

Le Développement de la Compétence Sociale: un Guide Pratique

III. Procédures de Traitement

JEAN-MARIE BOISVERT¹

Hôpital Louis-H. Lafontaine

et
Université du Québec à Montréal

La troisième partie de ce texte se base sur une synthèse des recherches pour décrire les principales procédures de traitement permettant aux clients d'acquérir des comportements socialement plus adéquats, de les pratiquer, de les façonner, de les maintenir et de les généraliser. Enfin, l'auteur propose quelques procédures qui peuvent être utiles lorsqu'une personne ne semble pas pouvoir profiter d'un traitement qui, théoriquement, devrait l'aider.

Les programmes d'entraînement aux habiletés sociales emploient généralement plusieurs procédures d'apprentissage, à différents moments de la thérapie (Beaudry et Boisvert, 1982). Pour fins d'analyse, on peut les regrouper de la manière suivante:

1. Procédures d'acquisition de la réponse
 - A. Consignes («instructions» et «coaching»)
 - B. Modelage ou apprentissage par imitation («modeling»)
 - C. Modelage en imagination («covert modeling»)
2. Procédures de répétition de la réponse
 - A. Jeu de rôle comportemental («behavior rehearsal»)
 - B. Jeu de rôle en imagination («covert rehearsal»)
3. Procédures de façonnement de la réponse
 - A. Rétroaction («feed-back»)
 - B. Renforcement

Cet article est le fruit d'une étroite collaboration de plus de dix ans avec Madeleine Beaudry, travailleuse sociale. Les circonstances n'ont pas permis que ce texte soit écrit en collaboration. Cependant, les points qui y sont traités originent très souvent d'ateliers de formation préparés ensemble. L'auteur tient donc à remercier chaleureusement Madeleine Beaudry pour sa précieuse collaboration.

Les demandes de tirés-à-part peuvent être adressées à l'auteur, Module de thérapie comportementale, Hôpital Louis-Hypolite-Lafontaine, 7401 rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3M5.

4. Procédures de maintien et de généralisation de la réponse
 - A. Procédures cognitives
 - B. Résolution de problèmes
 - C. Exercices quotidiens («homeworks»)
 5. Procédures d'intervention face à la résistance
 - A. Auto-critique du thérapeute
 - B. Analyse fonctionnelle des cognitions et des émotions
 - C. Réinterprétation
 - D. Anti-sabotage
 - E. Injonction paradoxale
- Ce regroupement conserve toutefois un caractère théorique et un peu arbitraire. Par exemple, des procédures d'acquisition de la réponse, comme le modelage en imagination, peuvent se révéler très efficaces pour maintenir le comportement, lorsqu'elles sont employées en tenant compte des résultats des recherches sur leur efficacité. Par contre, des procédures de maintien de la réponse, comme les procédures cognitives, ne semblent pas supérieures à d'autres pour maintenir le comportement. Il s'agit donc d'un regroupement temporaire et utilitaire.

Les Procédures d'Acquisition de la Réponse

Il apparaît d'abord important de transmettre au client de l'information sur les types de comportements interpersonnels souhaitables. Les deux procédures fréquemment employées pour permettre cette acquisition de la réponse sont les consignes et le modelage.

Les consignes

Par l'intermédiaire des consignes, le client reçoit de l'information verbale à propos des nouveaux comportements à acquérir. On lui explique généralement les principes de base à partir desquels il pourra créer sa propre réponse dans différentes situations interpersonnelles. Pour transmettre ces consignes, on peut se servir de différents médias: magnétophone, vidéo, ou texte écrit. Pour ma part, je distribue aux clients un texte que j'ai décrit dans la première partie de cet article (Boisvert, 1987).

Les consignes constituent un moyen important de transmission de l'information, mais elles doivent être combinées à d'autres procédures d'apprentissage, surtout lorsqu'il s'agit d'apprendre des comportements interpersonnels complexes ou difficiles à décrire verbalement (Hersen, Eisler, Miller, Johnson et Pinkston, 1973; McFall et Lillesand, 1971; Nesbitt, 1981).

Le modelage ou apprentissage par imitation

Le modelage est une méthode permettant de donner de l'information au client en lui présentant un modèle qui émet un comportement à imiter (modelage positif) ou à

éviter (modelage négatif) (Twentyman et Zimmering, 1979). Ce modèle peut être présenté sur ruban magnétique, sur ruban vidéoscopique ou sur film. De plus, les participants d'un groupe ou le thérapeute peuvent servir de modèles. Pour que le modelage soit efficace, certains facteurs sont très importants.

Caractéristiques du modèle. Les caractéristiques du modèle présenté doivent se rapprocher de celles de l'observateur. Par exemple, le modèle ne doit pas être trop compétent par rapport à l'observateur (Bandura, Ross et Ross, 1963; Friedrich et Stein, 1975). Par ailleurs, le type de comportement à imiter détermine parfois des critères de sélection du modèle; ainsi, dans une étude sur la modification du comportement de jeunes hommes timides, les modèles sont nécessairement des hommes (Twentyman et McFall, 1975).

Temps d'exposition. Le temps d'exposition ne doit pas être trop court (McFall et Twentyman, 1973).

Conséquences du comportement. Les conséquences du comportement doivent être positives pour le modèle, car les conséquences négatives (comme la punition) réduisent la probabilité de l'imitation (Bandura, 1965).

Populations cibles. Les caractéristiques des populations auxquelles on s'adresse constituent aussi un facteur important. Le modelage semble profiter particulièrement aux enfants (Conger et Keane, 1981) et aux clients psychiatriques ayant un diagnostic de schizophrénie (Eisler, Blanchard, Fitts et Williams, 1978). Avec d'autres populations (par exemple, les étudiants et les clients non psychotiques), il y a avantage à utiliser surtout d'autres procédures comme le jeu de rôle, les consignes ou le feed-back, car le modelage n'ajoute rien ou presque à ces procédures en termes d'efficacité et est peu efficace lorsqu'employé seul (Galassi, Galassi et Vedder, 1981; Goddard, 1981; Nesbitt, 1981; Uhlemann, Lea et Stone, 1976; Voss, Arrick et Rimm, 1978; Winship et Kelley, 1976).

Le modelage en imagination («covert modeling»)

Le modelage en imagination consiste à décrire et à faire imaginer au client une situation où une personne ayant à peu près les mêmes caractéristiques que lui se conduit d'une façon socialement compétente. Par exemple, on demande à un client d'imaginer qu'un ami fait un refus à une personne à qui il a lui-même de la difficulté à exprimer un refus. Evidemment, une telle procédure est difficilement applicable en groupe et est généralement utilisée en thérapie individuelle.

Des recherches ont montré que le modelage en imagination est aussi efficace que le modelage externe et que le jeu de rôle comportemental. Cependant, le jeu de rôle comportemental semble ajouter à l'efficacité du modelage en imagination et être perçu comme plus acceptable en tant que méthode thérapeutique par les sujets (Hersen, Kazdin, Bellack et Turner, 1979; Kazdin, 1980, 1982; Rosenthal et Reese, 1976).

