La poursuite de relations sexuelles en counseling et en psychothérapie est associée à une configuration d'effets négatifs bien définis: Ambivalence, culpabilité et honte, sentiment d'isolement et de vide, confusion sexuelle, difficulté à faire confiance, confusion dans l'identité et dans les rôles, envahissement émotif, rage réprimée, risque suicidaire et dysfonction cognitive. Ce constat repose sur des observations cliniques diverses (Apfel et Simon, 1985; Butler, 1975; Chesler, 1972; D'addario, 1977; Pope, 1988; Schoener, Milgrom, Gonsiorek Luepker, et Conroe, 1989) et sur les résultats de quelques recherches empiriques bien structurées (Feldman-Summer et Jones, 1984; Valiquette, Sabourin, et Lecomte, 1990a et b). La poursuite de recherches sur l'intimité sexuelle en psychothérapie se heurte à trois difficultés majeures (voir aussi Pope, 1990 b, pour une discussion de ce thème). En premier lieu, compte tenu du caractère intime et confidentiel de la relation thérapeutique et du tabou entourant l'intimité sexuelle thérapeute-cliente, le recrutement des sujets constitue une entreprise considérable et délicate. En second lieu, en l'absence d'un système d'évaluation généralisé et uniforme de l'état psychologique des clientes qui consultent un professionnel de la santé mentale, il est pratiquement impossible d'établir de façon directe le degré de détresse psychologique des sujets au début de la psychothérapie et, conséquemment, de préciser la nature exacte des changements dans le degré de santé mentale des clientes. Dans ce contexte, le recours aux mesures rétrospectives s'impose. En troisième lieu, il faut souligner l'impossibilité d'avoir accès aux sujets immédiatement après la fin du processus thérapeutique durant lequel s'est vécu l'intimité sexuelle thérapeute-cliente. De ce fait, dans les recherches, le laps de temps écoulé depuis l'événement perturbateur, soit le rapprochement sexuel en cours de thérapie, varie énormément d'une cliente à l'autre. La consultation des écrits scientifiques les plus récents fait bien ressortir l'ampleur de ces difficultés. En effet, il existe peu d'études empiriques sur le sujet; la taille des échantillons est très faible et la majorité des recherches s'attaquent à la problématique par le biais d'un tiers, soit le deuxième professionnel consulté suite à l'intimité sexuelle avec le premier thérapeute.

A l'énumération des difficultés de conduire des recherches dans ce secteur, il faut cependant ajouter la nécessité d'examiner la validité clinique des résultats observés. En effet, pour que les professionnels accordent quelque crédibilité aux résultats rapportés, il importe d'aller au delà des statistiques de groupe et des tests de signification traditionnels (Sabourin, 1987). Ainsi, plutôt que d'affirmer qu'en général les victimes du rapprochement sexuel affichent des symptômes de détresse psychologique variés, il convient d'identifier le nombre de victimes dont la condition se détériore ou demeure neutre. Cependant, pour que ces résultats soient valables, et pour dépasser l'arbitraire, l'analyse de la

validité clinique des résultats d'une recherche doit reposer sur une convention psychométrique standardisée. Or, Jacobson et ses collaborateurs (1984) ont mis au point une méthode statistique permettant de localiser le nombre de clientes qui se détériorent suite à une démarche psychothérapeutique. Cette méthode est décrite plus loin. En bref, il s'agit de soustraire la cote de la cliente au post-test de sa cote au prétest et de diviser le résultat par l'erreur type de la mesure utilisée. De cette façon, il est possible de déterminer si la différence notée est supérieure aux modifications attribuables aux fluctuations dues à l'erreur de mesure. De plus, nous pouvons vérifier pour chaque sujet s'il se classe dans la catégorie "amélioré," "sans changement" ou "détérioré."

