

LES ATTENTES ET LE SEXISME EN COUNSELLING

FRANCESCA SICURO

Université de Montréal

CONRAD LECOMTE

Université de Montréal

BIANCA BERNSTEIN

Wayne State University

Résumé

Cette étude a pour but d'évaluer le sexisme en counselling en analysant la relation entre les attentes des conseillers et les différences sexuelles du client et du conseiller. Il s'agit d'une étude analogue où 340 conseillers du Québec devaient lire une brève histoire de cas d'un client hypothétique, puis répondre à un inventaire destiné à recueillir leurs attentes. Les résultats indiquent que le sexe du client influence les attentes des conseillers par un biais favorisant les clients féminins au niveau du diagnostic et du pronostic. Par ailleurs, les résultats indiquent une différence globale significative, où les attentes de pronostic sont plus élevées chez les conseillers féminins, indépendamment du sexe du client, et les attentes de processus sont plus élevées chez les conseillers masculins. Aucun effet d'interaction ne s'est manifesté. Ces résultats sont discutés en fonction de l'importance de tenir compte de la variable sexe, soit du client, soit du thérapeute, dans l'étude de la relation thérapeutique.

Abstract

The primary objective of this study is to evaluate sexism in counselling as a function of counsellors' expectancies and client's and counsellor's sex differences. In an analogue study, 340 counsellors from Québec were asked to read a brief case history of a hypothetical client, and then to answer an inventory on expectancies. Results indicate that client sex influences the counsellor's expectancies with female clients revealing a more favorable diagnosis and prognosis. Moreover, results indicate that female counsellors have higher prognostic expectancies than male counsellors, while male counsellors have higher process expectancies. Results are discussed in terms of the importance of the role of client and therapist sex in the study of the therapeutic relationship.

Depuis environ une dizaine d'années, il est très répandu de croire à l'existence d'un biais selon le sexe défavorable aux femmes, chez les thérapeutes en général et chez les conseillers en particulier (American Psychological Association, 1975; Stricker, 1977; Stearns, Penner & Kimmel, 1980). La justification fondamentale de cette croyance repose en grande partie sur l'étude de Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz et Vogel (1970). Cependant, depuis cette étude de Broverman *et al.* (1970),

les controverses sont sans cesse croissantes quant à l'existence claire de biais selon le sexe et de pratiques sexistes chez les thérapeutes (Stricker, 1977). En effet, plusieurs études démontrent des résultats similaires à ceux obtenus par Broverman *et al.* (1970) (Neulinger, 1968; Nowacki & Poe, 1973; Fabrikant, 1974; Anderson, 1975; American Psychological Association, 1975; Brown & Hellinger, 1975), tandis que plusieurs autres études ne confèrent aucun appui à ces résultats (Goldberg, 1973; Haan & Livson, 1973; Abramowitz & Abramowitz, 1973; Billingsley, 1975; Maxfield, 1976; Oppedisano-Reich, 1976).

Les attentes et le sexisme en counselling

Dans une revue de littérature incluant à la fois les études publiées et non-publiées portant sur le biais selon le sexe, Smith (1980) conclut qu'il n'y a aucune évidence quant à l'existence de biais selon le sexe chez les thérapeutes. Globalement, les études publiées démontrent un faible biais défavorable aux clients féminins, tandis que les études non-publiées révèlent le même degré de biais favorable aux femmes, en fonction d'une rigueur méthodologique comparable.

La présente étude propose d'évaluer les effets du sexe du client et du conseiller en utilisant le concept d'attente, défini comme étant toute anticipation ou probabilité que quelque chose se produise (Goldstein, 1962; Bandura, 1978). Les résultats de plusieurs recherches suggèrent fortement que les attentes des thérapeutes antérieures à la thérapie seraient davantage reliées aux résultats thérapeutiques chez le client que les attentes des clients eux-mêmes (Goldstein, 1962; Frank, 1968; Shapiro, 1971; Lorion, 1974; Gurman & Razin, 1977; Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977; Wilkins, 1977).