Pour augmenter les effets de cette technique à court et à long terme, on peut présenter plusieurs modèles plutôt qu'un seul, demander au client d'élaborer par lui-même les scènes imaginées et enfin de résumer verbalement la situation et les réponses affirmatives qu'il a imaginées (Kazdin, 1976, 1979, 1980).

Pour ma part, lorsque j'utilise une procédure en imagination, je demande au client de décrire ce qu'il imagine pendant qu'il l'imagine. Ceci permet d'une part de s'assurer que la personne emploie correctement la procédure. D'autre part, je crois que les clients qui ont de la difficulté à imaginer une scène y arrivent plus facilement s'ils la décrivent tout en ayant les yeux fermés.

Voici un exemple de consignes utilisées pour faire du modelage en imagination:

Vous dites que, quand vous parlez avec votre patron, vous avez de la difficulté à le regarder dans les yeux. Mais, y a-t-il un de vos collègues qui n'a pas cette difficulté à votre connaissance?¹⁴

Une fois que le client a identifié cette personne, le thérapeute poursuit:

Maintenant, fermez vos yeux et détendez-vous le plus possible... Puis, pensez à votre collègue qui n'a pas la même difficulté que vous à regarder votre patron dans les yeux. Imaginez que vous observez cette personne en train de parler avec votre patron. Elle est détendue, parle en le regardant dans les yeux (sans le fixer constamment)... Imaginez bien son expression faciale... Observez bien comment elle agit....¹⁵

Maintenant, imaginez à nouveau la même scène et décrivez-moi à voix haute ce que vous imaginez....¹⁶

Imaginez maintenant que vous faites exactement ce que faisait votre collègue tout à l'heure. Vous êtes calme et détendu(e), vous parlez en regardant votre interlocuteur dans les yeux. Décrivez-moi à voix haute ce que vous faites....¹⁷

Au cours de la prochaine semaine, j'aimerais que vous fassiez la même chose, mais cette fois dans la réalité, en reproduisant le comportement de votre collègue.

Les Procédures de Répétition de la Réponse

L'apprentissage par répétition de la réponse fait partie intégrante de presque tous les programmes d'entraînement aux habiletés sociales. Le but de cette répétition est d'aider le client à se sentir à l'aise face à des comportements nouvellement acquis et à les reproduire facilement dans des situations sociales appropriées. Les procédures de répétition de la réponse, tout comme les procédures d'acquisition de la réponse, s'emploient rarement seules. Elles sont généralement accompagnées de consignes, modelage, renforcement et rétroaction.

L'a répétition de la réponse peut se faire sous forme de jeu de rôle comportemental («behavior rehearsal») ou en imagination («covert rehearsal»).

Le jeu de rôle comportemental

Le jeu de rôle comportemental consiste à reproduire, durant l'entrevue, une situation problématique pour un client et à lui faire jouer son propre rôle comme s'il était

en situation réelle et comme s'il se comportait de façon compétente dans cette situation.

Plusieurs recherches ont vérifié les effets du jeu de rôle comportemental sur les comportements interpersonnels et présentent des résultats positifs (Kazdin, 1980, 1982; Lazarus, 1966; McFall et Maston, 1970; McFall et Twentyman, 1973; Nesbitt, 1981; Twentyman, Gibraltar et Inz, 1979).

Twentyman et ses collaborateurs (1979) ont comparé différentes formes de jeux de rôle (le jeu de rôle ordinaire, le jeu de rôle renversé et le jeu de rôle exagéré) à l'absence de traitement et à un traitement complet (jeu de rôle, modelage et consignes). Dans le jeu de rôle renversé, on demande au client de jouer le rôle de personnes significatives au lieu de jouer son propre rôle. Le jeu de rôle exagéré consiste à faire jouer le rôle d'une façon exagérément affirmative, mais non agressive. Les résultats de cette recherche indiquent que le jeu de rôle renversé employé seul ne donne pas de résultats positifs, alors que le jeu de rôle exagéré et le traitement complet produisent les progrès les plus importants au niveau de plusieurs mesures. Le jeu de rôle exagéré peut donc constituer une procédure intéressante à utiliser.

Le jeu de rôle en imagination

Dans le jeu de rôle en imagination, le client s'exerce en imagination à produire un comportement social adéquat dans une situation donnée, suite aux consignes du thérapeute. Les recherches comparant le jeu de rôle comportemental et le jeu de rôle imaginé ne trouvent aucune différence significative entre les deux procédures (McFall et Lillesand, 1971; McFall et Twentyman, 1973).

Le jeu de rôle en imagination présente l'avantage de pouvoir être employé par le client où et quand bon lui semble. Cependant, il ne lui permet pas de recevoir un *feed-back* très clair sur la façon dont il a fait l'exercice. C'est pourquoi il semble plus avantageux d'utiliser le jeu de rôle comportemental dans les premières phases du traitement.

Les Procédures de Façonnement de la Réponse

Le façonnement de la réponse consiste à raffiner les comportements nouvellement acquis au moyen de la rétroaction ou *feed-back* et du renforcement. Cette phase de la thérapie est nécessaire parce qu'il est rare que le client atteigne le degré de comportement désiré par les seules consignes ou par les seules procédures de modelage ou de jeux de rôle sans façonnement.

La rétroaction (feed-back)

Le *feed-back* consiste à donner au client des informations claires, spécifiques et descriptives de son comportement. C'est une information qui décrit la situation plutôt que de l'interpréter, et renseigne le client sur l'effet de son comportement sur la

personne avec qui il interagit. Le *feed-back* négatif informe le client qu'un changement de comportement est nécessaire tandis qu'un *feed-back* positif lui dit que son comportement est adéquat.

Ces informations peuvent provenir de différentes sources: le client lui-même, les autres participants à une thérapie de groupe, le thérapeute ou des moyens audiovisuels.

Rétroaction par le client lui-même. On peut demander au client de décrire lui-même son comportement en termes observables, en éliminant les jugements globaux et négatifs. C'est une procédure intéressante que d'amener le client à observer son propre comportement car, surtout au début de la thérapie, ses perceptions sont souvent vagues, générales et négatives.

Rétroaction par les autres membres du groupe. Après avoir demandé au client de donner son propre *feed-back*, le thérapeute peut demander aux membres du groupe de donner leur *feed-back* au client. Ceci constitue un apprentissage important au niveau de la communication. Il ne s'agit pas de favoriser la critique ou l'appréciation vague et générale, mais d'aider les participants à décrire objectivement ce qu'ils ont perçu et à en parler en termes de comportements observables.

Rétroaction par le thérapeute. Enfin, le thérapeute peut aussi donner son *feed-back*. Il doit s'efforcer de fournir de l'information utile au client et non seulement une appréciation positive ou négative de sa performance en général. Plus cette information est claire et précise par rapport à la tâche accomplie (ou à accomplir), plus elle sera utile au client pour modifier son comportement. Il ne faut pas oublier non plus que le thérapeute sert de modèle dans sa façon de donner le *feed-back*.

Rétroaction par des moyens audiovisuels. On peut aussi se servir de moyens audiovisuels pour donner un *feed-back* aux clients. Il faut cependant noter que les recherches sur cette forme de rétroaction donnent des résultats contradictoires (Beaudry et Boisvert, 1982; Galassi et al., 1981). A mon avis, certains auteurs s'emballent beaucoup trop rapidement concernant l'efficacité du *feed-back* audiovisuel (voir, par exemple, Argyle, 1981).