Cette méthode d'analyse sera ici appliquée aux résultats d'une recherche sur les séquelles du rapprochement sexuel en counseling menée auprès de 51 clientes. L'étude comprenait aussi un groupe de comparaison composé de clientes n'ayant pas vécu le rapprochement sexuel avec leur thérapeute. Bien sûr, dans un premier temps, les analyses statistiques ont porté sur des comparaisons de moyenne des groupes (Valiquette, Sabourin, et Lecomte, 1990b). Ces analyses tenaient compte d'une distinction entre les séquelles rapportées à court et à long terme. Au départ, nous formulions les deux hypothèses suivantes. A court terme, les clientes qui ont vécu un rapprochement sexuel avec leur thérapeute vivront une baisse de l'estime de soi et une augmentation de la détresse psychologique comparativement aux clientes qui n'ont pas vécu de rapprochement sexuel avec leur thérapeute. A long terme, les sujets du groupe des clientes qui, suite à l'expérience d'intimité sexuelle avec un thérapeute, vont en consulter un deuxième, auront de meilleures cotes d'estime de soi et rapporteront une baisse de la détresse psychologique en comparaison aux sujets qui ne retournent pas consulter.

Nos résultats, tout en étant statistiquement concluant puisque le groupe contrôle bénéficiait de la thérapie alors que les groupes expérimentaux n'en tiraient aucun profit, ne nous permettaient pas d'apporter des nuances en fonction des individus. Or, la variabilité des séquelles chez une cliente suite à un rapprochement sexuel a été largement démontrée (Schoener et al., 1989). Il nous apparaissait donc important de déterminer le pourcentage de victimes dont le fonctionnement psychologique s'améliorait, se détériorait ou demeurait inchangé suite au rapprochement sexuel. C'est ce que l'application de la méthode d'analyse de la validité clinique des résultats de la recherche nous permettra d'effectuer.

MÉTHODE

Recrutement des participantes

Le recrutement des clientes a été effectué par le biais des différents médias d'information de la région de Montréal et de ses environs. L'essentiel de la publicité porte sur le fait qu'une étude est en cours pour évaluer les conséquences positives et négatives d'un rapprochement sexuel entre une cliente et son thérapeute. Les personnes ayant vécu cette expérience et désireuses d'en faire profiter la recherche sont assurées de la plus stricte confidentialité.

Des 83 femmes qui ont répondu à la publicité, 12 habitaient dans des régions trop éloignées, 7 avait reçu des avances verbales mais aucun geste concret n'avait été posé, une téléphonait pour parler de ses craintes vis-à-vis la psychologue de son mari et une autre pour parler de l'expérience vécue par une amie. Des 62 personnes qui prirent rendez-vous, 6 ne se présentèrent jamais, 3 étaient encore en relation thérapeutique avec le thérapeute et 2 autres avaient vécu l'intimité sexuelle avec une femme thérapeute. Deux raisons ont amené le rejet de ces deux dernières clientes: d'une part les textes d'induction et certains questionnaires devenaient confus eu égard au sexe du thérapeute et d'autre part, la recherche portant sur l'intimité sexuelle, il appert préférable de contrôler la variable sexe. Un plus grand nombre de clientes homosexuelles auraient permis de comparer les groupes et de vérifier l'influence de la variable sexe. Le groupe expérimental se compose donc de 51 clientes. Le rapprochement sexuel a lieu en cours de thérapie pour 78% des clientes alors que 22% le vivent juste à la fin du processus thérapeutique. Au niveau de l'intimité sexuelle, 78% rapportent une relation sexuelle complète alors que 22% parlent de baisers érotiques, caresses érotiques et de masturbation. De plus amples données sur les caractéristiques du rapprochement sexuel font l'objet d'une publication dans la Revue québécoise de psychologie (Valiquette, Sabourin et Lecomte, 1990a).

Les participantes du groupe contrôle, les clientes ayant complété un processus thérapeutique sans rapprochement sexuel, ont été recrutées par téléphone au sein de la clientèle du Service de Psychologie de l'Université de Montréal. Les clientes du groupe contrôle ont été choisies en fonction de diverses variables: le sexe, l'âge, le temps écoulé depuis la fin du processus thérapeutique. L'ensemble de ces variables visait à assurer l'équivalence du groupe expérimental et du groupe contrôle. Pour ces sujets, l'objectif de la recherche consiste à étudier la relation thérapeutique. L'anonymat leur est assuré. Aucune participante n'a été payé pour sa participation à la recherche. Sur les 50 clientes rejointes, 27 ont accepté à la période où eut lieu la dite recherche: les trois premières semaines de décembre. Deux clientes sont encore en relation avec le

même thérapeute dans un autre centre. Elles furent écartées de la recherche.