Dans la mesure où les attentes des thérapeutes seraient en relation avec les résultats chez les clients, tout un courant de recherche a eu pour but d'étudier la nature de cette relation. Il est apparu que les attentes des thérapeutes sont multidimensionnelles, se manifestant dans trois domaines majeurs du travail en thérapie, soit: 1) le diagnostic, 2) le processus et 3) le pronostic. Les attentes de diagnostic proviennent d'une évaluation du problème et des besoins du client, et reflètent généralement l'expérience du thérapeute face à des clients semblables (Strupp, 1960). Les attentes de processus concernent la façon selon laquelle le thérapeute s'attend à interagir avec le client au cours des interventions thérapeutiques (Strupp *et al.*, 1977). Finalement, les attentes de pronostic proviennent de l'évaluation du résultat éventuel de la thérapie, soit l'amélioration ou non du client, et sont basées sur la connaissance que le thérapeute a de la thérapie et du client (Goldstein, 1966).

Une analyse critique des diverses recherches sur les attentes des thérapeutes indique les points suivants:

1. Les différentes études portant sur les attentes de diagnostic (Temerlin, 1968; Wilkins, 1977; Kumar & Pepinsky, 1965; Smale, 1977; Strupp *et al.*, 1977), ainsi que sur les attentes de processus (Strupp,

1958; Haley, 1969; Truax & Carkhuff, 1967; Rogers, Gendlin, Kiesler & Truax, 1967; Bergin & Garfield, 1971; Rappaport & Chinsky, 1972; Martin & Sterne, 1976a; Martin, Moore & Karwisch, 1977c; Smale, 1977; Strupp *et al.*, 1977) indiquent des résultats contradictoires, qui invitent à des nuances selon les différentes caractéristiques des thérapeutes, autres que leurs attentes.

2. Les résultats les plus clairs concernent les attentes de pronostic, pour lesquelles l'existence de corrélations significatives avec les résultats de la thérapie chez le client a été démontrée (Strupp, 1958; Chance, 1959; Goldstein, 1962; Martin & Sterne, 1975; Martin, Sterne, Moore & Friedmayer, 1976b).
3. La définition et la mesure des attentes demeurent partielles et souvent non généralisables d'une étude à l'autre.
4. Les situations de la relation d'aide étudiées sont diverses et varient dans leur rapprochement à la réalité.

En tenant compte de ces différentes considérations, l'objectif de la présente étude est d'explorer la relation entre les différences de sexe du client et du thérapeute et les attentes des conseillers d'orientation du Québec. Plus précisément, les deux questions suivantes seront explorées: 1) est-ce que les attentes des conseillers varient en fonction du sexe du client, et 2) est-ce que les attentes des conseillers varient en fonction de leur propre sexe?

Méthodologie

Sujets, déroulement et schème

Les sujets participant à cette expérience sont des conseillers d'orientation, ayant au minimum dix heures hebdomadaires de contact direct avec des clients, sans supervision. Le recrutement des participants a eu lieu par l'entremise de la Corporation Professionnelle des Conseillers d'Orientation du Québec (C.P.C.O.Q.). Les noms de tous les conseillers d'orientation exerçant leur profession soit dans les écoles, soit en bureau privé, ont été recueillis, totalisant alors 1042 professionnels, répartis en 292 femmes et 850 hommes, ce qui est représentatif de la répartition des sexes dans cette profession.

Ces conseillers d'orientation ont été

sollicités deux fois par courrier, la seconde ayant pour but d'augmenter le taux de réponses. Au terme de ces deux envois, le nombre final de répondants totalise 340, répartis en 102 thérapeutes femmes et 238 thérapeutes hommes, pour un taux de réponse de 32.6%. L'âge moyen de cet échantillon est de 34.6 ans, avec une étendue de 20 à 62 ans, et un écart-type de 8.3, et la moyenne des années d'expérience pour l'ensemble de l'échantillon est de 7.7 ans, avec un écart-type de 4.4.

De ces 340 sujets participants, 170 ont reçu un questionnaire jumelé à l'histoire de cas d'un client féminin (Marie), et 170 ont reçu un questionnaire jumelé à l'histoire de cas d'un client masculin (Thomas), histoires de cas en tous points identiques sauf en ce qui concerne le sexe du client. Plus précisément, des 102 thérapeutes féminins ayant répondu au questionnaire, 50 ont reçu la description du cas de Marie et 52 ont reçu celle de Thomas, et des 238 thérapeutes masculins participants, 120 ont reçu celle de Marie et 118 celle de Thomas.

