

Le développement de la compétence sociale: un guide pratique

I. Evaluation et phase préparatoire

JEAN-MARIE BOISVERT¹
HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE

L'auteur présente un guide de l'intervention thérapeutique axée sur le développement de la compétence sociale. Il se base sur la littérature scientifique et sur une expérience clinique de plus de dix ans dans le domaine. Tout au long du texte, il offre des conseils pratiques aux professionnels qui désirent travailler à ce niveau. Cette première partie porte sur l'évaluation des difficultés interpersonnelles, les moyens de préparer efficacement les clients à l'entraînement aux habiletés sociales et les différentes façons de concevoir un tel programme d'entraînement. Une deuxième partie sera consacrée aux procédures de traitement et au contenu d'un programme de développement de la compétence sociale.

L'avez-vous remarqué? Un malheur n'arrive jamais seul. Très souvent, les personnes qui "se sentent mal dans leur peau" se sentent aussi mal avec les autres. Il existe, en effet, une très forte corrélation entre la gravité des problèmes psychologiques et l'importance des difficultés interpersonnelles (Curran, Miller, Zwick, Monti et Stout, 1980; Griffiths, 1980; Kazdin, 1979). Si votre travail consiste à aider des gens qui ont des problèmes personnels, vous avez donc probablement intérêt à utiliser régulièrement des procédures permettant de développer la compétence sociale.

Je ne veux pas dire que l'entraînement aux habiletés sociales doit être employé avec tous les clients! Ce n'est pas une panacée à tous les problèmes, même interpersonnels. Il y a, bien sûr, plusieurs problèmes qui peuvent être traités de façon plus efficace avec d'autres moyens d'action. Cependant, il y a souvent lieu de donner une place importante à l'analyse et au développement de la compétence sociale chez les personnes à qui nous offrons nos services.

Il est donc essentiel, pour tout thérapeute, de posséder une grille d'analyse des problèmes interpersonnels de même que certaines procédures d'intervention au niveau des habiletés sociales. Le texte qui suit porte sur l'évaluation des difficultés interpersonnelles, la préparation à la thérapie et la structure d'un programme de développement de la compétence sociale. Dans la deuxième partie, nous verrons les principales procédures utilisées de même que le contenu d'un entraînement aux habiletés sociales.

L'évaluation des difficultés interpersonnelles

Il faut bien commencer par le commencement... Malheureusement, il semble que très peu de cliniciens font une évaluation comportementale avant d'entreprendre une intervention (Corriveau, Galuska, Woods, Mello et Gordon, 1984). Il s'agit sans doute

encore ici de cette déplorable distance qu'on trouve souvent entre la recherche et la pratique. Les chercheurs construisent des instruments qui sont peu pratiques en clinique et les cliniciens n'ont ni le temps ni les moyens de les adapter ou d'en construire d'autres. Essayons tout de même de voir comment nous, pauvres cliniciens mal servis, pouvons nous débrouiller pour évaluer la compétence sociale chez nos clients.

Pour guider nos interventions thérapeutiques, il faut d'abord pouvoir élaborer des hypothèses sur les difficultés que rencontre la personne, les changements à apporter chez le client et dans son milieu et les procédures à utiliser pour favoriser ces changements. Je n'aborderai pas ici les questions de changements dans le milieu qui sont plus du ressort de l'intervention conjugale, familiale, socio-économique ou écologique. Notons simplement que ce sont souvent des questions qu'il faut considérer parallèlement aux problèmes de compétence sociale.

Les différents types de difficultés interpersonnelles

Les difficultés interpersonnelles peuvent prendre différentes formes.

Il peut s'agir:

- 1) d'anxiété sociale:
les clients peuvent se sentir très anxieux dans un certain nombre de situations interpersonnelles;
- 2) d'un manque d'habiletés sociales:
les clients peuvent avoir de la difficulté à exprimer certains besoins, certaines idées ou certains sentiments, soit dans toute situation interpersonnelle ou encore devant des personnes en particulier;

- 3) d'une mauvaise perception de ses propres habiletés:
les clients peuvent se percevoir socialement inhabiles sans l'être vraiment;
- 4) d'une mauvaise perception de la réalité sociale-interpersonnelle:
les clients peuvent avoir une perception erronée des messages qu'ils reçoivent des autres et les interpréter incorrectement;
- 5) d'une combinaison de ces quatre facteurs.

Les éléments importants de l'évaluation

Les quatre principaux points à préciser au niveau de l'évaluation initiale des difficultés interpersonnelles sont les suivants:

- 1) Quelles sont les difficultés, parmi celles que je viens de décrire, que ce client rencontre?
 - 2) Dans quelles situations les difficultés apparaissent-elles? Le terme "situations" est pris ici dans un sens très large, incluant les aspects physiques et interpersonnels, les actions et réactions verbales et non verbales des autres, autrement dit tout ce qui, dans l'environnement, peut susciter ou renforcer les comportements, les émotions et les cognitions du client.
 - 3) Quelles sont les chaînes de comportements, d'émotions, de cognitions et de situations qui amènent le client à manifester les comportements problématiques?
 - 4) Quels sont les comportements, les émotions ou les cognitions que ce client aurait avantage à apprendre et à manifester pour résoudre ses difficultés?
- Il n'y a pas un moyen idéal pour avoir accès à ces données. Il faut en employer plusieurs. Les instruments habituellement utilisés sont: les questionnaires, les auto-observations, l'évaluation par les pairs, les jeux de rôle et les entrevues.

Les questionnaires

Il existe un grand nombre de questionnaires qui portent sur les difficultés dans les relations interpersonnelles. Certains sont traduits en français et, parmi ceux-ci, il en est cinq qui sont particulièrement intéressants:

- 1) l'Echelle d'assertion comportementale de Rathus (Bouchard, Valiquette et Nantel, 1975),

(1) 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.

Pour obtenir des titres-à-part, veuillez communiquer avec l'auteur au Module de thérapie behaviorale, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401, rue Hochelaga, Montréal, Québec H1N 3M5. L'auteur tient à profiter de l'occasion pour remercier Roch Monin, psychotechnicien au Service de psychologie de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, qui s'acquitte, entre autres, de la compilation des données par micro-ordinateur et parfois même de la correction des erreurs de programmation, tout cela avec un grand soin et une grande fiabilité.

- 2) l'Echelle d'assertion pour adultes de Gay, Hollandsworth et Galassi (Bourque et Ladouceur, 1978);
- 3) l'inventaire sur l'affirmation de soi de Gambrill et Richey (1975);
- 4) l'inventaire sur la communication interpersonnelle de Bienvenu (1970, 1971) et l'inventaire d'estime de soi sociale de Lawson, Marshall et McGrath (Gauthier, Samson, Turbide et Lawson, 1981).