Répartition de l'échantillon

L'échantillon se compose de 76 clientes qui ont complété un traitement psychothérapeutique. Elles se répartissent dans les groupes comme suit: 42 clientes dans le groupe expérimental 1 soit, celles qui ont vécu une intimité sexuelle avec leur thérapeute et sont retournées en consulter un deuxième, 9 clientes dans le groupe expérimental 2 soit, celles qui ont vécu une intimité sexuelle avec leur thérapeute et qui n'ont jamais consulté par la suite et 25 clientes dans le groupe contrôle soit celles qui ont suivi un processus thérapeutique sans rapprochement sexuel avec leur thérapeute. Nous appellerons thérapeute tout professionnel de la santé qui établit avec la cliente un processus psychothérapeutique (psychologue, travailleur social, psychiatre, etc.). Précisons que le terme psychothérapie désigne tout traitement de nature psychologique réalisé par un professionnel de la santé.

Il s'agit d'un échantillon non-aléatoire de clientes volontaires. A cet égard, il est indéniable que le mode de recrutement de même que la taille de l'échantillon posent des difficultés de généralisation. De plus, la taille du second groupe expérimental est plutôt restreinte (N=9). Malgré ce constat à priori, il apparaît justifié de maintenir ce deuxième groupe compte tenu la pertinence des hypothèses qu'il permet de vérifier. De fait l'ensemble des études actuelles a toujours été effectué à partir de clientes qui étaient retournées en psychothérapie une deuxième fois (Bouhoutsos, Holroyd, Lerman, Forer, et Greenberg, 1983).

Procédures expérimentales

Les sujets des groupes expérimentaux répondant à une des annonces publicitaires sont d'abord avisés par un assistant de recherche de ne pas révéler leur nom puis informés des objectifs de la recherche. Un rendez-vous au Service de Psychologie de l'Université de Montréal leur est fixé pour remplir les questionnaires qui sont administrés individuellement. Lors de l'expérimentation, l'expérimentatrice les assure de nouveau de la confidentialité des données. De plus, chaque participante est avisée qu'elle peut à n'importe quel moment se retirer de la recherche si elle le désire. Un moment est prévu pour répondre aux questions des participantes avant et après qu'elles complètent les questionnaires. Il y a entente avec le Service de Psychologie de l'Université de Montréal pour les participantes désirant une référence en psychologie.

L'expérimentatrice sélectionne, à même les données du Service de Psychologie de l'Université de Montréal, les participantes potentielles pour le groupe contrôle. Par la suite, elle les rejoint par téléphone et leur communique l'objet de la recherche en précisant que l'étude porte sur la

relation entre le thérapeute et la cliente. Sur acceptation, elle lui fixe un rendez-vous pour venir répondre aux questionnaires en lui indiquant approximativement le temps requis. L'expérimentatrice vérifie au préalable si la participante a vécu un rapprochement sexuel avec son thérapeute. Comme pour le premier groupe, elle leur demande de prendre connaissance du formulaire de consentement et de le signer.

Les trois groupes de sujets complètent trois séries de questionnaires. Pour permettre aux clientes le retour en arrière, une induction est effectuée à l'aide d'un enregistrement. Avant d'amorcer chacune des séries d'instruments, la cliente doit donc écouter l'enregistrement qui comprend une courte relaxation, l'induction et les consignes pertinentes à chaque moment. Les participantes sont invitées à répondre à la première série de questionnaires à partir de ce qu'elles sentent et saisissent aujourd'hui. Dans un deuxième moment, elles répondent à une deuxième série de questionnaires en se remémorant le mieux possible comment elles se sentaient lors de la fin de la thérapie, elles remplissent la troisième série de questionnaires.

Afin de vérifier l'efficacité de la procédure d'induction, un item portant sur l'évaluation de la qualité de la rétrospection de la cliente a été ajouté après les deux séries de questionnaires faisant appel à des mesures rétrospectives. La répondante doit indiquer sur une échelle en 9 points (pas du tout à complètement) jusqu'à quel point elle a réussi à se replacer à l'époque suggérée de façon à bien compléter les questionnaires. Les résultats démontrent que la moyenne pour le groupe contrôle, oscille entre 5.04 et 6.64 alors que, chez les sujets des groupes expérimentaux la cote moyenne varie de 7.36 à 8.33. La procédure d'induction s'est révélée efficace à un niveau satisfaisant pour le groupe contrôle et supérieur pour les groupes expérimentaux. La différence significative notée entre les groupes expérimentaux et le groupe contrôle, dans l'efficacité de la procédure d'induction, peut être attribuée à la prégnance et à la nature saillante de l'événement traumatique vécu par les clientes des groupes expérimentaux ($t(1) = 2.45, p < .05$).