Ainsi, l'échantillon est constitué de quatre groupes indépendants de sujets: 1) les thérapeutes féminins recevant la description du cas d'une femme; 2) les thérapeutes féminins recevant la version d'un homme; 3) les thérapeutes masculins recevant la version d'une femme, et 4) les thérapeutes masculins recevant la version d'un homme. Il s'agit alors d'un schéma factoriel 2x2.

Description du client

Les chercheurs ont choisi de développer, à partir d'une revue exhaustive des écrits, une description d'un cas permettant de donner une première impression avec suffisamment de détails pour produire un client réaliste, et non pas une histoire de cas clinique complète.

Les symptômes ne sont pas trop sévères et peuvent aussi bien se vivre chez un homme que chez une femme. Toutes les caractéristiques de la situation problématique sont d'ailleurs en tous points identiques, sauf pour le sexe du client. En se référant aux classifications de Bem (1974), chacun de ces clients, qu'il soit homme ou femme, pourrait être globalement qualifié de "culturellement androgyne", i.e. manifestant aussi bien des qualités (ou traits) reconnues selon les stéréotypes comme masculines et féminines. Dans

le cadre d'une étude pilote où tout le matériel a été présenté à 5 juges cliniciens expérimentés, cette histoire de cas a été acceptée telle quelle. Le conseiller fut invité à lire la description suivante d'un client:

Marie, 33 ans, mariée, s'adresse à vous sur référence après avoir développé des maux de tête et d'estomac, ainsi que de la difficulté à se concentrer. Ces problèmes, qui s'accompagnent d'anxiété générale, sont apparus peu après que Marie a été promue à la direction du service des achats chez un fabricant local. Marie a d'abord été transportée de joie par cette marque de considération professionnelle assortie d'une augmentation de salaire. Mais elle s'est bientôt mise à douter de son jugement et à avoir des distractions au moment de vérifier les comptes et de décider des coûts. Elle a commencé à se sentir craintive dans de nouvelles situations, telles que les rencontres avec les courtiers représentant d'autres sociétés commerciales. Le président est satisfait de ses services, mais il la trouve un peu "tendue". La crainte d'être relevée de ses nouvelles fonctions donne la nausée à Marie lorsqu'elle part pour le bureau.

Marie a d'abord considéré sa promotion comme un moyen d'obtenir l'approbation de son mari, qui l'a encouragée à réaliser son potentiel. Le mari dit que tout cela, c'est des idées et un signe de faiblesse. Marie se sent privée de l'appui moral de son mari, qui ne cesse de lui reprocher sa façon de réagir à l'avancement qu'elle a obtenu. Marie se sent bien différente de son mari qui, lui, est à l'aise dans les situations sociales. Comme le docteur n'a pas trouvé de causes organiques à ses réactions, Marie a consenti à solliciter un traitement pour problèmes émotifs.

En bref, ses antécédents comportent une mère névrotique qui communiquait avec ses enfants surtout par des cris. Elle critiquait les échecs de Marie et de son jeune frère. Elle ne complimentait jamais les enfants. Le père était un homme tranquille et plutôt philosophe, qui avait encouragé Marie à s'instruire. Il était indulgent mais montrait difficilement ses sentiments. Il avait donné à Marie le goût des affaires et de la finance. Mais son attitude réservée, et pourtant têtue devant la vie, donnait à Marie l'impression qu'il était distant.

Marie est persuadée que la solution à ses problèmes ne consiste pas à quitter son emploi ni à reprendre son ancien poste: "Ce serait

Les attentes et le sexisme en counselling

trop humiliant, et je suis déjà bien assez déprimée". Elle craint que ses symptômes ne finissent par altérer sa santé et nuire à la qualité de son travail. Elle se rend compte que ce qui lui arrive est le résultat "de ce que je suis et de ce que je suis devenue. Si vous pouvez m'aider à me ressaisir et à cesser d'être si peu raisonnable, je vous en serai très reconnaissante". A la lumière de votre compréhension des clients, et en supposant que vous acceptez Marie en traitement, répondez à l'inventaire en ayant Marie à l'esprit.