Les trois premières échelles portent sur les comportements assertifs. Il est difficile d'en préférer une parmi elles.

L'échelle de Rathus. L'échelle de Rathus constitue une sorte de "classique" et a été validée en français par Bouchard et ses collaborateurs (1975). Elle a été utilisée dans de nombreuses recherches et présente donc un intérêt évident. Cependant, elle contient une majorité d'items d'affirmation de soi négative (faire respecter ses droits, faire des critiques, exprimer des sentiments négatifs, etc.). De plus, le niveau de lisibilité de la version anglaise exige 10 à 12 ans de scolarité (McCormick, 1984) et rien ne porte à croire que la version française est plus facile à comprendre. A ce propos, McCormick (1984) a élaboré, en anglais, une version simplifiée du Rathus dont le niveau de lisibilité ne demande que six années de scolarité.

L'échelle de Gay. L'échelle de Gay et de ses collaborateurs semble préférable au Rathus, parce qu'elle présente un plus grand nombre d'items d'affirmation de soi positive (converser, exprimer son accord, exprimer des sentiments positifs, etc.). Elle a été validée en français par Bourque et Ladouceur (1978).

L'inventaire de Gambrill-Richey. L'inventaire de Gambrill et Richey est le questionnaire qui m'apparaît le plus intéressant cliniquement, parce qu'il comporte deux échelles, l'une portant sur le degré de malaise ou d'anxiété dans des situations interpersonnelles et l'autre mesurant la probabilité que la personne agisse de façon affirmativa dans les mêmes situations. Il est souvent utile de considérer le rapport entre ces deux échelles. Ainsi, Gambrill et Richey (1975) distribuent les répondants en quatre catégories selon leurs résultats aux deux échelles:

- 1) les "non-assertifs", qui présentent un haut niveau de malaise et une faible probabilité de réponses affirmatives;
- 2) les "anxiés performants", qui présentent un haut niveau de malaise et une forte probabilité de réponses affirmatives;

- 3) les "indifférents", qui présentent un bas niveau de malaise et une faible probabilité de réponses affirmatives;

- 4) les "assertifs", qui présentent un bas niveau de malaise et une forte probabilité de réponses affirmatives.

Les "non-assertifs" représentent probablement les clients-types pour l'entraînement aux habiletés sociales. Par ailleurs, les "indifférents" peuvent constituer des candidats difficiles, en ce sens que leur motivation au changement peut être relativement basse.

Que choisir? Il est souvent peu pratique de demander à des clients de remplir trois questionnaires portant sur le même construit théorique. Dans un tel cas, je choisirais le Gambrill-Richey à cause de sa pertinence clinique, même s'il n'a pas été validé en français. Mais, il faut souhaiter que des chercheurs développent prochainement un instrument qui présenterait les avantages de ces trois derniers questionnaires. Je crois qu'à ce propos, il y a lieu de suivre le développement systématisé de nouveaux échelles, telles que l'Echelle du comportement interpersonnel ("Scale for Interpersonal Behaviour") de Arindell (Arindell et van der Ende, 1985).

L'inventaire de Bienvenu. L'inventaire de Bienvenu est intéressant parce qu'il permet d'évaluer des dimensions qui ne sont que peu touchées dans les autres questionnaires: la révélation de soi, la conscience de soi et de l'autre, l'acceptation des feed-back, la capacité de s'exprimer, la capacité d'écouter, les réactions aux sentiments pénibles, la clarification des messages, l'évitement de la communication, la

tendance à monopoliser la conversation, la capacité de tenir compte des différences et le sentiment d'être accepté par les autres (Bienvenu et Stewart, 1976).

L'inventaire de Lawson. L'inventaire d'estime de soi sociale constitue un bon indice de la façon dont la personne se perçoit dans des situations interpersonnelles.

La version française a été validée par Gauthier et ses collaborateurs (1981).

L'intérêt clinique des questionnaires. L'intérêt de ces différents questionnaires n'est pas directement clinique. Il réside surtout dans le fait qu'ils permettent de situer la personne par rapport à une population normale. Mais cliniquement, ils peuvent tout de même aider à préciser les objectifs de traitement d'une personne et orienter l'élaboration du questionnaire individualisé, dont je parlerai plus loin.

Les auto-observations

Il est très important de demander aux clients de faire des auto-observations. Ceci les oblige à préciser leurs difficultés. De plus, ça les implique, dès le début, dans une démarche concrète.

Au cours des années, j'ai essayé différentes formules d'auto-observations. J'ai souvent eu de la difficulté à amener les clients à les compléter exactement de la façon dont je le souhaitais. Quand une telle chose se produit à plusieurs reprises et malgré de nombreuses tentatives pour motiver les clients à faire leurs auto-observations, je crois que c'est l'occasion de se dire que "le client a toujours raison". En effet, les formules d'auto-observations, employées traditionnellement, sont souvent construites pour de jeunes étudiants universitaires. Elles sont présentées dans un langage et une formulation peu adaptée au type de clients avec lesquels nous travauillons.

J'ai cherché longtemps des moyens de faciliter la cueillette d'auto-observations jusqu'à ce que je trouve une formule élaborée par Peterson (1979) pour l'évaluation des problèmes de couple. J'ai alors adapté cet instrument pour l'auto-observation des interactions sociales. Le lecteur en trouvera le texte à l'Appendice A, sous le titre "Description des interactions". A l'usage, ce questionnaire m'est apparu relativement simple et facile à remplir pour les clients. Ces derniers y répondent généralement de façon régulière et fournissent ainsi au thérapeute des informations très utiles cliniquement. Le lecteur en trouvera le texte à l'Appendice A, sous le titre "Description des interactions". A l'usage, ce questionnaire m'est apparu relativement simple et facile à remplir pour les clients. Ces derniers y répondent généralement de façon régulière et fournissent ainsi au thérapeute des informations très utiles cliniquement. La seule difficulté importante semble résider dans le mot "interaction" que certaines personnes ne comprennent pas et qu'il faut donc leur expliquer préalablement.

Évidemment, il y a parfois des clients qui présentent des difficultés importantes à noter exactement ce qui se passe dans leurs interactions avec les autres. C'est alors à l'évaluateur de les aider à le préciser au cours des entrevues. Mais, à mon avis, il faut quand même exiger qu'ils fassent un minimum d'auto-observations pendant au moins deux semaines avant le traitement et aussi tout au cours du traitement. S'ils refusent ou n'y arrivent pas, on peut douter de leur motivation à changer ou même de la réalité des difficultés qu'ils considèrent avoir.