Description et justification des instruments de mesure

L'échelle d'estime de soi est un questionnaire composé de 10 items servant à mesurer le sentiment de valeur personnelle. Rosenberg (1965) définit l'estime de soi comme l'attitude globale qu'une personne adopte vis-à-vis sa propre valeur personnelle. Les items de cet instrument appartiennent tous à un même univers de contenu d'où sa valeur, contrairement aux autres instruments de mesure de l'estime de soi qui, à partir d'un univers de contenu hétérogène, tendent à obtenir une mesure unidimensionnelle (L'Ecuyer, 1978).

Les cotes varient de 10 à 40, les plus élevées reflètent un plus haut niveau d'estime de soi. La fidélité et la validité des versions anglaise

(Dean, 1986; Fleming et Courtney, 1984) et française (Alain, 1985; Lussier et Alain, 1986) de cet instrument ont été démontrées. Dans notre échantillon, l'indice de cohérence interne oscille entre 0.87 et 0.92 alors que l'intercorrélacion entre les items varie de 0.41 à 0.53. La version française à laquelle recourra la présente étude sera celle de l'équipe de recherche de l'école de service social de l'Université de Montréal. L'échelle a d'abord été traduite par des professionnels puis révisée à la suite d'un prétest (Labrecque et Cantin, 1986).

L'index de symptômes psychiatriques (ISP; Ilfeld, 1978) est une version abrégée et adaptée du *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL; Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, et Covi, 1974). Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation de symptômes comprenant 29 items, chaque item étant une description sommaire d'un comportement, d'un sentiment ou d'une impression. Le répondant doit indiquer sur une échelle de fréquence en quatre points, s'échelonnant de "jamais" à "très souvent," dans quelle mesure il a été incommodé par ce problème durant les sept derniers jours. Les cotes des sujets varient de 0 à 87 et augmentent en fonction de la détresse psychologique. Cet instrument n'a nullement pour objet d'identifier les cas psychotiques. Il se veut une aide pour repérer des troubles psychologiques qui gravitent autour de quatre facteurs: dépression, anxiété, agressivité et problèmes cognitifs.

Le questionnaire a été traduit en langue française par une équipe de chercheurs dirigés par Tousignant et Kovess (1985). De plus, les résultats d'une étude récente effectuée par Martin, Sabourin et Gendreau (1989) soulignent la bonne cohérence interne de l'instrument (alpha varie de .72 à .96) et proposent une structure factorielle en deux paliers composée de quatre facteurs primaires (l'anxiété, la dépression, l'hostilité et les troubles cognitifs) et d'un facteur général d'ordre second soit la détresse psychologique. Dans la présente étude, le coefficient alpha atteint .95.

Description des analyses statistiques

Il convient d'abord de rappeler que la présente recherche s'effectue à partir d'un plan factoriel à deux dimensions comportant chacune trois niveaux. Il s'agit de trois groupes de sujets indépendants avec des mesures répétées sur trois moments. L'équivalence des groupes a été démontrée à l'aide d'analyses de variance multivariées. Les séquelles psychologiques de l'intimité sexuelle en psychothérapie, ont été analysés à l'aide de techniques d'analyses multivariées. Les résultats de ces analyses sont rapportés dans Valiquette, Sabourin et Lecomte (1990b).

La présente recherche a pour objectif d'examiner la variabilité des séquelles psychologiques et le degré de signification clinique des résultats observés. Ces analyses sont effectuées à l'aide d'une convention psychométrique standardisée mise au point par Jacobson, Follette et Revenstorf (1984) et révisée par Christensen et Mendoza (1986). Cet

indice permet d'examiner l'ampleur des changements vécus par chacun des sujets et le pourcentage de cas dont le fonctionnement psychologique s'est amélioré ou détérioré du début à la fin du processus psychothérapeutique. L'indice de changement clinique est calculé en soustrayant la cote de détresse obtenue au prétest de la cote du post-test et en divisant le tout par l'erreur standard de mesure. L'erreur standard de mesure est un score qui tient compte de l'écart type et de la fidélité (coefficient alpha ou stabilité test-retest) de l'instrument utilisé. De cette façon, il est possible de vérifier si les changements notés suite à la psychothérapie vont au-delà des fluctuations strictement attribuables à l'erreur de mesure. Concrètement, si le score obtenu est supérieur à 1.96 ou inférieur à -1.96, les changements observés revêtent un degré élevé de signification clinique.