Plusieurs clients ont tendance à s'évaluer eux-mêmes très négativement lorsqu'ils se voient sur vidéo. Les thérapeutes doivent donc être très prudents dans l'utilisation de cette forme de *feed-back* et veiller à diminuer l'impact que peut avoir une telle auto-évaluation négative. Ils doivent éviter de donner du *feed-back* à l'aide de moyens audiovisuels lorsque les comportements ainsi enregistrés peuvent être évalués négativement par le client.

La rétroaction audiovisuelle peut donc être utile si elle est combinée à d'autres procédures, si la séquence choisie pour le visionnement porte sur des comportements réussis ou pouvant être jugés favorablement par le client et si le visionnement est accompagné de commentaires structurés de la part du thérapeute. Pour être efficace, l'utilisation de moyens audiovisuels semble donc exiger du thérapeute un excellent jugement clinique et une capacité de faire une analyse comportementale rapidement.

Le renforcement

Le renforcement est utilisé la plupart du temps sous forme d'approbations ou de félicitations au moment où le client montre une amélioration de son comportement, soit après un jeu de rôle, soit quand il rapporte au thérapeute ou au groupe des situations récentes où il a manifesté un changement de comportement intéressant.

Même si aucune recherche, à notre connaissance, ne s'est penchée sur l'efficacité de cette seule procédure dans le traitement des habiletés sociales, son utilisation est largement fondée sur les nombreuses recherches montrant l'efficacité du renforcement positif pour accroître la fréquence des comportements humains (Redd, Porterfield et Anderson, 1979).

Dans l'entraînement aux habiletés sociales, le renforcement peut être donné soit par le thérapeute, soit par les membres du groupe s'il y a lieu, soit par le client lui-même (Beaudry et Boisvert, 1980; Boisvert et Beaudry, 1980; Rehm et Marston, 1968).

Il y a lieu d'encourager particulièrement l'auto-renforcement chez les clients dont les difficultés interpersonnelles s'accompagnent de sentiments dépressifs. Les personnes déprimées émettent de nombreux comportements verbaux d'autodépréciation et de culpabilité. Reconnaître le côté positif de ses comportements aide à combattre la dépression.

Enfin, comme les recherches qui emploient des techniques de renforcement entre les rencontres obtiennent des résultats intéressants au niveau du maintien du comportement (Azrin, Flores et Kaplan, 1975; Rehm et Marston, 1968; Schinke et Rose, 1976; Shoemaker et Paulson, 1976), il semble très bon d'encourager les clients à trouver différents renforcateurs dans leur environnement naturel et, pour ceux qui participent à des groupes, à se renforcer entre eux par différents moyens (appels téléphoniques, sorties en commun, etc.).

Les Procédures de Maintien et de Généralisation de la Réponse

Comment peut-on s'assurer que les habiletés sociales acquises dans une situation ou un contexte précis se maintiendront dans le répertoire comportemental d'une personne et même qu'elles se généraliseront à d'autres aspects de sa vie? Il ne faut pas considérer a priori que le maintien et la généralisation des comportements nouvellement appris vont se faire automatiquement. Il y a toujours lieu de prévoir des procédures à cette fin.

Les procédures cognitives

Certains auteurs ont fait l'hypothèse que les procédures cognitives pouvaient favoriser le maintien et la généralisation des habiletés sociales (Eisler, Frederiksen et Peterson, 1978; Hersen, Eisler et Miller, 1974; McFall et Lillesand, 1971).

Il serait trop long de décrire ici les différentes techniques cognitives (voir Morley, Shepherd et Spence, 1983). Notons simplement que leurs principaux buts consistent

à identifier les processus cognitifs méadaptés de l'individu, à modifier directement les croyances fausses ou irrationnelles et les attentes négatives par rapport aux conséquences probables des comportements à apprendre et à faire acquérir de nouvelles habiletés cognitives.

Plusieurs études expérimentales ont comparé l'efficacité des méthodes cognitives et des procédures plus strictement comportementales dans l'entraînement aux habiletés sociales. Quelques recherches constataient une supériorité des procédures cognitives sur les procédures comportementales dans le traitement des habiletés sociales (Derry et Stone, 1979; Glass, Gottman et Shmuraq, 1976). D'autres trouvent qu'une combinaison d'interventions cognitives et comportementales donne de meilleurs résultats que l'utilisation isolée de l'un ou l'autre type de techniques (Jacobs et Cochran, 1982; Kaplan, 1979). Cependant, la majorité des recherches portant sur ce point n'obtiennent pas de telles différences significatives. De plus, ces recherches montrent généralement que les méthodes cognitives n'augmentent pas les possibilités de maintien ou de généralisation des comportements appris, par rapport aux méthodes strictement comportementales. Enfin, les interventions comportementales semblent pouvoir modifier les cognitions tout autant que les interventions cognitives (Alden, Saffran et Weideman, 1978; Bommer et Kessler, 1981; Bourque et Schofield, 1981; Carmody, 1978; Craighead, 1979; Fremouw et Zitter, 1978; Hammen, Jacobs, Mayol et Cochran, 1980; Linehan, Golfried et Zitter, 1979; Stravynski et Greenberg, 1987; Stravynski, Marks et Yule, 1982; Wolfe et Fodor, 1977).

Il n'est donc pas évident que les procédures cognitives ajoutent à l'efficacité d'un traitement plus strictement comportemental, même si elles peuvent être tout aussi efficaces. Certains auteurs (Alden et al., 1978; Bourque et Schofield, 1981; Hammen et al., 1980) considèrent que les deux types d'interventions donnent des résultats identiques parce qu'ils accroissent tous les deux les sentiments d'efficacité personnelle (Bandura, Adams et Beyer, 1977).

Par ailleurs, il serait intéressant que la recherche arrive à préciser si les méthodes cognitives sont plus appropriées avec certains clients qu'avec d'autres, si elles doivent être employées à certains moments de la thérapie plutôt qu'à d'autres et enfin, si elles doivent être employées pour des problèmes spécifiques. Par exemple, des recherches ont montré que les techniques cognitives sont peu efficaces avec des personnes présentant un faible niveau de développement sociocognitif ou conceptuel (Joyce-Moniz, 1979; Stoppard et Henri, 1987).

Le développement de procédures cognitives constitue un apport intéressant au niveau de la pratique, même si celles-ci n'ont pas répondu à tous les espoirs qu'on avait entretenus. En attendant que les recherches précisent pour quels types de problèmes et avec qui les méthodes cognitives sont les plus efficaces, il faudra se fier au jugement clinique des thérapeutes. Pour ma part, il m'apparaît que les techniques comportementales sont toujours l'instrument de choix, mais qu'il y a souvent avantage à les enrichir d'interventions cognitives auprès des personnes qui, cliniquement, semblent y répondre favorablement.