Inventaire des attentes du thérapeute (IAT)

L'instrument servant à mesurer les attentes des thérapeutes participant à la présente étude est l'I.A.T., élaboré avec la collaboration de plusieurs chercheurs, plus particulièrement par Bernstein, Lecomte et DesHarnais (1981). Cet instrument a été construit à partir d'une revue de littérature critique des études d'Apfelbaum (1958), Strupp (1958), Lennard et Bernstein (1960) et Martin et Sterne (1975). La version finale de l'I.A.T. inclut au total 61 items, répartis en 3 échelles, soit une échelle de diagnostic, incluant 14 items, une échelle de processus, incluant 28 items, et une échelle de pronostic, incluant 19 items. Chacun des items se répond au moyen d'une échelle de Likert de 1 à 8. L'I.A.T. a fait l'objet de validations multiples (Bernstein, Lecomte et DesHarnais, 1981). Mentionnons ici seulement que la consistance interne de chacune des trois échelles a été évaluée par un coefficient alpha de Cronbach (1951). Le tableau 1 indique que chacune des échelles a un coefficient de consistance interne très satisfaisant, ce qui permet de qualifier ces trois échelles d'homogènes et contribue à raffiner la validité de contenu et, simultanément, certains aspects de la validité de construit.

Tableau 1

Coefficient alpha de consistance interne pour chacune des échelles (n = 340)	
Echelle	alpha
Diagnostic	.80
Processus	.83
Pronostic	.84

Méthodes d'analyse

L'ensemble des résultats a été analysé par un test global multivarié de Wilks (MANOVA) (cf. Cooley et Lohnes, 1971), ceci d'abord pour les deux variables indépendantes en

interaction, puis pour chacune d'elles séparément. L'utilisation du MANOVA est justifiée par les inter-corrélations très fortes des trois échelles d'attentes de l'I.A.T. (voir tableau 2). Le MANOVA ayant révélé un effet global significatif des variables indépendantes, l'analyse discriminante a été utilisée pour évaluer laquelle ou lesquelles des trois échelles de l'I.A.T. a contribué à différencier les groupes.

Tableau 2
Intercorrélations entre les trois échelles

Echelles	dl	Corrélation	p
Diagnostic et processus	338	.6259	.001
Diagnostic et pronostic	338	.6149	.001
Processus et pronostic	338	.4559	.001

Résultats

Les résultats des tests globaux MANOVA (voir tableau 3) indiquent un effet du sexe du client sur les attentes des thérapeutes, à un seuil de $p = .057$, ce qui peut être considéré avec réserves comme étant une forte tendance significative pour les trois raisons suivantes: 1) d'une part, à cause des caractéristiques statistiques conservatrices du MANOVA (Kaplan & Litrownik, 1977); 2) du fait que l'erreur bêta est moins grave que l'erreur alpha; 3) considérant les résultats de la littérature sur le sujet. Le test Manova révèle aussi un effet nettement significatif du sexe du thérapeute sur les attentes face à un client, avec un seuil de $p = .001$. Finalement, l'analyse multivariée de l'interaction du sexe du client et de celui du thérapeute se révèle non significative, avec un seuil de $p = .499$.

Tableau 3

Tests MANOVA (Lambda de Wilks) pour chacune des variables indépendantes			
Variables	dl	F approx	p
Sexe-client (A)	3/334	2.520	.057
Sexe-thérapeute (B)	3/334	5.185	.001
A x B	3/334	.792	.499

En ce qui concerne le sexe du client, les coefficients de la fonction discriminante (voir tableau 4) révèlent que l'échelle de diagnostic est celle qui a le plus de poids, et les moyennes des groupes indiquent que c'est le client masculin, recevant un diagnostic plus sévère que le client féminin pour des symptômes identiques, qui fait l'objet de biais plus défavorables. L'échelle de pronostic est la suivante à différencier les groupes, le faisant cependant dans la direction contraire: cette fois-ci, ce sont les clients féminins qui suscitent des attentes de pronostic plus élevées que pour les clients masculins, ce qui se traduit par un biais plus favorable aux femmes qu'aux hommes. L'échelle de processus ne contribue pas à différencier les groupes en fonction du sexe du client.