RÉSULTATS

L'analyse du degré de signification clinique des résultats a porté sur les scores d'estime de soi et de détresse psychologique des sujets des groupes expérimentaux et du groupe contrôle. Le pourcentage de sujets dont le fonctionnement psychologique s'est amélioré ou détérioré est rapporté au Tableau 1. Ce mode de description des résultats met en relief les fluctuations des cotes d'estime de soi et de détresse psychologique des clientes des trois groupes. Trois comparaisons sont effectuées et permettent d'évaluer la validité clinique des changements notés 1) du pré au post-test, 2) du post-test à la relance et 3) du prétest à la relance.

Pour la comparaison prétest post-test, les résultats font ressortir que de 56% à 64% des sujets du groupe contrôle s'améliorent suite au processus thérapeutique. Par ailleurs, pour le premier groupe expérimental, il n'y a que 23.8% des sujets dont le fonctionnement psychologique s'améliore du prétest au post-test. Pour le deuxième groupe expérimental, le taux d'amélioration oscille entre 22% et 33%. Pour les sujets du groupe contrôle, le taux de détérioration est nul. Par contre, chez les sujets des groupes expérimentaux, ce taux varie de 11% à 45%.

En ce qui a trait aux changements notés du post-test à la relance, les résultats suivants ressortent. Le taux d'amélioration des sujets du groupe contrôle oscille entre 28% et 40%. Pour les sujets du premier groupe expérimental, ce taux atteint plus de 70% alors que dans le cas du second groupe expérimental, il ne s'élève qu'à 44%. C'est chez les sujets du groupe contrôle que les cotes de détérioration sont les plus élevées avec un maximum de 20%. Chez les sujets des groupes expérimentaux, le pourcentage de détérioration se situe entre 0% et 11%.

Du prétest à la relance, près de 80% des sujets du groupe contrôle s'améliorent. Chez les sujets du premier groupe expérimental, le taux d'amélioration moyen se situe à 68% alors que chez les sujets du second groupe, le taux moyen ne s'élève qu'à 50%. Quant aux taux de détériora

TABLEAU 1

Proportion des clientes qui s'améliorent ou se détériorent quant aux variables de l'estime de soi et de la détresse psychologique pour les groupes contrôle et expérimentaux

	<i>Amélioration Pré-post</i>	<i>Détérioration pré-post</i>	<i>Amélioration post-relance</i>	<i>Détérioration post-relance</i>	<i>Amélioration pré-relance</i>	<i>Détérioration pré-relance</i>
Groupe contrôle (N=25)						
Estime de soi	64.0% (16)	0.0% (0)	40.0% (10)	12.0% (3)	80.0% (20)	0.0% (0)
Détresse psy.	56.0% (14)	0.0% (0)	28.0% (7)	20.0% (5)	80.0% (20)	4.0% (1)
Gr. Expérimental 1 (N=42)						
Estime de soi	23.8% (10)	26.2% (11)	71.4% (30)	0.0% (0)	73.8% (31)	2.4% (1)
Détresse psy.	23.8% (10)	45.2% (19)	76.2% (32)	7.2% (3)	61.9% (26)	9.5% (4)
Gr. Expérimental 2 (N=9)						
Estime de soi	22.2% (2)	22.2% (2)	44.4% (4)	11.1% (1)	44.4% (4)	0.0% (0)
Détresse psy.	33.3% (3)	11.1% (1)	44.4% (4)	0.0% (0)	55.6% (5)	11.1% (1)

tion, ils oscillent entre 0% et 11%. La comparaison des moyennes de chaque groupe à l'aide des méthodes multivariées (Valiquette, Sabourin et Lecomte, 1990b) n'avait pas permis de déceler la présence de séquelles psychologiques aiguës ou chroniques chez les clientes ayant vécu l'intimité sexuelle pendant la psychothérapie. L'analyse systématique des cotes individuelles de changement fait cependant ressortir la nécessité de nuancer les conclusions précédemment formulées (Valiquette, Sabourin et Lecomte, 1990b).