Les jeux de rôle

Un autre moyen que l'on peut utiliser dans l'évaluation consiste à demander aux clients de faire des jeux de rôle portant sur des situations difficiles pour eux ou sur des situations standard. D'ordinaire, on enregistre ces jeux de rôle sur ruban magnétoscopique. Puis, on évalue les comportements des clients au niveau verbal et non verbal, à partir d'une grille d'évaluation (Boisvert, Beaudry, Marchand et Malo, 1979).

Je ne veux pas élaborer davantage sur cette procédure pour deux raisons: premièrement, elle demande beaucoup de temps et d'instruments et est rarement réalisable en clinique. Elle est donc surtout utilisée en recherche. Deuxièmement, des études commencent à indiquer qu'elle n'est pas toujours aussi valide qu'on le souhaiterait et ne représente pas nécessairement la meilleure méthode d'évaluation (Argyle, 1984; Arkowitz, 1981; Blake, Andrasik, McCarran, Quinn et Barnett, 1984). Cependant, il est utile à l'occasion d'employer cette procédure d'une façon clinique (sans magnétoscope et sans l'emploi de plusieurs juges) pour mieux comprendre

dre les situations et les comportements problématiques pour un client donné.

Les observations des pairs

On peut aussi demander à des personnes qui côtoient régulièrement le client d'observer ses comportements. Ces observations peuvent avoir le même contenu que les questionnaires ou que les auto-observations du client lui-même, de sorte que l'on peut comparer la perception du client et celle des personnes de son entourage. De telles observations peuvent constituer une source de données intéressantes. Cependant, il n'est pas toujours possible d'en obtenir. Elles sont donc surtout utilisées auprès de personnes qui vivent en institution.

Les entrevues

Avant et après avoir recueilli ces différentes données, on fait évidemment des entrevues avec le client pour préciser davantage les situations et les comportements problématiques. Il est, de plus, important de recueillir des informations sur certains aspects que les instruments précédents touchent moins, comme l'histoire antérieure, les facteurs étiologiques, les composantes cognitives et l'environnement social du client.

Le questionnaire individualisé

Depuis quelques années, je trouve particulièrement important de faire un questionnaire individuel, à partir des informations recueillies à l'aide des différents instruments d'évaluation. Il s'agit d'un questionnaire construit pour chaque personne et qui tente de regrouper ses principales zones de difficulté et objectifs de traitement. Le principal avantage d'un tel instrument, c'est qu'il nous amène à préciser ce que le client attend de la thérapie, à en faire les buts de nos interventions et à évaluer régulièrement l'atteinte de ces objectifs (Gambrill et Richey, 1986).

Le questionnaire individualisé peut permettre l'évaluation de plusieurs dimensions à partir des mêmes items. Pour ma part, je trouve utile d'utiliser trois échelles: la première porte sur le degré de malaise ou d'anxiété dans chacune des situations difficiles, la seconde évalue le degré de connaissance de ce que le client pourrait faire dans chacune de ces situations et la troisième mesure le degré de motivation à changer dans chacune de ces mêmes situations. Le lecteur intéressé trouvera un exemple des deux premières échelles dans un article récent (Boisvert et Beaudry, 1985). Je considère ce questionnaire comme le principal instrument de mesure des progrès cliniques. Non seulement sert-il au moment de l'évaluation initiale, mais l'échelle de malaise permet aussi de suivre l'évolution des clients tout au cours du traitement. Il est donc important de la faire remplir à chaque entrevue. Ceci permet d'avoir une mesure continue de l'évolution des clients et de leur donner un feedback relativement précis sur l'atteinte de leurs objectifs initiaux.

Le jugement clinique

À partir de toutes les données recueillies, il faut poser un jugement clinique, à savoir si tel client peut profiter d'un entraînement aux habiletés sociales.

Les critères que j'utilise auprès d'une population psychiatrique externe sont les suivants:

- 1) à deux échelles sur 5, la personne présente des résultats qui se situent à au moins un écart-type sous la moyenne de la population normale;
- 2) il faut porter une attention particulière aux non-assertifs non-anxiens (les "indifférents") au test de Gambrill-Richey; il y a lieu de vérifier le degré de motivation de ces clients;
- 3) le client a recueilli des auto-observations relativement bien faites;
- 4) les auto-observations indiquent vraiment des difficultés actuelles;
- 5) les réponses au questionnaire individualisé confirment la présence de difficultés actuelles et de la motivation à changer;
- 6) il y a absence de symptômes psychotiques ou de comportements bizarres; ceci s'applique lorsque l'entraînement a lieu dans un groupe de personnes non ins-

titutionnalisées.

On peut évidemment faire des exceptions à ces critères, à partir de notre jugement clinique. Cependant, ils constituent un cadre de référence très pertinent.

Enfin, il est important de faire remplir à nouveau les questionnaires après le traitement et en relance pour vérifier l'efficacité du traitement.

La prédisposition au changement

Il est important de diviser la période pré-traitement en deux étapes: la première consiste principalement à faire l'évaluation initiale dont je viens de parler, la deuxième porte surtout sur la préparation à la thérapie.

Le rôle du thérapeute pendant l'évaluation initiale

Pendant l'étape de l'évaluation, le thérapeute n'emploiera évidemment pas de procédures d'intervention et évitera de suggérer au client de modifier son comportement, afin de ne pas biaiser indûment l'évaluation. Il doit aussi savoir structurer et contrôler le déroulement des entrevues afin d'aller chercher les informations pertinentes. Ceci ne veut pas dire pour autant qu'il manifestera une attitude d'indifférence. Il sera très difficile pour le thérapeute d'avoir un bon contact avec le client pendant la thérapie si ce dernier l'a perçu, au cours des premières rencontres, comme un professionnel qui ne fait que poser des questions, prendre des notes et faire passer des questionnaires.

En un sens, la thérapie commence dès le premier contact. Et il est important que, pendant les premières entrevues, l'intervenant manifeste de l'empathie vis-à-vis des difficultés rencontrées par la personne. Celle-ci pourra alors voir le thérapeute comme quelqu'un qui comprend ses problèmes et qui veut et peut l'aider à modifier la situation insatisfaisante. Il s'établira alors une relation de confiance et le thérapeute pourra plus facilement inciter le client à prendre le risque de manifester de nouveaux comportements par la suite (Tryon, 1986).

Diriger habilement une entrevue, poser des questions claires, faire préciser les objectifs du client, répondre à ses questions et à ses remarques, savoir écouter activement, manifester de la compréhension, informer régulièrement la personne des étapes de l'évaluation et du traitement et lui en expliquer le rationnel, tout cela fait sans doute partie des comportements du thérapeute qui améliorent l'efficacité d'un traitement et qui doivent apparaître dès le premier contact avec un client.

La préparation à la thérapie

Dès que l'évaluation initiale est terminée, il y a lieu de préparer le client à la thérapie en l'informant du contenu des rencontres thérapeutiques et des procédures utilisées, en favorisant des attentes positives et en incitant la personne à commencer un processus de changement.