Tableau 4

Coefficient de la fonction discriminante standardisée concernant la variable sexe du client pour chacune des trois échelles

Echelle	Coefficient
Diagnostic	1.305
Processus	-.054
Pronostic	-.726

En ce qui concerne le sexe du thérapeute, les coefficients de la fonction discriminante, présentés au tableau 4, révèlent que c'est l'échelle de pronostic qui contribue à différencier au maximum les groupes, et l'étude des moyennes précise que les thérapeutes féminins ont des attentes de pronostic plus élevées que n'en ont les thérapeutes masculins, ceci indépendamment du sexe du client. La seconde dimension contribuant à différencier les thérapeutes selon leur sexe est l'échelle de processus, mais dans la direction contraire: cette fois, ce sont les thérapeutes masculins qui ont des attentes plus élevées que les thérapeutes féminins, ceci indépendamment du sexe du client.

Tableau 5

Coefficient de la fonction discriminante standardisée concernant la variable sexe du thérapeute pour chacune des trois échelles

Echelle	Coefficient
Diagnostic	-.219
Processus	-.843
Pronostic	1.082

Discussion

Effet du sexe du client sur les attentes des conseillers

Les conseillers auraient tendance à être biaisés selon le sexe de leur client. Ils manifesteraient des attentes de diagnostic différentes. Ces dernières seraient plus sévères pour les clients masculins. Les attentes de pronostic seraient plus optimistes pour les clients féminins.

Ainsi, la croyance quant au fait que les femmes en tant que clientes feraient l'objet de biais défavorables en thérapie n'est pas appuyée dans la présente étude. Les résultats auraient plutôt tendance à laisser croire le contraire.

Cependant, les diverses modalités méthodologiques, touchant par exemple les instruments de mesure, les populations étudiées, les problèmes présentés, des autres recherches rendent toute généralisation rigoureuse pratiquement impossible. C'est dans ce contexte qu'il faut envisager les résultats de la présente étude. Conséquemment, les résultats viennent plutôt soulever des interrogations et peut-être davantage souligner l'importance d'inclure systématiquement les clients masculins à toute étude proposant d'évaluer les biais selon le sexe, ceci dans le but de pouvoir généraliser davantage les résultats les concernant.

Les résultats de la présente étude incitent aussi à se demander si, lorsque l'on introduit simultanément des clients masculins et féminins dans l'étude des effets du sexe, une remise en question partielle des résultats antérieurs ne s'impose pas. Plus spécifiquement, il pourrait être pertinent de s'interroger quant au fait que, contrairement à la croyance répandue, la condition de l'homme, sur le plan de la croissance personnelle, pourrait être déficitaire comparée à celle de la femme.

D'autre part, il est possible que dans le cas de la présente étude, le problème présenté ait pu influencer les attentes des conseillers: le problème se situait dans le contexte d'un poste de cadre dans une entreprise, ce qui est une situation non-traditionnelle pour une femme. Il a donc pu sembler plus habituel, donc moins grave, qu'une femme ait des difficultés d'adaptation dans ce milieu, et l'inadaptation d'un homme à un milieu pour lequel les hommes sont traditionnellement

Les attentes et le sexisme en counselling

mieux préparés que les femmes a pu sembler plus grave. Il serait donc recommandé, pour mieux évaluer l'effet du sexe du client sur les attentes de conseillers, de présenter des clients avec des problèmes variés.

Dans toute étude analogue telle la présente, les conclusions restent des inférences à vérifier dans la réalité. Aussi, il serait très recommandé d'évaluer concrètement comment se manifesteraient ces données analogues dans la réalité du travail des conseillers, à savoir: 1) les hommes en tant que clients auraient-ils réellement tendance à faire l'objet de diagnostics plus graves pour des symptômes identiques à ceux des femmes, et 2) les hommes en tant que clients mériteraient-ils des attentes de pronostic plus pessimistes que celles attribuées à des femmes?