La résolution de problèmes

Les personnes inhabiles socialement rencontrent souvent un grand nombre de problèmes interpersonnels qu'elles semblent incapables de résoudre. D'après D'Zurilla et Goleffred (1971), la procédure de résolution de problèmes devrait amener le client à devenir son propre thérapeute et, par conséquent, à maintenir et généraliser davantage les comportements acquis. Quelques recherches semblent confirmer cette hypothèse, mais elles sont encore peu nombreuses et portent rarement sur les habiletés sociales (Sarason, 1981; Shure, 1981; Spivack, Platt et Shure, 1976). On ne connaît pas non plus l'efficacité différentielle de chacune des composantes de cette méthode.

Lorsque la technique de résolution de problèmes est utilisée par deux personnes dans le but de résoudre leurs conflits, elle requiert des habiletés de base au niveau de la communication (savoir exprimer ses sentiments, écouter activement, reconnaître le point de vue de l'autre, etc.). Par conséquent, cette procédure n'est généralement pas employée au début de la thérapie, mais seulement après que les clients ont acquis une certaine maîtrise des habiletés de communication.

Il y a cinq étapes dans la procédure de résolution de problèmes: 1) l'orientation générale, 2) la définition du problème, 3) l'exploration des différentes solutions possibles, 4) la prise de décision et 5) la vérification des résultats.

L'orientation générale. L'attitude générale d'une personne devant un problème peut être un facteur déterminant dans la résolution de celui-ci. Ainsi, être capable de reconnaître qu'il y a un problème, qu'il est normal d'en avoir, que chaque personne a le droit d'exprimer ses désaccords en autant qu'elle respecte l'autre et qu'il est possible de trouver des solutions, tout cela constitue un pré-requis nécessaire à la résolution du problème.

De plus, certaines règles doivent être respectées pour que le processus de résolution de problèmes interpersonnels puisse plus facilement amener les résultats souhaités:

- 1) Ne parler que d'un seul problème à la fois. Éviter de changer de sujet ou de répondre à une plainte par une autre plainte.
- 2) Écouter l'autre en essayant de comprendre le contenu de son message et les sentiments qu'il exprime.
- 3) Pas d'inférence. Parler de ce qui est observable seulement. Éviter de prêter à l'autre des sentiments ou des intentions qu'il n'a pas clairement exprimés.
- 4) Pas de menaces, d'insultes ou de provocations afin de garder un climat propice à la discussion.
- 5) Accepter sa part de responsabilité dans le problème. Cela ne veut pas dire d'accepter nécessairement de changer son comportement, mais plutôt d'admettre sa part de responsabilité sans culpabilité.

La définition du problème. Il est important de définir le problème de façon précise, en termes de comportements observables, car il est difficile de trouver une solution satisfaisante à un problème défini de manière vague et générale. On peut suggérer au client d'employer, pour le faire, une formule du type: «Quand tu fais tel comportement dans telle situation, je ressens tel sentiment et j'aimerais que cela se passe autrement».

Parler des sentiments qu'un comportement provoque permet à la personne d'expliquer son point de vue sans être accusatrice. De plus, être bref dans la définition du problème oriente la discussion vers la recherche de solutions, aide à passer plus de temps à résoudre le problème qu'à chercher ses causes ou ses origines. Enfin, une formule comme «j'aimerais que cela se passe autrement» permet à la personne de passer des plaintes aux demandes de changements positifs.

L'exploration des différentes solutions possibles. Une fois que le problème est défini de façon satisfaisante, il faut se demander ce qu'il est possible de faire pour améliorer la situation et éviter que le problème se répète. A cette étape, il faut imaginer le plus de solutions possible, sans juger pour le moment si ces solutions sont bonnes ou mauvaises.

Cette étape est importante et peut être particulièrement difficile pour le client inhabile socialement. La crainte de la réaction de l'autre, la difficulté d'imaginer qu'il peut avoir un comportement différent de celui qu'il a normalement, la peur de faire des demandes sont autant de facteurs qui peuvent nuire à l'exploration des solutions. *La prise de décision.* Il s'agit ici d'évaluer les différentes solutions apportées et de choisir laquelle ou lesquelles apparaissent les meilleures. Il faut examiner chaque solution et juger si elle est réalisable et si elle peut vraiment résoudre le problème et prévoir quelles en seront les conséquences à court et à long terme, pour soi et pour les autres.

Le thérapeute peut aider le client à faire ce choix à partir de certains critères comme: 1) la facilité d'exécution, 2) la conformité aux valeurs personnelles et 3) le rapport coût-bénéfice (efforts à fournir par rapport aux résultats).

On peut faire la liste des avantages et désavantages de chacune des solutions apportées et classer celles-ci sur une échelle en cinq points: 1) «très bonne», 2) «bonne», 3) «ni bonne ni mauvaise», 4) «mauvaise» et 5) «très mauvaise».

Enfin, le fait d'écrire la solution choisie peut aider le client à s'en souvenir et l'inciter à la mettre en pratique.

La vérification des résultats. Le client doit prévoir un moment où il pourra évaluer les avantages et les désavantages réels de la solution choisie. Il peut alors répondre aux questions suivantes: Le résultat obtenu est-il vraiment satisfaisant? Existe-t-il des solutions qui me demanderaient moins d'efforts pour les mêmes résultats (rapport coût/bénéfice)?

Enfin, il est important que le client ne considère pas comme un échec le fait de ne pas avoir trouvé «la» bonne solution dès le premier essai.

Les exercices quotidiens. Dans le but d'assurer la généralisation et le maintien des effets de l'entraînement aux habiletés sociales, les programmes comprennent généralement des exercices portant sur des comportements spécifiques que les clients doivent pratiquer entre les rencontres. Certains thérapeutes leur demandent de faire des jeux de rôles ou de s'auto-observer. Mais, la plupart leur suggèrent de s'exercer à faire des comportements de plus en plus complexes dans leur réalité quotidienne. Généralement, les exercices faits pendant la semaine sont rapportés au groupe, où on en discute. Le thérapeute et le client peuvent évaluer les résultats de l'exercice, souligner les succès, analyser les échecs et préciser les améliorations nécessaires.

Il n'y a pas, à notre connaissance, de recherche qui a isolé ce facteur pour en démontrer l'efficacité. Son utilisation est plutôt basée sur une déduction logique: s'il est bon que le client fasse des jeux de rôle ou apprenne à modifier son comportement pendant les séances de thérapie, il est certainement bon qu'il puisse s'exercer en dehors des rencontres, puisque le but même du traitement est que le client présente un comportement adéquat dans son environnement naturel.

Certains points semblent importants dans la façon de proposer des exercices quotidiens aux clients (Hisler et Fredricksen, 1980):

- 1) Les exercices doivent être en relation directe avec le but du traitement.
- 2) Ils doivent être gradués de façon à ce que le client puisse les réussir relativement facilement. Le comportement peut être pratiqué d'abord en entrevue, afin de s'assurer que le client comprend bien ce qu'il doit faire et est convaincu de pouvoir le réussir.
- 3) Le client doit faire des auto-observations en rapport avec ses exercices quotidiens. Il peut ainsi rapporter, au cours de la séance de thérapie, ses résultats ou ses échecs et recevoir du renforcement et du feedback.