L'information.

Selon les résultats des recherches, les personnes informées d'avance de ce qui se passera en thérapie manifestent des comportements plus "thérapeutiques" et présentent moins d'abandons (Beakeland et Lundwall, 1975; Garrison, 1978; Heithler, 1976; Hoehn-Saric, Frank, Imber, Nash, Stone et Battle, 1964; Jacobs, Trick et Witherspy, 1976; Zwick et Attiksson, 1985). Il s'agit donc d'un point à ne pas négliger. Il vaut toujours mieux que les clients abandonnent avant le début du groupe que pendant le groupe.

Il y a quelques années, Madeleine Beaudry et moi avons rédigé un texte d'introduction que nous donnons aux clients à la fin de l'évaluation initiale (Boisvert et Beaudry, 1985). Ce texte décrit brièvement les buts de l'entraînement aux habiletés sociales, les procédures utilisées et le fonctionnement en thérapie de groupe. De plus, nous distribuons aux gens un texte résumant les principaux points du livre "S'affirmer et communiquer" (Boisvert et Beaudry, 1979). Puis, nous leur faisons passer un questionnaire sur le contenu de ce dernier texte afin de vérifier s'ils l'ont bien compris. La présentation du texte et la vérification de la compréhension s'inspire des principes de l'enseignement personnalisé, tels qu'élaborels par Fred S.

Keller (Boisvert, 1973; Keller et Sherman, 1974; Sherman, 1974).

A un niveau clinique, j'ai cru remarquer que cette préparation à la thérapie est très efficace. Quand le groupe commence, les clients sont généralement capables:

- 1) de faire des auto-observations précises,
- 2) de définir leurs problèmes en termes concrets,
- 3) de ne pas s'attarder sur des problèmes en dehors du thème du groupe (et qu'ils doivent plutôt solutionner en thérapie individuelle) et
- 4) de s'impliquer très rapidement dans un travail de modification de leurs comportements interpersonnels, selon le modèle qui leur est suggéré.

Le début du changement. Il peut être important, durant la période pré-traitement, de commencer à faire de la restructuration cognitive, c'est-à-dire de réinterpréter certains événements sous un jour plus favorable au changement. Ainsi, le thérapeute peut aider le client à voir comment une situation interpersonnelle difficile peut être améliorée s'il modifie son propre comportement plutôt que d'attendre que les autres changent le leur.

De plus, certaines personnes ont tendance à interpréter leurs difficultés en termes de traits de personnalité; il est alors très utile de faire une reformulation en termes comportementaux. Des recherches suggèrent, en effet, qu'il est alors plus facile pour le client de modifier son comportement (Abramson, Seligman et Teasdale, 1978; Janoff-Bulman, 1979; Pretzer, Fleming et Epstein, 1983; Seligman, Abramson, Semmel et Von Baeyer, 1979).

Il est aussi important de manifester une approbation chaleureuse s'il y a un léger progrès, d'autant plus que ceci aidera à maintenir la motivation et à établir une relation thérapeutique positive.

La conception d'un programme d'entraînement

Un certain nombre d'exercices et de programmes d'entraînement aux habiletés sociales ont déjà été publiés (Goldstein, 1981; Goldstein, Sprafkin et Geishaw, 1976; Kelley, 1979; Ouellet et L'Abbe, 1986; Wilkinson et Canter, 1982). Cependant, comme il est souvent préférable que ceux et celles qui veulent faire de l'entraînement aux habiletés sociales fassent leur propre programme adapté aux besoins particuliers de leur clientèle. Les programmes disponibles demeurent cependant une source d'informations très intéressantes.

Pour élaborer un programme, on doit évidemment se servir de l'information recueillie dans les entrevues d'évaluation, les questionnaires, les jeux de rôle, possiblement auprès des conjoints, des familles, des amis ou d'autres professionnels en contact avec les clients. Si ceux-ci sont en institution, l'information sur leur fonctionnement quotidien doit aussi servir dans l'élaboration d'un programme. De plus, le clinicien doit prendre certaines décisions avant de structurer son plan d'intervention:

- 1) Le client doit-il avoir des rencontres individuelles ou peut-il participer à un groupe?
- 2) Le programme doit-il être fait en fonction de ce client particulier (programme individualisé) ou, d'une façon plus générale, répondre à un ensemble de besoins communs à plusieurs clients (programme standardisé)?

Thérapie de groupe ou thérapie individuelle?

L'entraînement aux habiletés sociales peut se faire en thérapie individuelle ou en thérapie de groupe. Quelles sont les principales raisons pour voir une personne en thérapie individuelle plutôt qu'en groupe?

Une première raison très simple est l'absence de groupe, c'est-à-dire quand il n'y a pas assez de clients pour faire un groupe. Deuxièmement, si la personne est très anxieuse et trouve qu'il lui sera trop difficile de participer à un groupe, il peut être nécessaire de commencer la thérapie par des entrevues individuelles. Troisièmement,

si le thérapeute juge que le client ne peut pas s'intégrer dans un groupe ou risque de le perturber, il choisira la thérapie individuelle afin de se concentrer sur les besoins particuliers de cette personne.

Cependant, lorsque quelqu'un a besoin d'un entraînement aux habiletés sociales et qu'il est possible de l'inscrire dans un groupe, c'est généralement la meilleure solution. Il y a peu d'études comparatives de l'efficacité du groupe par rapport à celle de la thérapie individuelle, en ce qui concerne le développement de la compétence sociale. Cependant, se basant sur des recherches plus générales, plusieurs auteurs considèrent que le groupe offre des avantages particuliers qui en font souvent le traitement de choix (Beaudry et Boisvert, 1980; Boisvert et Beaudry, 1985; Horenstein, 1979; MacKenzie, 1986; Rose, 1977; Sansbury, 1978; Toseland et Siporin, 1986).

1) Les clients qui présentent des difficultés interpersonnelles sont très souvent isolés socialement. Ils auront même, dans plusieurs cas, l'habitude de fuir les rencontres de groupe. Lorsqu'ils se retrouvent dans un groupe de personnes ayant des problèmes semblables, ils font alors l'expérience du support au changement que peut offrir le groupe. Ils peuvent partager leurs expériences et faire la découverte qu'il est important pour eux de ne pas demeurer isolés avec leurs difficultés.

2) Les possibilités d'être renforcé sont beaucoup plus grandes en groupe qu'en individuel. De même, les occasions de donner un feedback ou d'en recevoir se présentent plus souvent.

3) Le fait de voir quelqu'un d'autre progresser au niveau de sa compétence sociale peut se révéler un stimulant important. Nous verrons, dans la deuxième partie de ce texte, comment il peut être important pour les clients de pouvoir observer des modèles qui sont accessibles, i.e. qui se situent à leur niveau.