Dans la mesure où les résultats de la présente étude s'avèreraient représentatifs de la réalité, ils auraient des implications plutôt cruciales pour la formation et la supervision des conseillers: ces derniers devraient alors être sensibles au fait qu'ils risquent d'être biaisés par le sexe de leur client et être encouragés à percevoir leurs clients comme des personnes ayant des comportements spécifiques à leur situation unique en soi.

Effet du sexe des conseillers

Les conseillers auraient des attentes biaisées selon leur propre sexe, indépendamment du sexe de leur client: ainsi, les conseillers masculins auraient des attentes de processus plus élevées envers les clients des deux sexes, tandis que les conseillers féminins auraient des attentes de pronostic plus optimistes envers les clients des deux sexes.

Les résultats de cette étude n'appuient pas ceux de Broverman *et al.* (1970), Neulinger (1968), Nowacki et Poe (1973) et Anderson (1975), qui n'indiquaient aucun effet du sexe du thérapeute: ces dernières recueillaient cependant des stéréotypes bruts face à des clients en général, ce qui n'impliquait pas la personne même du thérapeute, comme le fait la mesure des attentes de processus face à un client hypothétique, par exemple. De même, les résultats de cette étude sont différents de ceux des études d'Abramowitz et Abramowitz (1973), de Maxfield (1976) et Oppedisano-Reich (1976), ces dernières utilisant cependant des questions différentes et plus générales, de même que des histoires de cas différentes, ce qui rend la comparaison difficile.

Par ailleurs, ces résultats appuieraient ceux des études de Perseley *et al.* (1975), Shapiro (1971), Billingsley (1975), Haan et Livson (1975), et Goldberg (1973). Cette dernière étude indiquait que, malgré une absence de stéréotypes chez les thérapeutes participants, les thérapeutes féminins semblent avoir, au cours d'un processus réel de thérapie, une attitude plus égalitaire (ou "modèle" selon Apfelbaum, 1958) que ne l'ont les thérapeutes masculins, ceci envers les clients des deux sexes. Le résultat de l'étude de Goldberg (1973) suggère alors que l'on ne doit pas attribuer aux stéréotypes mêmes des différences dans le comportement des thérapeutes selon leur sexe. A quoi pourrait-on alors les attribuer? Peut-être au fait fort probable, comme le suggère l'étude d'Engelhard *et al.* (1976), que les thérapeutes féminins constituant cet échantillon à cette époque avaient une plus grande conscience sociale des biais et préjugés envers les clients, particulièrement ceux du sexe féminin. Dans le cas de la présente étude, il n'est pas possible de vérifier adéquatement ce type d'attitudes appartenant au processus, puisqu'il s'agit d'une étude analogue utilisant un inventaire. Une des façons les plus adéquates de vérifier dans quel sens les conseillers féminins auraient des attentes de processus différentes de celles des conseillers masculins serait d'évaluer, encore une fois, comment elles se traduisent concrètement dans un processus thérapeutique réel, conjointement avec l'utilisation de questionnaires sur les stéréotypes, dans le but d'évaluer si effectivement ces derniers sont en relation avec le comportement réel des conseillers. De même, il serait pertinent d'évaluer concrètement si des attentes de pronostic plus élevées de la part des conseillers féminins ont des répercussions sur le résultat de la thérapie chez le client: selon Shapiro (1971) et Frank (1968), des attentes positives et la croyance que le thérapeute a en sa capacité d'aider le client et en la capacité du client de bénéficier du processus de changement sont un facteur non spécifique très important à considérer dans le cadre de la relation thérapeutique.

Dans la mesure où ces résultats se vérifieraient dans la réalité, il serait pertinent de se demander: ne vaudrait-il pas mieux, pour les clients des deux sexes, de consulter un conseiller féminin?

Les résultats de la présente étude suscitent donc des interrogations importantes et permettent de suggérer des pistes de recherches inté-

ressantes. Finalement, ils soulignent surtout l'importance d'étudier davantage les effets du sexe dans la pratique du counselling et d'en suivre l'évolution en fonction des changements culturels.