Les Procédures d'Intervention face à la Résistance

Le point de vue des comportementalistes

Les behavioristes ont rejeté le concept de résistance pendant longtemps (Birchler, 1981; Spinks et Birchler, 1982). Plusieurs d'entre eux considèrent encore aujourd'hui que ce concept a été inventé pour expliquer et excuser l'inefficacité de certaines thérapies. C'est un peu méchant, mais peut-être n'ont-ils pas tout à fait tort? Lorsqu'une thérapie ne réussit pas, c'est toujours très tentant pour un thérapeute d'en attribuer la responsabilité au client et de parler de résistance.

La récupération du concept de résistance

Quoiqu'il en soit, au cours des dernières années, quelques comportementalistes (notamment en thérapie de couple) ont commencé à s'intéresser au concept de résistance, pour désigner le fait que certains clients ne répondent pas à une procédure de traitement qui semble pourtant bien adapté aux problèmes qu'ils présentent, et ce, à plusieurs reprises.

En voici quelques exemples:

- 1) Semaine après semaine, un client ne complète pas les exercices quotidiens qu'il a pourtant accepté de faire.
- 2) Dans certaines situations précises (et toujours le même type de situations), un client semble incapable d'utiliser ses habiletés sociales après avoir pourtant très bien intégré ces nouveaux comportements.
- 3) Après avoir fait des progrès importants, un client cesse de progresser ou même retrouve les problèmes qu'il présentait au début de la thérapie.

Cependant, les behavioristes éviteront de parler de résistance lorsqu'un client semble incapable d'apprendre certaines habiletés, lorsqu'il a reçu des consignes inadéquates ou insuffisantes, lorsqu'il rejette globalement l'approche qui lui est proposée ou lorsqu'il n'aime pas le thérapeute.

Les raisons de la résistance

Pour expliquer leurs résistances, les clients peuvent faire appel à des événements extérieurs (visite inattendue, trop de travail ou trop d'activités, etc.) ou à des traits de caractère («je suis trop spontané pour décider d'avance des exercices», «je ne suis pas capable de changer», «ces exercices sont trop mécaniques pour moi», etc.).

Mais, lorsqu'on va au-delà de ces premières verbalisations, on trouve souvent d'autres raisons qui peuvent expliquer l'apparition de résistances, comme les suivantes:

- 1) Le thérapeute propose un exercice ou un «homework» qui vient en opposition à une règle ou à un principe qui est important pour le client, qu'il ne se sent pas capable de transgresser, mais qu'il n'a pas explicité. Par exemple, dans un groupe, une cliente avait beaucoup de difficultés à faire des demandes. Elle venait tout juste d'aménager dans un nouvel appartement et, comme elle vivait seule et n'avait pas beaucoup d'argent, elle aurait bien aimé que son frère s'offre pour aller peindre son nouvel appartement. Nous lui avons alors suggéré d'en faire la demande à son frère plutôt que d'attendre qu'il devine ses besoins et qu'il s'offre. Deux semaines de suite, elle a accepté de faire cette demande, mais à la rencontre suivante, elle ne l'avait pas fait, trouvant différentes raisons: «je n'ai pas eu le temps», «je suis trop gênée», etc. Nous avons alors exploré davantage ce qui se passait. Nous avons ainsi découvert que cette cliente avait appris, dans sa famille, une règle selon laquelle une femme qui demande de l'aide à un homme manifeste un comportement de soumission inacceptable. Si elle l'avait fait, elle se serait donc sentie humiliée.
- 2) Un besoin non exprimé (ce qu'on appelle un «agenda caché») empêche le client de progresser. Par exemple, un client se dit motivé à changer son comportement et à faire des exercices quotidiens, mais ne les fait jamais. Son agenda caché, c'est qu'il voit le groupe beaucoup plus comme une occasion de rencontrer des femmes que comme une activité thérapeutique.
- 3) Le client a des attentes catastrophiques en rapport avec le changement qui lui est demandé. Par exemple, le thérapeute suggère au client de dire non à une demande déraisonnable de sa mère, mais le client a peur, sans trop en être conscient, que sa mère répande la rumeur qu'il est un enfant ingrat et qu'il soit alors rejeté par toute la famille.

Comment intervenir face à la résistance

Auto-critique du thérapeute. Lorsqu'un thérapeute croit être en présence d'une résistance, il doit d'abord examiner s'il a structuré ses interventions thérapeutiques convenablement et s'il a bien tenu compte des caractéristiques du client et de sa situa-

tion. S'il considère qu'il n'a pas fait d'erreurs importantes à ce niveau et que la résistance se produit à plusieurs reprises, il peut alors intervenir de différentes façons. Le choix de la procédure dépendra du type de résistance présenté, des hypothèses du thérapeute concernant le problème sous-jacent et, bien sûr, des préférences et des compétences du thérapeute (puisque nous n'avons ici pratiquement aucun guide au niveau de la recherche expérimentale).

Analyse fonctionnelle. La première stratégie à employer, avant d'utiliser des méthodes plus risquées, consiste sans doute à tenter d'évaluer avec le client quelles sont les cognitions et les émotions liées à la résistance, c'est-à-dire aux comportements qu'il n'arrive pas à faire. On peut donc lui poser des questions comme «Qu'est-ce qui arriverait si tu faisais cette activité que tu essaies de faire depuis 3 semaines? Qu'est-ce que tu ressentirais alors? Qu'est-ce que tu penserais de toi-même, des autres? Comment crois-tu que les autres te verraient à ce moment-là?», etc.

Si une telle analyse permet de clarifier le problème sous-jacent, le client peut ensuite décider plus facilement de ce qu'il fera à l'avenir (c'est-à-dire s'il changera ou non son comportement) et le thérapeute peut alors orienter ses interventions en fonction de cette décision.

Anti-sabotage. Une deuxième procédure qui a été proposée pour faire face à la résistance s'appelle la procédure d'anti-sabotage (Birchler et Spinks, 1980). Cette procédure a pour but de prévoir, d'identifier et de modifier à l'avance les tendances que peuvent avoir certains clients à ne pas accomplir certains types de tâches. Elle comprend quatre étapes:

- 1) Imaginer avec le client toutes les raisons qu'il pourrait trouver pour ne pas faire la tâche qu'il accepte actuellement de faire («brainstorming»).
- 2) Identifier les façons de résister les plus probables.
- 3) Amener le client à discuter des moyens qu'il prendra pour modifier sa façon d'agir à ce moment-là.
- 4) Renforcer le fait qu'il s'efforce de prévoir les résistances possibles et lui faire remarquer les avantages qu'il y a à prévoir à l'avance de telles résistances.

Réinterprétation. Une troisième stratégie qui peut être employée consiste à formuler explicitement une nouvelle interprétation de la situation. Il s'agit donc ici de proposer au client une hypothèse concernant les problèmes sous-jacents qui peuvent expliquer les difficultés actuelles. Cette hypothèse se basera le plus possible sur les faits observés, mais sera nouvelle et peut-être même étonnante pour le client. Idéalement, elle l'amènera à diminuer ses résistances ou sa difficulté à risquer de nouveaux comportements.