DISCUSSION

La présence de relations sexuelles pendant la psychothérapie semble associée à de sérieuses séquelles psychologiques aiguës et ce, pour un pourcentage assez élevé de sujets. Il apparaît en définitive que l'aggrégation des résultats des sujets de chaque groupe masque la présence d'un fort degré de variabilité des scores de changements observés. La présence de séquelles psychologiques chroniques (long terme) peut aussi être décelée mais chez un nombre de sujets moins grand. En contrepartie, il importe de souligner que pour un certain pourcentage de victimes une

amélioration est observée suite au processus thérapeutique. Il est impossible, dans la présente étude, de discerner quels facteurs, de l'intimité sexuelle ou de la relation thérapeutique ou des deux, expliquent ce changement.

A court terme, le pourcentage de clientes qui s'améliorent dans le groupe de comparaison est conforme aux résultats des recherches actuelles (Lambert, Shapiro et Bergin, 1986). Même si près de 40% des clientes ne bénéficient pas de l'aide professionnelle reçue, la consultation des résultats fait aussi ressortir l'absence d'effets de détérioration. Par contre, chez les victimes, le degré d'estime de soi et de détresse psychologique de près du quart des clientes se détériore, tandis que les effets psychothérapeutiques notés sont nuls dans 50% des cas de rapprochement sexuel. Donc, la majorité des clientes (plus de 75%) ne profite pas du processus psychothérapeutique. La première hypothèse est partiellement vérifiée. Par contre, près de 25% des femmes disent bénéficier du traitement reçu.

Bien que les analyses inférentielles ne mentionnent aucune différence entre les deux groupes expérimentaux à court terme (Valiquette, Sabourin et Lecomte, 1990b), la compilation des résultats pour chaque cliente effectuée pour chacun des groupes nous amène à reconsidérer cette conclusion. L'analyse de la validité clinique des résultats démontre que les clientes qui ne retournent pas en thérapie suite à l'expérience de rapprochement sexuel avec le premier thérapeute rapportent moins de symptômes de détresse psychologique, que les victimes qui retournent consulter. En effet, une seule des victimes qui ne sont jamais retournées en consultation note une plus grande détresse psychologique à la fin du processus thérapeutique. Dans les huit autres cas, on observe une absence d'effets thérapeutiques ou la présence d'effets thérapeutiques positifs. Dans le groupe des clientes qui retournent consulter suite au rapprochement sexuel, près de 50% affirme avoir ressenti une plus grande détresse suite aux relations sexuelles avec le thérapeute.

La stabilité de ces résultats se doit toutefois d'être confirmée lors de recherches ultérieures compte tenu du petit nombre de clientes (9) qui ne retournent pas consulter suite au rapprochement sexuel avec leur thérapeute. Par ailleurs, ces observations expliquent sans doute en partie la décision des clientes qui choisissent de ne pas retourner consulter un professionnel de la santé mentale. En effet, ces femmes n'ont pas eu le service pour lequel elles consultaient soit, la résolution des problèmes qui motivent la consultation et elles rapportent ne pas s'en porter plus mal qu'au départ. De là à prendre la décision de ne plus consulter, il n'y a qu'un pas à franchir. Ces réflexions ont été formulées par quelques clientes qui par surcroît ignoraient que le rapprochement sexuel avec le thérapeute ne constituait ni un geste éthique, ni une méthodologie usuelle dont l'efficacité est reconnue. Donc, elles ont conclu que la

psychothérapie ne leur convenait tout simplement pas. Apfel et Simon (1985) rapportent une histoire de cas similaire.

En résumé, tout comme dans les recherches précédentes, la nature et l'intensité des séquelles de l'intimité sexuelle varient sensiblement d'une cliente à l'autre (Bouhoutsos et al., 1983; Feldman-Summers et Jones, 1984). Il est plausible que cette variabilité ait été jusqu'à présent occultée à cause du recours à des analyses des moyennes de groupe de sujets où les résultats individuels s'annulent. L'étude du degré de signification clinique des résultats permet de vérifier cette hypothèse puisqu'elle fournit un portrait du profil de chaque cliente. Dans ce contexte, lors de la relance, le profil des deux groupes de victimes se différencie. Pourtant, les analyses inférentielles effectuées indiquaient que les deux groupes expérimentaux étaient comparables quant à leur santé mentale (Valiquette, Sabourin et Lecomte, 1990b).