4) L'économie de temps pour le thérapeute constitue aussi un atout important. Le thérapeute peut alors prendre le temps disponible pour mieux préparer les rencontres ou pour mieux évaluer l'efficacité du traitement offert.

5) Une fois le groupe terminé, les participants qui ont créé des liens d'amitié pendant le groupe continuent souvent à se rencontrer et à se supporter dans leur démarche. Ils sont donc plus autonomes par rapport au thérapeute et se retrouvent avec des sources de renforcement plus diversifiées.

Par ailleurs, il m'apparaît rarement indiqué qu'une personne commence une thérapie individuelle en même temps qu'une thérapie de groupe, et surtout avec le même thérapeute. Le client pourra alors avoir tendance à négliger l'une ou l'autre (Bernard et Drob, 1985). Mais, lorsqu'une personne est en thérapie individuelle depuis un certain temps avec un thérapeute autre que le thérapeute de groupe, il ne m'apparaît pas contre-indiqué qu'elle commence une thérapie de groupe tout en continuant en individuel.

Programme individualisé ou standardisé?

Bien sûr, si on travaille en thérapie individuelle, l'entraînement aux habiletés sociales sera le plus individualisé possible. Mais en groupe, on peut avoir comme but soit de répondre aux besoins individuels de chacun des participants (programme individualisé), soit de répondre à un ensemble de difficultés identifiées pour un groupe donné (programme standardisé).

Programme individualisé. Un programme individualisé est planifié en fonction des buts spécifiques de chaque client. A chacune des rencontres, celui-ci travaille sur un aspect particulier de son problème, que ce soit en thérapie individuelle ou en groupe.

Dans ce type de programme, il est important d'ordonner les thèmes, de façon à ce que la personne puisse modifier son comportement selon un rythme qui lui convient. Ceci peut nécessiter la "dissection" systématique d'un thème particulier en

petites séquences ou scènes, chacune décrite en termes comportementaux. Par exemple, prenons le thème de "la participation à la conversation avec des collègues de travail". Détailées en trois étapes, les séquences peuvent être:

- 1) Initier une conversation. Les comportements à apprendre sont alors les suivants: regarder la personne, poser une question ouverte, etc.
- 2) Maintenir la conversation. Les comportements à apprendre sont alors les suivants: écouter l'autre, donner de l'information sur soi, poser d'autres questions, etc.
- 3) Terminer la conversation. Les comportements à apprendre sont alors les suivants: dire une phrase brève et polie qui permet de clore la conversation, quitter la personne, etc.

Programme standardisé. Un programme standardisé prend davantage la forme d'un cours avec exercices pratiques. Il aborde de façon systématique l'apprentissage d'habiletés sociales de base. Le choix des thèmes et du contenu du programme dépend alors des buts de l'entraînement. Il peut s'agir:

- a) d'un entraînement général aux habiletés sociales.
- b) d'un entraînement associé à une situation spécifique (par exemple, se chercher du travail)
- c) d'un entraînement associé aux besoins spécifiques de la population à laquelle le programme s'adresse (par exemple, auprès de délinquants).

Que choisir? Est-il préférable d'utiliser un programme standardisé ou un programme individualisé quand on fait un groupe? On ne trouvera pas de réponse à cette question dans la littérature expérimentale. Mais, on peut croire qu'un programme individualisé a plus de chances d'être efficace, étant donné qu'il repose sur une analyse plus spécifique des difficultés de la personne. Toutefois, l'emploi d'un programme standardisé permet d'économiser du temps et d'éviter d'oublier des thèmes importants.

Il me semble que la meilleure solution consiste donc à élaborer d'abord un programme standardisé, surtout si on en est à ses premières armes dans le domaine, puis à individualiser progressivement à mesure qu'on prend de l'expérience. En combinant ainsi les deux types de programmes, on peut répondre rapidement aux besoins communs à la majorité des participants (avec des éléments d'un programme standardisé), tout en prenant une bonne partie du temps de la thérapie pour aider à la solution des problèmes individuels.

La structuration d'un groupe

Le nombre de participants. D'après mon expérience, le groupe idéal se compose de 8 à 12 participants. J'ai déjà fait des groupes de 4 ou 5 participants. Mais, les échanges sont alors moins enrichissants parce que moins nombreux. Il y a moins de possibilités de support, d'entraide et de cohésion de groupe. De plus, les exercices et les jeux de rôles sont faits continuellement avec les mêmes personnes, de sorte qu'ils deviennent rapidement moins intéressants.

Pour avoir finalement 8 à 12 participants, il faut parfois recevoir, avant l'évaluation initiale, une trentaine de demandes, dépendamment du contexte dans lequel on travaille. En effet, la conception de l'entraînement aux habiletés sociales est souvent vague dans l'esprit des candidats comme des référents. Par conséquent, plusieurs références se révéleront non pertinentes au cours de l'évaluation initiale. Plusieurs candidats seront donc refusés ou décideront d'eux-mêmes de ne pas poursuivre cette démarche.

Suite à l'évaluation initiale, on peut alors se retrouver avec 15 à 20 participants. Par la suite, il y a toujours un certain nombre de personnes qui abandonnent soit immédiatement avant que le groupe commence soit après la première rencontre. Ils le font pour diverses raisons: problème d'horaires, manque de motivation, trop grande anxiété dans le groupe, etc.

Donc, pour pouvoir faire un groupe de 8 à 12 personnes, on voit qu'il est important d'avoir initialement environ 30 demandes et d'en accepter environ 15.

Le nombre de thérapeutes. Évidemment, le nombre de thérapeutes dépend du nombre de participants, et vice versa. Par exemple, pour un groupe de 12 clients, il est souhaitable qu'il y ait deux thérapeutes. Cependant, ce nombre peut être accru dans des circonstances particulières. Ainsi, si vous supervisez des stagiaires, vous pouvez faire des activités en sous-groupe et leur en confier la responsabilité. A mon avis, il s'agit là d'une activité très formatrice.

Le sexe des participants. Un groupe idéal est composé d'un nombre à peu près égal de femmes et d'hommes. Il est sans doute préférable d'éviter qu'un participant se retrouve dans un groupe composé presque exclusivement de personnes du sexe opposé. Ce client pourrait se sentir mal à l'aise de partager ses expériences personnelles avec les autres clients et perdre ainsi certains avantages de la thérapie de groupe. Ceci n'est toutefois pas une règle absolue et il ne faut pas avoir peur de faire des expériences nouvelles.

Par exemple, il y a quelques années, nous (Madeleine Beaupré et moi) avons commencé un groupe en faisant deux sous-groupes distincts: un sous-groupe de femmes avec thérapeutes féminins et un sous-groupe d'hommes avec thérapeutes masculins. Les deux sous-groupes se sont rencontrés séparément à six reprises. Puis, nous les avons réunis pour six autres rencontres.