L'interprétation sera d'ordinaire formulée sur un mode hypothétique. Par exemple, le thérapeute dira: «Je me demande s'il ne se passe pas telle et telle chose», ou encore «J'ai l'impression qu'il se passe telle chose. Est-ce que je me trompe?». Une telle façon de présenter l'interprétation laisse au client la possibilité de la rejeter et permet d'éviter qu'il y ait une résistance encore plus grande. Si le client est d'accord avec la réinterprétation, le thérapeute peut alors orienter ses interventions en fonction de cette interprétation et vérifier si elle est valable.

L'injonction paradoxale. La quatrième stratégie qu'on peut employer, c'est l'injonction paradoxale. Plusieurs behavioristes voient cette méthode comme une straté-

gie manipulatrice, inappropriée et en désaccord total avec l'approche de l'apprentissage social. Pour ma part, je considère que l'injonction paradoxale n'est pas nécessairement incompatible avec l'approche behaviorale. Cependant, elle doit être utilisée modérément, étant donné le peu de recherches expérimentales portant sur son utilisation et les dangers qu'elle peut comporter si elle est employée d'une façon inadéquate.

L'injonction paradoxale consiste, pour le thérapeute, à présenter un rationnel ou à prescrire des symptômes ou des exercices qui placent les clients dans une contrainte thérapeutique ou qui permet de faire ressortir la résistance.

Théoriquement, l'efficacité du paradoxe dépendrait de deux facteurs principaux: 1) que le paradoxe se base sur une interprétation exacte ou du moins probable de la situation et acceptable pour le client et 2) que la tâche demandée soit inacceptable ou impossible à réaliser pour le client.

Jusqu'à tout récemment, la description et les conditions d'efficacité de l'injonction paradoxale demeuraient relativement vagues et à un niveau très théorique. Mais tout récemment, Shoham-Salomon et Rosenthal (1987) ont publié un texte tout à fait intéressant. Ces auteurs ont fait la synthèse des recherches sur les procédures paradoxales. Ils en ont trouvé 12 qui portent sur le traitement de l'agoraphobie, de l'insomnie, du stress, de la dépression et de la «procrastination» (i.e. la tendance à remettre au lendemain). Ils remarquent d'abord qu'il y a cinq types d'interventions paradoxales, qu'on peut regrouper à l'intérieur d'un modèle théorique à deux facteurs (voir le tableau 1).

Tableau 1

Les différents types d'interventions paradoxales

Connotation	de changement	Prescription	de symptôme
Positive			
Reconstruction			A
Recadrage	C		B
Non positive			
Neutre	O		D
Négative	O		E

Le premier facteur, c'est ce qui est prescrit: un symptôme ou un changement. Prescrire un symptôme, ça veut dire demander au client de produire le symptôme dont il veut se débarrasser. Ainsi, on dira à un client déprimé de se laisser aller à être déprimé en se concentrant sur des pensées négatives et en évitant les situations joyeuses. Le rationnel de cette procédure, c'est que le symptôme est perçu par le client comme

un événement incontrôlable. Alors, ou le client sera incapable de produire le symptôme volontairement ou il se sentira capable de le contrôler.

Prescrire un changement, ça veut dire demander au client d'adopter un comportement différent du symptôme. Par exemple, on demandera à un client anxieux d'essayer de se relaxer.

Le deuxième facteur, c'est la façon dont le thérapeute fait la prescription. Il peut le faire avec une connotation positive ou négative. La connotation, c'est le rationnel et le contexte théorique dont se sert le thérapeute pour présenter la prescription.

Une connotation positive peut être soit une réinterprétation du processus sous-jacent au symptôme (reconstruction) ou du symptôme lui-même (recadrage ou «reframing»), en termes positifs. Par exemple, on dira à une personne qu'elle est souvent en conflit avec son patron, non pas parce qu'elle ou son patron sont malades ou déséquilibrés, non pas parce qu'ils manifestent de la mauvaise volonté, mais parce qu'ils sont pris dans des séquences d'interactions, dans une sorte de cercle vicieux qui s'est établi graduellement et parce qu'ils veulent beaucoup que leur relation soit parfaite et sans conflits. Le thérapeute peut ensuite prescrire un symptôme à ce client, par exemple, en lui disant de se permettre d'être en conflit (Paradoxe de type A).

Shoham-Salomon et Rosenthal ne semblent pas avoir trouvé d'exemple d'une prescription de changement suite à une reconstruction, dans la littérature, et ils n'en parlent pas, mais, je ne vois pas pourquoi ce ne serait pas possible. Par exemple, on peut dire à un client: «Vous désirez beaucoup entrer en contact avec des femmes. Mais, à chaque fois que vous le faites, vous êtes anxieux parce que vous vous efforcez beaucoup d'être un compagnon agréable. C'est très bien de vouloir être agréable pour les autres. Mais, pendant la prochaine semaine, si vous entrez en contact avec une femme, ne vous forcez pas pour être agréable, pensez plutôt à passer une bonne soirée. Observez alors ce qui se passe et nous en parlerons ensemble à la prochaine rencontre.» C'est un type de paradoxe qui n'apparaît souvent efficace cliniquement.

La connotation positive portant sur le symptôme a pour but de modifier la signification négative du symptôme. Par exemple, on dira à un client déprimé qu'il est chanceux d'être en contact avec ses émotions, que c'est une grande qualité d'être capable, comme lui, d'accepter la solitude ou d'être capable de se sacrifier pour les autres. Théoriquement, si le client accepte cette réinterprétation, il cessera d'être déprimé parce qu'il est déprimé, ce qui justement maintient le symptôme. Le thérapeute peut faire suivre ce recadrage d'une prescription de symptôme (i.e., «Laisse-toi aller à être déprimé») (Paradoxe de type B) ou d'une prescription de changement (i.e., «Évite les pensées déprimantes: va visiter des amis») (Paradoxe de type C).

Supposons, par exemple, qu'une cliente se dit incapable de faire une critique à son mari d'une façon adéquate. À chaque fois qu'elle veut lui demander de changer un de ses comportements, elle le fait d'une façon accusatrice et agressive. Son mari devient alors très défensif et cela conduit à un conflit interminable. Elle a fait des jeux de rôle sur cette situation et semble avoir appris une nouvelle façon de faire des critiques. De plus, le thérapeute s'est montré très ingénieux et lui a donné des exercices quotidiens qui semblaient bien adaptés à sa situation. Mais, elle affirme qu'elle continue à se quereller avec son mari tout autant qu'avant.

Une façon d'utiliser le paradoxe ici consisterait pour le thérapeute à lui expliquer qu'une communication non conflictuelle représenterait probablement, pour elle, une relation trop intime et qu'elle a actuellement de la difficulté à vivre une telle relation. Le thérapeute peut alors lui donner comme nouvelle tâche de converser le moins possible ou même pas du tout avec son mari au cours de la semaine suivante, afin de ne pas avoir à subir la menace d'une trop grande intimité. Le thérapeute ajoute que le seul type de conversation qui lui permet d'éviter cette menace et qui lui sera permis, c'est d'être accusatrice et de se quereller avec son mari (Paradoxe de type B). Enfin, il peut lui dire qu'il est très important qu'elle essaie honnêtement de suivre cette consigne et que, quoiqu'il arrive, cet exercice permettra sans doute de recueillir des informations importantes pour poursuivre la thérapie.