Références

- Abramowitz, S.I., Abramowitz, C.V., Jackson, C., & Gomes, B. The politics of clinical judgment: what non-liberal examiners infer about women who do not stifle themselves. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 41, 385-391.
- American Psychological Association. Report of the task force on sex bias and sex roles stereotyping in psychotherapeutic practice. *American Psychologist*, 1975, 30, 1169-1175.
- Anderson, M. Sex role stereotypes and clinical psychologists: an Australian study. *Australian Psychologist*, 1975, 10(3), décembre.
- Apfelbaum, D. *Dimensions of transference in psychotherapy*. Berkeley: University of California Press, 1958.
- Bandura, H. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84, 191-215.
- Bem, S.L. The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, 155-162.
- Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 1971.
- Bernstein, B., Lecomte, C., & DesHarnais, G. *L'inventaire des attentes du thérapeute* (en préparation).
- Billingsley, D. The influence of client sex, client pathology and therapist sex on therapists' clinical judgments and treatment plans. *Dissertation Abstract International*, 36, pt B, 1976, 910, p. 4678-B.
- Broverman, I.K., Broverman, D.M., Clarkson, F.E., Rosenkrantz, P.S., & Vogel, S.R. Sex role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting Psychology*, 1972, 34, 1-7.
- Brown, C.R., & Hellinger, M.L. Therapist's attitudes toward women. *Social Work*, 1975, 20, 266-270.
- Chance, E. *Families in treatment*. New York: Basic Books, 1959.
- Cooley, W.W., & Lohnes, P.R. *Multivariate data analysis*. New York: Wiley, 1971.
- Cronbach, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 1951, 16(3), 297-334.
- Engelhard, P.A., Jones, K.O., & Striggins, R.J. Trends in counselors' attitude about woman's roles. *Journal of Counseling Psychology*, 1976, 23(4), 365-372.
- Fabrikant, B. The psychotherapist and the female patient. in V. Franks & V. Burtle (Eds.): *Women in therapy*. New York: Brunner-Mazel, 1974.
- Frank, J.D. The influence of patient's and therapist's expectations on the outcome of psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 1968, 41, 349-356.
- Goldberg, L. Attitudes of clinical psychologist toward women. *Dissertation Abstract International*, August 1973, 35, (2-B), 1017-1018.
- Goldstein, A.P. *Therapist-patient expectancies in psychotherapy*. New York: Pergamon, 1962.
- Goldstein, A.P. Prognostic and role expectancies in psychotherapy. *American Journal Psychotherapy*, 1966, 20, 35-44.
- Gurman, A., & Razin, A. (Eds). *Effective psychotherapy: a handbook of research*. New York: Pergamon, 1977.
- Haan, N., & Livson, N. Sex difference in the eyes of expert personality assessors: blind spots? *Journal of Personality Assessment*, 1973, 37, 486-492.
- Haley, J. The art of being a failure as a therapist. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1969, 39(4), 691-695.
- Kaplan, R.M., & Litrownik, A.J. Some statistical methods for the assessment of multiple outcome criteria in behavioral research. *Behavior Therapy*, 1977, 8, 383-392.
- Kumar, U., & Pepinsky, H.B. Counselor expectancies and therapeutic evaluations. *Proceedings of the 73rd Annual Convention of the American Psychological Association*, 1965, 1, 357-358.
- Lennard, H.L., & Bernstein, A. *The anatomy of psychotherapy: systems of communication and expectation*. New York: Columbia University Press, 1960.
- Lorion, R. Patient and therapist variables in the treatment of low-income patients. *Psychological Bulletin*, 1974, 81, 334-354.
- Martin, P. J., & Sterne, A.L. Prognostic expectations and treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 572-576.
- Martin, P.J., & Sterne, A.L. Post-hospital adjustment as related to therapists' in therapy behavior. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 1976a, 13, Fall, 267-273.
- Martin, P.J., Moore, J.E., & Karwisch, G.A. Therapists' expectations for in-therapy roles of hospitalized patients. *Journal of Clinical Psychology*, 1977c, 33(4), 1103-1105.
- Martin, P.J., Sterne, A.L., Moore, J.E., & Friedmayer, M.H. Patients' and therapists' expectancies and treatment outcome: an elusive relationship reexamined. *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior*, 1976b, 1(2), 301-314.
- Maxfield, R.B. Sex-role stereotypes of psychotherapists. Thèse de doctorat inédite. In G. Stricker,