Nous faisions alors l'hypothèse que ces clientes et ces clients seraient plus à l'aise pour discuter des difficultés qui les concernent en tant que femmes ou en tant qu'hommes, dans un groupe composé uniquement de personnes de leur sexe plutôt que dans des groupes mixtes. A un niveau purement clinique, il nous est apparu que cette hypothèse avait été confirmée: les échanges dans chacun des sous-groupes se sont amorcés très rapidement et semblaient très fructueux.

De plus, il y a eu un peu moins d'abandons que dans les groupes que nous avions faits antérieurement, probablement parce que les participants et les participantes se trouvaient alors moins perturbés par des comportements de séduction et par l'anxiété hétérosexuelle qui s'y trouve souvent reliée. Par ailleurs, le groupe a paru moins long, puisqu'après six rencontres, les clients avaient l'impression de recommencer une nouvelle expérience de groupe.

Cependant, au niveau des résultats aux questionnaires, il n'y a pas eu de différence significative par rapport aux groupes faits antérieurement. De plus, quelques clients ont dit qu'ils préféraient le groupe mixte parce qu'il se rapprochait davantage de la réalité de leurs contacts quotidiens. Enfin, le groupe mixte, ayant plus de participants, semblait plus stimulant.

Nous en avons conclu qu'il serait peut-être préférable de faire un moins grand nombre de rencontres séparées (peut-être trois ou quatre) et un plus grand nombre de rencontres mixtes (entre cinq et huit). C'est ce que nous avons essayé en 1985. Pendant les quatre premières rencontres, les femmes et les hommes étaient dans des sous-groupes différents. A la cinquième rencontre, nous avons laissé les participants décider eux-mêmes de la composition des sous-groupes et ils ont fait des groupes mixtes. Encore une fois, plusieurs nous ont dit préférer de beaucoup les groupes mixtes. Après ces deux essais, je crois qu'à l'avenir, nous ferons autant que possible des groupes mixtes.

L'âge. Dans nos groupes, l'âge a varié de 21 à 60 ans. Nous avons cru observer que la différence d'âge permet des échanges variés et des types d'interactions qui se rapprochent des expériences de la vie quotidienne. La mixité semble donc aussi importante au niveau de l'âge qu'au niveau du sexe.

L'homogénéité des difficultés. Une certaine homogénéité des difficultés présentées par les clients semble être un facteur important pour la bonne marche d'un groupe. Pour assurer cette homogénéité, certains problèmes constituent des motifs

valables pour refuser un client: agressivité non contrôlée, délires, phase maniaque, comportements très étranges, etc. Les personnes présentant de tels problèmes déparent souvent le bon fonctionnement d'un groupe (Toseland et Siporin, 1986). Par ailleurs, plus un groupe est homogène (par exemple, des groupes de schizophrènes, de femmes violentées, etc.), plus il est valable d'utiliser un programme standardisé adapté aux besoins des participants.

Le nombre de rencontres. L'évaluation initiale et la préparation à la thérapie demandent généralement de 2 à 5 rencontres, selon l'importance que l'on accorde à cette phase. Pour ma part, je crois qu'il ne faut pas lésiner sur le nombre de rencontres pré-traitement. Il s'agit d'une phase capitale, dont dépend en grande partie le niveau de succès d'une thérapie. En plus de permettre l'évaluation des problèmes interpersonnels, ces premières rencontres servent à établir des objectifs individuels, à favoriser un contact personnalisé avec un thérapeute, à encourager l'engagement de chaque participant dans une démarche de changement et à le préparer à l'expérience de groupe.

En ce qui concerne l'entraînement lui-même, la formule qui m'apparaît actuellement la plus valable consiste à faire 8 rencontres hebdomadaires, suivies de 1 à 2 rencontres de relance quelques semaines ou quelques mois plus tard. Les rencontres de relance servent à vérifier si l'amélioration se maintient et si les clients poursuivent par eux-mêmes la thérapie, à les encourager dans leurs efforts personnels et à leur donner une aide supplémentaire si de nouvelles difficultés se présentent. Il semble préférable de fixer d'avance le nombre de rencontres et d'en informer les participants dès l'évaluation initiale. Les recherches suggèrent qu'une telle formule peut être plus efficace (ou, du moins, aussi efficace) qu'une thérapie ayant une durée non déterminée d'avance (Butcher et Koss, 1978; Strassberg, Anchor, Cunningham et Elkins, 1977). En accord avec ces recherches, je considère de plus que, même si les clients désirent poursuivre les rencontres au-delà du nombre déterminé à l'avance, il est généralement bon de mettre un terme aux rencontres afin de ne pas créer de dépendance et de favoriser l'autonomie.

Il arrive aussi que des clients nous demandent de participer à un second groupe. J'hésite beaucoup à acquiescer à une telle demande. Il me semble qu'après 10 à 15 rencontres, chacun sait ce qu'il peut faire pour poursuivre ou maintenir son évolution. Il ne doit plus compter uniquement sur le support du groupe ou des thérapeutes. Il vaut mieux alors orienter la personne vers une thérapie individuelle où il est peut-être plus facile de travailler sur les besoins de dépendance.

La première rencontre de groupe: favoriser la cohésion

La première rencontre de groupe revêt une importance particulière. Elle doit permettre de créer, dès le début, une cohésion dans le groupe, ce qui semble être un facteur thérapeutique important de même qu'un moyen d'éviter un trop grand nombre d'abandons (Beaudry et Boisvert, 1980; Bednar et Kaul, 1978; Boisvert et Beaudry, 1985). Il y a donc lieu, dès cette première rencontre, de structurer le groupe dans un sens qui favorisera la cohésion.

Les sous-groupes homogènes. Il y a plusieurs façons d'augmenter la cohésion dans un groupe. L'une d'elles consiste à faire des sous-groupes homogènes. Cependant, il peut aussi y avoir des avantages à une certaine hétérogénéité. Par exemple, si un sous-groupe est composé uniquement de personnes qui ont de la difficulté à commencer une conversation, il risque d'être fort peu animé. L'important est donc de savoir bien balancer les ressemblances et les différences, de trouver un équilibre entre l'homogénéité et l'hétérogénéité. D'après moi, les groupes présentant une "certaine" hétérogénéité favorisent davantage l'apprentissage, même s'ils sont moins propices à la cohésion.

Le tutoiement et l'emploi des prénoms. Un autre moyen d'augmenter la cohésion consiste à favoriser le tutoiement et l'emploi des prénoms entre les participants

et aussi avec les thérapeutes. Il demeure toutefois possible qu'il ne soit pas recommandable d'employer un tel moyen, selon les caractéristiques socio-culturelles d'une population donnée. En effet, pour certaines personnes, une telle pratique peut représenter un manque de respect et il est souvent peu utile de chercher à changer cette conception.