Le thérapeute peut donc présenter cette nouvelle tâche un peu comme une expérience de courte durée permettant de vérifier si l'absence de communication avec le mari rend vraiment cette cliente plus heureuse ou moins anxieuse. Une telle prescription paradoxale constitue une explication fonctionnelle possible et il est probablement impossible pour cette cliente de suivre une telle directive à la lettre. De plus, en essayant de se restreindre à une communication agressive avec son époux, la cliente prendra peut-être plus conscience de son rôle actif dans leurs querelles et de sa capacité d'en contrôler la fréquence. Cette procédure peut donc avoir pour effet une diminution des accusations et des querelles, du moins à court terme.

Les connotations non positives peuvent être soit neutres soit négatives. Une connotation neutre consiste, pour un thérapeute, à demander à un client de produire un symptôme volontairement, soit pour des fins diagnostiques, soit pour que le client augmente la conscience de soi (Paradoxe de type D). La connotation négative a pour but de convaincre le client de l'irrationalité de son symptôme. Par exemple, on dira à un client déprimé que sa dépression n'est qu'une manifestation passive-agressive de son désir de punir les autres ou de les faire sentir coupables. Et on pourra faire suivre cette explication d'une prescription de symptôme (Paradoxe de type E).

Shoham-Salomon et Rosenthal considèrent que les traitements non paradoxaux sont des procédures à connotation non positive et avec prescription de changement. Ces auteurs ont fait une méta-analyse portant sur les différentes recherches qu'ils ont recueillies. La méta-analyse est une méthode statistique qui permet de regrouper les résultats de toutes les recherches et de vérifier si les effets des méthodes d'intervention sont significatifs et dans quelles conditions.

Shoham-Salomon et Rosenthal trouvent alors que les procédures paradoxales sont aussi efficaces que les autres procédures immédiatement après la thérapie, mais plus efficaces à une relance d'un mois et plus efficaces avec les clients qui ont les symptômes les plus graves (ce dernier résultat n'est basé que sur deux recherches). De plus, les interventions paradoxales avec connotations positives sont les plus efficaces de toutes. Les prescriptions de symptôme sans connotation positive constituent les interventions les moins efficaces de toutes. Par ailleurs, il n'y a pas de différence d'efficacité entre la prescription de symptôme et la prescription de changement. Les auteurs considèrent quand même que la prescription de symptôme serait la procédure la plus efficace avec les clients les plus résistants, en se basant sur les résultats d'une étude qui met en corrélation la résistance et les résultats du paradoxe de type D).

Evidemment, cette méta-analyse se base sur un nombre limité de recherches, dont aucune ne porte sur l'entraînement aux habiletés sociales, de sorte que ces conclusions ne sont que des pistes à être explorées davantage, mais il s'agit peut-être de pistes intéressantes.

L'utilisation de l'injonction paradoxale demande beaucoup d'habileté et d'expérience. Il faut prendre garde que le client ne l'interprète comme une insulte. Il est donc nécessaire que la relation client-thérapeute soit excellente, que le client soit assuré que le thérapeute veut vraiment l'aider et que le rationnel présenté par le thérapeute soit plausible.

Par ailleurs, une recherche sur l'efficacité de l'injonction paradoxale dans un tout autre domaine, celui du traitement de l'insomnie (Turner et Ascher, 1982), a montré que cette méthode est tout à fait inefficace quand elle est utilisée par des thérapeutes inexpérimentés. On peut facilement supposer que c'est aussi vrai, et même encore plus vrai, dans l'entraînement aux habiletés sociales. Par conséquent, on ne devrait l'utiliser qu'en dernier ressort.

Conclusion

La troisième et dernière partie de ce texte a porté sur les différentes procédures de traitement à la disposition des thérapeutes qui font de l'entraînement aux habiletés sociales. Ces méthodes ont pour but l'acquisition de la réponse (consignes, modelage et modelage en imagination), sa répétition (jeux de rôle comportemental et en imagination), son façonnement (retroaction et renforcement) et son maintien et sa généralisation (procédures cognitives et exercices quotidiens). De plus, j'ai exploré les différentes stratégies qu'on peut utiliser quand un client ne semble pas répondre aux techniques habituelles.

Références

- Alden, L., Safran, J. et Weideman, R. (1978). A comparison of cognitive and skills training strategies in the treatment of assertive clients. *Behavior Therapy*, 9, 843-846.
- Argyle, M. (1981). The contribution of social interaction research to social skills training. In J. D. Wine et M. D. Smye (Eds), *Social competence* (pp. 261-286). New York: Guilford.
- Azrin, N. H., Flores, T. et Kaplan, S. J. (1975). Job finding club: a group assisted program for obtaining employment. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 17-27.
- Bandura, A. (1965). Influence of model's reinforcement contingencies on the acquisition of imitative response. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 589-595.
- Bandura, A., Adams, N. E. et Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavior change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 125-139.
- Bandura, A., Ross, D. et Ross, S. A. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 3-11.
- Beaudry, M. et Boisvert, J. M. (1980). L'approche comportementale et la thérapie de groupe. *Service Social*, 29, 113-124.
- Beaudry, M. et Boisvert, J. M. (1982). Les procédures d'apprentissage dans l'entraînement aux habiletés sociales. *Psychiatrie Francophone*, no. 4, 13-22.
- Birchler, G. R. (1981). Paradox and behavioral marital therapy. *American Journal of Family Therapy*, 9, 92-94.
- Birchler, G. R. et Spinks, S. H. (1980). Behavioral-systems marital and family therapy: Integration and clinical application. *American Journal of Family Therapy*, 8, 6-28.
- Boisvert, J. M. (1987). Le développement de la compétence sociale: Un guide pratique. I. Evaluation et phase préparatoire. *Revue de Modification du Comportement*, 17, 6-22.
- Boisvert, J. M. et Beaudry, M. (1980). La pratique de l'entraînement à la communication et à l'affirmation de soi. *Journal de Thérapie Comportementale*, 2, 9-26.
- Bomment, H., Kessler, E. (1981, septembre). *Cognitive restructuring in assertiveness training*. Document présenté au Congrès sur les thérapies comportementales-cognitives, Lisbonne.
- Bourque, P., Schofield, H. (1981). L'évaluation de stratégies comportementales et cognitives dans l'entraînement à l'assertion. *Revue de Modification du Comportement*, 11, 169-177.
- Carmody, T. P. (1978). Rational-emotive, self-instructional, and behavioral assertion training: facilitating maintenance. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 241-253.
- Conger, J. C., Keane, S. P. (1981). Social skills intervention in the treatment of isolated or withdrawn children. *Psychological Bulletin*, 90, 478-495.
- Craighead, L. W. (1979). Self-instructional training for assertive refusal behavior. *Behavior Therapy*, 10, 529-542.
- Derry, P. A. et Stone, G. L. (1979). Effects of cognitive-adjunct treatments on assertiveness. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 213-221.
- D'Zurilla, T. J. et Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Eisler, R. M., Blanchard, E. B., Fitts, H. et Williams, J. G. (1978). Social skill training with and without modeling on schizophrenic and non psychotic hospitalized psychiatric patients. *Behavior Modification*, 2, 147-172.
- Eisler, R. M. et Frederiksen, L. W. (1980). *Perfecting social skills: a guide to interpersonal behavior development*. New York: Plenum.
- Eisler, R. M., Frederiksen, L. W. et Peterson, G. L. (1978). The relationship of cognitive variables to the expression of assertiveness. *Behavior Therapy*, 9, 419-427.
- Fremouw, W. J. et Zitter, R. E. (1978). A comparison of skills training and cognitive restructuring-relaxation for the treatment of speech anxiety. *Behavior Therapy*, 9, 248-259.
- Friedrich, L. K. et Stein, A. H. (1975). Prosocial television and young children: the effects of verbal labeling and role playing on learning and behavior. *Child Development*, 46, 27-38.
- Galassi, J. P., Galassi, M. D. et Vedder, M. J. (1981). Perspectives on assertion as a social skills model. In J. D. Wine et M. D. Smye (Eds), *Social competence* (pp. 287-345). New York: Guilford.
- Glass, C. R., Gottman, J. M. et Shmuraq, S. H. (1976). Response acquisition and cognitive self-statement modification approaches to dating skills training. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 520-526.
- Goddard, R. C. (1981). Increase in assertiveness and actualization as a function of didactic training. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 279-287.
- Hammen, C. L., Jacobs, M., Mayol, A. et Cochran, S. D. (1980). Dysfunctional cognitions and the effectiveness of skills and cognitive-behavioral assertion training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 685-695.
- Hersen, M., Eisler, R. M. et Miller, P. M. (1974). An experimental analysis of generalization in assertive training. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 295-310.