De fait, au moment de l'expérimentation, près de 75% des clientes qui retournent consulter rapportent des améliorations de leur santé mentale alors que moins de la moitié des clientes qui ne retournent pas consulter se sont améliorées. La deuxième hypothèse est partiellement vérifiée puisqu'il existe bien une différence dans le degré d'adaptation des deux groupes de victimes. Ces résultats, pour intéressants qu'ils soient, se doivent d'être dupliqués compte tenu de l'inégalité du nombre de sujets dans ces deux groupes et surtout à cause du petit nombre de clientes qui composent le deuxième groupe expérimental.

Le sort des victimes qui semblent bénéficier de la relation thérapeutique alors qu'il y a rapprochement sexuel soulève de multiples interrogations. L'absence de conséquences négatives et la présence d'avantages liés au rapprochement sexuel pour un certain pourcentage de victimes s'expliquent partiellement par la présence possible de séquelles différées, une confusion chez la cliente dans l'évaluation de la provenance des gains ressentis, l'ambivalence des clientes entre leur affection et leur haine du thérapeute, la culpabilité des clientes d'avoir soit séduit le thérapeute ou tout simplement acquiescé à sa demande et finalement par les effets positifs notés durant la période pré-rapprochement sexuel.

L'explication de ces différences individuelles constitue toutefois un défi majeur pour les cliniciens et les chercheurs qui s'intéressent à la problématique de l'intimité sexuelle en psychothérapie. L'identification des facteurs psychologiques liés à l'augmentation des séquelles psychologiques permettra de mettre sur pied des programmes d'intervention efficaces destinés aux victimes de rapprochement sexuel.

CONCLUSION

En guise de conclusion, il convient d'affirmer que le rapprochement sexuel en psychothérapie est à proscrire et ce, en dépit du petit pourcentage de clientes qui semblent en bénéficier. En effet, comment accepter

un traitement qui est néfaste dans 75% des situations et qui n'est pas essentiel au traitement des clientes qui souffrent de problèmes d'ordre psychologique? Les connaissances scientifiques actuelles en psychologie fournissent au thérapeute de bonne foi de multiples outils pour venir en aide à ces clientes avec efficacité: les habilités d'écoute empathique, l'apprentissage des habiletés sociales, l'analyse des mécanismes de défense, le développement des forces du moi, etc. Les clientes qui vivent un rapprochement sexuel avec leur thérapeute sont victimes d'un abus perpétré par un thérapeute inconscient ou incompetent.

Depuis deux ans, nous avons mis sur pied un groupe d'entraide et d'information pour ces victimes d'abus sexuels. Nous recevons à chaque semaine un ou deux téléphones provenant de victimes. Il ne s'agit plus d'exceptions mais d'un nombre impressionnant de femmes traînant dans leur quotidien une histoire d'abus avec toute sa panoplie de séquelles. Il est certain que le tabou joue une part importante dans le grand nombre de victimes qui brisent le silence après 15 ou 20 ans. Nous ne voulons pas être alarmiste mais réaliste. Il est temps que les professionnels fassent leur examen de conscience et reviennent à une rigueur thérapeutique nécessaire à la sécurité de la cliente.

De nombreuses recherches peuvent être effectuées mais comme le dit si bien Gary Schoener (Communication personnelle, 1990): La réalité des victimes venant demander de l'aide dans nos centres d'aide est le meilleur témoignage de la persistance continue du problème et de ses séquelles.

Références

- Alain, M. (1985). Une application des théories d'attribution: Les conflits conjugaux. *Revue Québécoise de Psychologie*, 6, 102-113.
- Apfel, R. J., & Simon, B. (1985). Patient-Therapist Sexual Contact: 1. Psychodynamic Perspectives on the Causes and Results. *Psychotherapy Psychosomatics*, 43, 57-62.
- Averill, S. C., Beale, D., Benfer, B., Collins, D. T., Kennedy, L., Myers, J., Pope, D., Rosen, I., & Zoble, E. (1989). Preventing staff-patient sexual relationship. *Bulletin of Menninger Clinic*, 384-393.
- Borys, D. S., & Pope, K. S. (1989). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 20, 5, 283-293.
- Bouhoutsos, J., Holroyd, J., Lerman, H., Forer, B., & Greenberg, M. (1983). Sexual intimacy between psychotherapists and patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 185-196.
- Butler, S. (1975). Sexual contact between therapists and patients (Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Los Angeles). *Dissertation Abstracts International*, 1976, 34, 5782B.
- Carr, M., & Robinson, G. E. (1990). Fatal attraction: The ethical and clinical dilemma of patient-therapist sex. *Canadian Journal Psychiatry*, 35, 122-127.
- Chesler, P. (1972). *Women and madness*. New York: Avon Books.
- Christensen, L., & Mendoza, J. L. (1986). A method of assessing change in a single subject: an alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308.