Les premiers exercices. Une autre façon d'augmenter la cohésion consiste à faire des activités ou des exercices dans ce sens. Il est souvent souhaitable de sacrer la première rencontre à peu près exclusivement à ce type d'exercices. Depuis plusieurs années, j'ai pris l'habitude de commencer les groupes en faisant trois exercices: le "jeu des prénoms", l'"exercice du journaliste" et la "discussion des règles du groupe". Ces activités s'inspirent du livre de Merritt et Walley (1977).

Brièvement, le "jeu des prénoms" est un exercice où chacun doit dire de mémoire le prénom d'une personne du groupe, choisie par l'animateur. Les participants et les thérapeutes sont assis en cercle et l'animateur qui dirige le jeu est debout, au centre du cercle. Celui-ci pointe du doigt un participant ou un thérapeute et dit "gauche" ou "droite". La personne désignée doit alors dire le nom de la personne à sa gauche ou à sa droite, selon le cas. Pour mettre un peu de "piquant" à cet exercice, on peut y ajouter des variantes. Par exemple, celui ou celle qui n'arrive pas à se rappeler le nom de la personne désignée doit prendre le rôle de l'animateur au centre. Ou encore, l'animateur dit "gauche - droite" et alors, chacun doit se trouver une place différente (comme dans le jeu bien connu de la "chaise musicale") et la personne qui finalement n'a pas de chaise devient l'animateur au centre. Une autre variante consiste, pour l'animateur au centre, à demander le nom de d'autres personnes que celles qui sont immédiatement à la gauche ou à la droite de la personne désignée, en disant par exemple "3e à gauche" ou "5e à droite". Cet exercice semble particulièrement efficace pour diminuer l'anxiété des participants et pour mettre, dès le début, un peu d'humour et de camaraderie dans le groupe.

Dans l'"exercice du journaliste", les participants et les thérapeutes se divisent en sous-groupes de deux. Puis, chacun recueille des informations personnelles sur la personne avec qui il se trouve et les transmet ensuite à tout le groupe. La "discussion des règles du groupe" consiste à demander aux clients de discuter des règles qu'ils voudraient donner au groupe. On peut leur suggérer un certain nombre de thèmes de discussion, comme par exemple:

- 1) le nombre d'absences ou de retards permis,
- 2) le fait d'avertir de son absence ou de son retard,
- 3) la confidentialité (par rapport aux sous-groupes et au grand groupe): par exemple, peut-on parler de ce qui se passe dans le groupe sans nommer personne ou sans parler de situations spécifiques? (Bien sûr, il faut dès le début exiger de chacun la plus grande confidentialité concernant les révélations personnelles des participants; ce thème a donc principalement pour but de sensibiliser les participants à l'importance de la confidentialité.)
- 4) les participants à l'importance de la confidentialité,
- 5) le fait de manger, de boire ou de fumer au cours des rencontres,
- 6) le moment et la durée des rencontres,
- 7) la pause-café,
- 8) l'utilisation du matériel audio-visuel au cours des rencontres,
- 9) la possibilité pour les thérapeutes d'utiliser les enregistrements audio-visuels pour faire de l'enseignement en dehors des rencontres (en leur précisant bien que si cela devait se faire, les participants auraient toujours le choix de signer ou non une autorisation écrite),
- 10) les contacts entre les participants en dehors des rencontres, le co-voiturage (ce thème a surtout pour but de leur indiquer que certains participants seraient sans doute heureux de bénéficier d'un transport en auto pour venir au groupe),

11) la stabilité des sous-groupes (il semble généralement important que la composition des sous-groupes demeure la même tout au long des rencontres afin de faciliter les échanges plus personnels et le thérapeute doit le faire remarquer; cependant, il est intéressant que les participants en discutent entre eux et formulent leur opinion sur ce sujet),

12) et tout autre sujet de leur choix.

Les participants et les thérapeutes se divisent en petits sous-groupes de 4 à 5 personnes et font cette discussion. Une personne de chaque sous-groupe note les opinions des participants. Ensuite, chaque sous-groupe fait un rapport verbal du fruit de ses discussions à tout le groupe et il y a une prise de décision commune sur les règles du groupe.

Cet exercice sur les règles du groupe me semble très important, car il permet aux clients de participer dès le début à l'organisation du groupe et de se sentir alors impliqués dans "leur" groupe.

La structure des rencontres subséquentes

Au cours des rencontres suivantes, on peut procéder de différentes façons: soit travailler uniquement sur les problèmes individuels, (programme individualisé) ou procéder par thèmes (par exemple, "faire des critiques", "maintenir une conversation", etc. - programme standardisé), ou encore combiner les deux approches. Pour ma part, je préfère généralement combiner les deux approches. Je mets l'emphase sur la résolution des problèmes individuels, mais presque à chaque rencontre, je fais un exposé et des exercices sur un thème qui me paraît répondre aux besoins de la majorité des participants.

Chacune des rencontres est donc structurée de la façon suivante: pendant la première partie, les participants se retrouvent en grand groupe. Dès leur arrivée, ils remplissent l'échelle de malaise de leur questionnaire individuel. Ensuite, nous faisons soit des jeux de rôle portant sur leurs difficultés actuelles, soit un exposé et des exercices sur un thème particulier.

Entre-temps, les réponses aux questionnaires individuels sont compilées par micro-ordinateur à l'aide d'une "base de données". Ainsi, les thérapeutes-animateurs des sous-groupes ont à leur disposition, lors de la deuxième partie, le détail comparatif des résultats de chacun des clients depuis le pré-test ainsi qu'un graphique portant sur l'évolution de chacun.

Pendant la deuxième partie, les participants se réunissent en sous-groupes sous la responsabilité d'un thérapeute-animateur. Ils prennent alors connaissance de leurs résultats au questionnaire individuel, présentent leurs auto-observations de la semaine et parlent de leurs succès et de leurs difficultés. Puis, ils décident sur quels comportements ils vont travailler au cours de la semaine suivante et quels exercices ils feront. Ils peuvent aussi faire un bref jeu de rôle en rapport avec leurs difficultés.

Conclusion

Nous avons vu, dans ce texte, comment faire l'évaluation de candidats à un entraînement aux habiletés sociales, comment préparer les clients à cette forme de thérapie et comment concevoir la structure d'un tel programme thérapeutique. La deuxième partie sera consacrée aux procédures de traitement de même qu'au contenu d'un entraînement aux habiletés sociales et sera publiée dans le prochain numéro de la Revue.

RÉFÉRENCES

- ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P., TEASDALE, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-94.
- ARGYLE, M. (1984). Some new developments in social skills training. *Bulletin of the British Psychological Society*, 37, 405-410.