- Hersen, M., Eisler, R. M., Miller, P. M., Johnson, M. B. et Pinkston, S. G. (1973). Effects of practice, instructions, and modeling on components of assertive behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 443-451.
- Hersen, M., Kazdin, A. E., Bellack, A. S. et Turner, S. (1979). Effects of live modeling, covert modeling, and rehearsal on assertiveness in psychiatric patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 369-377.
- Jacobs, M. K. et Cochran, S. D. (1982). The effects of cognitive restructuring on assertive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 63-76.
- Joyce-Moniz, L. (1979, septembre). *Social-cognitive development and self-control of thoughts*. Document présenté au Congrès de l'Association Européenne de Thérapie Comportementale, Paris.
- Kaplan, D. A. (1979, décembre). *Behavioral, cognitive and behavioral-cognitive approaches to group assertion training*. Document présenté au Congrès de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.
- Kazdin, A. E. (1976). Effects of covert modeling, multiple models, and model reinforcement on assertive behavior. *Behavior Therapy*, 7, 211-222.
- Kazdin, A. E. (1979). Imagery elaboration and self-efficacy in the covert modeling treatment of unassertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 725-733.
- Kazdin, A. E. (1980). Covert and overt rehearsal and elaboration during treatment in the development of assertive behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 191-201.
- Kazdin, A. E. (1982). The separate and combined effects of covert and overt rehearsal in developing assertive behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 17-25.
- Lazarus, A. A. (1966). Behaviour rehearsal vs non-directive therapy vs advice in effecting behaviour change. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 209-212.
- Linehan, M., Golfried, M. et Golfried, A. (1979). Assertion therapy: skill training or cognitive restructuring. *Behavior Therapy*, 10, 372-388.
- McFall, R. M. et Lillesand, D. B. (1971). Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 313-323.
- McFall, R. M. et Marston, A. R. (1970). An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 295-303.
- McFall, R. M. et Twentyman, C. T. (1973). Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 199-218.
- Monti, P. M., Fink, E., Norman, N., Curran, J., Huges, S. et Caldwell, A. (1979). Effect of social skills training groups and social skills bibliography with psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 189-191.
- Morley, S., Shepherd, G. et Spence, S. (1983). Cognitive approaches to social skills training. In S. Spence et G. Shepherd (Eds), *Developments in social skills training* (pp. 305-333). New York: Academic Press.
- Nesbitt, E. B. (1981). Use of assertive training in teaching the expression of positively assertive behavior. *Psychological Reports*, 49, 155-161.
- Redd, W. H., Porterfield, A. L. et Anderson, B. L. (1979). *Behavior modification: Behavioral approaches to human problems*. New York: Random House.
- Rehm, L. P. et Marston, A. R. (1968). Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement: an instigation therapy technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 565-574.
- Rosenthal, T. L. et Reese, S. L. (1976). The effects of covert and overt modeling on assertive behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 463-469.
- Sarason, B. R. (1981). The dimensions of social competence: Contributions from a variety of research areas. In J. D. Wine et M. D. Smye (Eds), *Social Competence* (pp. 100-122). New York: Guilford.
- Schinke, S. P. et Rose, S. D. (1976). Interpersonal skill training in groups. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 442-448.
- Shoemaker, M. E. et Paulson, T. L. (1976). Group assertive training for mothers: a family interventions strategy. In E. J. Mash, L. C. Hardy et L. A. Hamerlynck (Eds), *Behavior modification approaches to parenting* (pp. 167-179). New York: Brunner/Mazel.
- Shoham-Salomon, V. et Rosenthal, R. (1987). Paradoxical interventions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55, 22-28.
- Shure, M. B. (1981). Social competence as a problem-solving skill. In J. D. Wine et M. D. Smye (Eds), *Social Competence* (pp. 158-185). New York: Guilford.
- Spinks, S. H. et Birchler, G. R. (1982). Behavioral-systems marital therapy: Dealing with resistance. *Family Process*, 21, 169-185.
- Spivack, G., Platt, J. J. et Shure, M. B. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stoppard, J. M. et Henri, G. S. (1987). Conceptual level matching and effects of assertion training. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 55-61.
- Strawynski, A. et Greenberg, D. (1987). Cognitive therapies with neurotic disorders: Clinical utility and related issues. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 141-150.
- Strawynski, A., Marks, I. et Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.
- Turner, R. M. et Ascher, L. M. (1982). Therapist factor in the treatment of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 33-40.
- Twentyman, C. T., Gibraltar, J. C. et Inz, J. M. (1979). Multimodal assessment of rehearsal treatment in an assertion training program. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 384-389.
- Twentyman, C. T. et McFall, R. M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 384-395.
- Twentyman, C. T. et Zimmering, R. T. (1979). Behavioral training of social skills: a critical review. In M. Hersen, R. M. Eisler et P. M. Miller (eds), *Progress in behavior modification* (Vol. 7). New York: Academic Press.
- Uhlenann, M. R., Lea, G. W. et Stone, G. L. (1976). Effect of instructions and modeling on trainees low in interpersonal-communication skills. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 509-513.
- Voss, J. R., Arrick, M. C. et Rimm, D. C. (1978). Behavioral rehearsal, modeling, and coaching in assertive training. *Behavior Therapy*, 9, 970-971.
- Winship, B. J. et Kelley, J. D. (1976). A verbal response model of assertiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 215-220.
- Wolfe, J. et Fodor, L. (1977). Modifying assertive behavior in women: a comparison of three approaches. *Behavior Therapy*, 8, 567-574.