- D'Addario, L. (1977). Sexual relationships between female clients and male therapists (Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, San Diego). *Dissertation Abstracts International*, 1978, 38, 5007B.
- Dean, A. (1986). Measuring psychological resources. In N. Lin, A. Dean, & W. M. Ensel (eds.), *Social Support, Life Events, and Depression* (pp. 97-111). New York: Academic Press.
- Derogatis, L., Lipman, R., Rickels, K., Uhlenhuth, E., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Feldman-Summers, S., & Jones, G. (1984). Psychological impacts of sexual contact between therapists or other health care practitioners and their clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1054-1061.
- Fleming, J. S., & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of personality and Social Psychology*, 46, 404-421.
- Illfeld, F. W. (1978). Psychological status of community residents along major demographic dimensions. *Archives of General Psychiatry*, 35, 716-724.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Labrecque, M., & Cantin, S. (1986). *Echelle d'estime de soi (Rosenberg), Echelle d'ajustement social (Weissman): Traduction et prétest effectués à l'été 1986*. Document inédit. Université de Montréal.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of Psychotherapy. In: S. L. Garfield, & A. E. Bergin (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Third edition, New York: John Wiley & Sons.
- Lapierre, H., & Valiquette, M. (1989). *J'ai fait l'amour avec mon thérapeute: Témoignages sur l'intimité sexuelle en thérapie*. Québec: Editions Saint-Martin.
- L'Ecuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lussier, Y., & Alain, M. (1986). Attribution et vécu émotionnel post-divorce [Attribution and post-divorce emotional experiences]. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 18, 248-256.
- Martin, F., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique: Analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. *Journal International de Psychologie*, 24, 571-584.
- Pope, K. S. (1988). How Clients are Harmed by Sexual Contact with Mental Health Professionals: The Syndrome and its Prevalence. *Journal of Counseling and Development*, 67, 222-226.
- . (1990a). Therapist-patient sexual involvement: A review of the research. *Clinical Psychology Review*, 10, 477-490.
- . (1990b). Therapist-patient sex as sex abuse: Six scientific, professional, and practical dilemmas in addressing victimization and rehabilitation. *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 21, 4, 227-239.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sabourin, S. (1987). Validité clinique et recherche appliquée: Le cas d'un programme de prévention des problèmes du couple. *Revue québécoise de psychologie*, vol. 8, 3, 49-63.
- Schoener, G. R., Milgrom, J. H., Gonsiorek, J. C., Luepker, E. T., & Conroe, R. M., (1990). *Psychotherapists' Sexual Involvement with Clients: Intervention and Prevention*. Minneapolis, Walk-In Counseling Center.
- Tousignant, M., & Kovess, V. (1985). L'épidémiologie en santé mentale: Le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec. *Sociologie et Sociétés*, 17, 15-26.
- Valiquette, M., Sabourin, S., & Lecomte, C. (1990a). L'intimité sexuelle en psychothérapie. *Revue Québécoise de psychologie*.
- Valiquette, M., Sabourin, S., & Lecomte, C. (1990b). The psychological sequelae of sexual contact in patient-therapist relationships. *Psychotherapy (Soumis)*

À propos des auteurs

Marie Valiquette, Ph.D., a terminé ses études de doctorat sous la supervision de Stéphane Sabourin Ph.D. en avril 1989 à l'Université de Montréal et oriente particulièrement ses recherches sur les séquelles psychologiques de l'intimité sexuelle en psychothérapie.

Stéphane Sabourin, Ph.D., professeur au département de psychologie à l'Université de Montréal. Ses champs d'intérêts sont particulièrement l'étude de l'efficacité de la psychothérapie conjugale et la validité des mesures de satisfaction des consommateurs des services psychothérapeutiques.