Les attentes et le sexisme en counselling

- Implications of research for psychotherapeutic treatment of women. *American Psychologist*, 1977, January, 14-22.
- Neulinger, J. Perceptions of the optimally integrated person: a redefinition of mental health. *Proceedings of the 76th Annual Convention of the American Psychological Association*, 1968, 3, 553-554 (résumé).
- Nowacki, C.M., & Poe, C.A. The concept of mental health as related to sex of person perceived. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 40(1), 160.
- Ortiz-disano-Reich, M.T. The effect of a patient's social class, race and sex on mental health professionals' diagnoses, prognoses, and recommendations for treatment. *Dissertation Abstract International*, December 1976, 37(6-B), 3157-3158.
- Persely, G., Johnson, J.H., & Hornsby, L.G. Effects of profession, sex and prognostic expectancies on therapists' comments in a psychotherapeutic analogue. *Psychological Reports*, 1975, 37, 455-459.
- Rappaport, J., & Chinsky, J.M. Accurate empathy: confusion of a construct. *Psychological Bulletin*, 1972, 77, 400-404.
- Rogers, C., Gendlin, E.T., Kiesler, D., & Truax, C.B. *The therapeutic relationship and its impact: a study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press, 1967.
- Shapiro, A.K. Placebo effects in medicine, psychotherapy and behavior change. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. New York: Wiley, 1971.
- Smale, G.D. *Prophecy, behavior and change*. London: Routledge and Kegan, 1977.
- Smith, M.L. Sex bias in counseling and psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 1980, 87, 392-407.
- Stearns, B.C., Penner, L.A., & Kimmel, E. Sexism among psychotherapists: a case not yet proven. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1980, 48, 546-547.
- Stricker, G. Implications of research for psychotherapeutic treatment of women. *American Psychologist*, 1977, January, 14-22.
- Strupp, H.H. The performance of psychiatrists and psychologists in a therapeutic interview. *Journal of Clinical Psychology*, 1958, 14, 219-226.
- Strupp, H.H. *Psychotherapist in action, explorations of the therapists' contribution to the treatment process*. London: Grune and Stratton, 1960.
- Strupp, H.H., Hadley, S.W., & Gomes-Schwartz, B. *Psychotherapy for better or worse: the problem of negative effects*. New York: Jason Aronson, 1977.
- Temerlin, M.K. Suggestion effects in psychiatric diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1968, 147, 345-358.
- Truax, C.B., & Carkhuff, R.R. *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine, 1967.
- Wilkins, W. Expectancies in applied settings. In A.S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: a handbook of research*. New York: Pergamon, 1977.

AU SUJET DES AUTEURS

Francesca Sicuro est psychologue. Elle a obtenu son M.Ps. en Psychologie du Counselling à l'Université de Montréal, où elle complète actuellement son doctorat, évaluant les facteurs prédictifs du succès chez les couples participant à un programme préventif de communication pour couples. De plus, elle pratique en bureau privé la psychothérapie individuelle, de couple et sexuelle. Finalement, elle est membre de l'équipe de la Clinique de dysfonctions sexuelles à l'Hôpital Général Juif.

Conrad LECOMTE est professeur agrégé au département de Psychologie de l'Université de Montréal. Il a obtenu son Ph.D. en Psychologie à l'Université de Californie. Il s'intéresse et s'occupe de la formation professionnelle et académique du psychologue depuis plus de douze ans en milieu universitaire. Son enseignement et ses recherches ont constamment porté sur l'intervention psychologique et la formation du psychologue. Ses contributions pratiques, théoriques et scientifiques ont été reconnues autant au Canada, aux États-Unis et en Europe qu'en Amérique latine.

Bianca BERNSTEIN est professeur agrégé au département de Psychologie du Counselling de Wayne State University. Elle a obtenu son doctorat à l'Université de la Californie à Santa Barbara. Elle s'intéresse aux processus du changement thérapeutique et à la formation des conseillers. Elle est l'auteur de plusieurs articles dans des revues scientifiques et professionnelles et co-auteur du livre: "*Guidance, an introduction*".