ARKOWITZ, H. (1981). Assessment of social skills. In M. Hersen et A.S. Bellack (Eds), *Behavioral assessment: A practical handbook* (2e édition). New York: Pergamon.

ARRINDELL, W.A., VAN DER ENDE, J. (1985). Cross-sample invariance of the structure of self-reported distress and difficulty in assertiveness: Experiences with the Scale for Interpersonal Behaviour. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 7, 205-243.

BAEKELAND, F., LUNDWALL, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.

BEAUDRY, M., BOISVERT, J.M. (1980). L'approche behaviorale et la thérapie de groupe. *Service Social*, 29, 113-124.

BEDNAR, R.L., KAUL, T.J. (1978). Experiential group research: Current perspectives. In S.L. Garfield et A.E. Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2e édition). New York: Wiley.

BERNARD, H.S., DROB, S. (1985). The experience of patients in conjoint individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 129-146.

BENVENU, M.J. (1970). A guide to accompany the Interpersonal Communication Inventory. Document inédit.

BENVENU, M.J. (1971). An Interpersonal Communication Inventory. *Journal of Communication*, 21, 381-388.

BENVENU, M.J., STEWART, D.W. (1976). Dimensions of interpersonal communication. *Journal of Psychology*, 83, 105-111.

BLAKE, D.D., ANDRASIK, F., McCARRAN, M.S., QUINN, S., BARNETT (November 1984). A Concurrent validity of six separate measures of social skill. Document présenté au Congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy. Philadelphie, Pennsylvanie.

BOISVERT, J.M. (1973). Application de l'analyse du comportement dans l'enseignement supérieur. *Bulletin de l'Association pour l'Analyse et la Modification du Comportement*, 3, 11-17.

BOISVERT, J.M., BEAUDRY, M. (1979). *S'affirmer et communiquer*. Montréal: Éditions de l'Homme.

BOISVERT, J.M., BEAUDRY, M. (1985). Les difficultés interpersonnelles et l'entraînement aux habiletés sociales. In O. Fontaine, J. Cottreau et R. Ladouceur (Eds), *Cliniques de thérapie comportementale*. Liège, Belgique: Mardaga.

BOISVERT, J.M., BEAUDRY, M., MARCHAND, A., MALO, S. (1979). Les effets d'un programme d'entraînement à la communication et à l'affirmation de soi. *Revue de Modification du Comportement*, 9, 71-86.

BOUCHARD, M.A., VALIQUETTE, C., NANTEL, M. (1975). Etude psychométrique de la traduction française du Rathus Assertiveness Schedule. *Revue de Modification du Comportement*, 5, 89-103.

BOURQUE, P., LADOUCEUR, R. (1978). Validation de l'échelle d'assertion pour adultes de Gay, Hollanderworth et Galassi. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 10, 351-355.

BUTCHER, J.N., KOSS, M.P. (1978). Research on brief and crisis-oriented psychotherapies. In S.L. Garfield et A.E. Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2e édition). New York: Wiley.

CORRIVEAU, D.P., GALUSKA, E., WOODS, S., MELLO, T., GORDON, M. (Novembre 1984). Practical innovations in the assessment of social skill and social anxiety. Document présenté au Congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy. Philadelphie, Pennsylvanie.

CURRAN, J.P., MILLER, I., ZWICK, W., MONTI, M., STOUT, R. (1980). The socially inadequate patient: Incidence rate, demographic features and hospital and post-hospital functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 375-382.

GAMBRILL, E.D., RICHEY, C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.

GAMBRILL, E.D., RICHEY, C.A. (1986). Criteria used to define and evaluate socially competent behavior among women. *Psychology of Women Quarterly*, 10, 183-196.

GARRISON, J.E. (1976). Written vs. verbal preparation of patients for group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 130-134.

GAUTHIER, J., SAMSON, P., TURBIDE, D., LAWSON, J.S. (1981). Adaptation française du Social Self-Esteem Inventory. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 13, 218-225.

GOLDSTEIN, A.P. (1981). *Psychological skill training: The structured learning technique*. New York: Pergamon.

GOLDSTEIN, A.P., SPRAFKIN, R.P., GERSHAW, N.J. (1976). *Skill training for community living: Applying structured learning therapy*. New York: Pergamon.

GRIFFITHS, R.D.P. (1980). Social skills and psychological disorder. In W.T. Singleton, P. Spurgeon et R.B. Stammers (Eds), *The analysis of social skill*. New York: Plenum.

HEITLER, J.B. (1976). Preparatory techniques in initiating expressive psychotherapy with lower-class, unsophisticated patients. *Psychological Bulletin*, 83, 339-352.

Appendice A

- HOEHN-SARIC, R., FRANK, J.D., IMBER, S.D., NASH, E.H.JR., STONE, A.R., BATTLE, C.C. (1964). Systematic preparation of patients for psychotherapy: I. Effects on therapy behavior and outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 2, 267-281.
- HORENSTEIN, M. (1979). Les thérapies comportementales en groupe. *Journal de Thérapie comportementale*, 1, 75-83.
- JACOBS, M.K., TRICK, O.I., WITHERSTY, D. (1976). Pretraining psychiatric inpatients for participation in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 361-367.
- JANOFF-BULMAN, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.
- KAZDIN, A.E. (1979). Sociopsychological factors in psychopathology. In A.S. Bellack et M. Hersen (Eds) *Research and practice in social skills training*. New York: Plenum.
- KELLER, F.S., SHERMAN, J.G. (1974). *The Keller Plan Handbook: essays on a Personalized System of Instruction*. Menlo Park, California: Benjamin.
- KELLEY, C. (1979). *Assertion training: A facilitator's guide*. La Jolla, California: University Associates.
- MACKENZIE, K.R. (1986). Commentary: "When to recommend group treatment". *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 207-210.
- MCCORMICK, I.A. (1984). A simple version of the Rathus Assertiveness Schedule. *Behavioral Assessment*, 7, 95-99.
- MERRITT, R.E., WALLEY, D.D. (1977). *The Group leader's handbook: resources, techniques and survival skills*. Champaign, Illinois: Research Press.
- QUELLET, R., L'ABBE, Y. (1986). *Programme d'entraînement aux habiletés sociales*. Brossard, Québec: Éditions Behaviora.
- PETERSON, D.R. (1979). Assessing interpersonal relationships by means of interaction records. *Behavioral Assessment*, 1, 221-236.
- PRETZTER, J.L., FLEMING, B., EPSTEIN, N. (1983). Cognitive factors in marital interaction: The role of specific attributions. Document présenté au World Congress of Behavior Therapy, Washington, D.C.
- ROSE, D.D. (1977). *Group therapy: a behavioral approach*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- SANSBURY, D.L. (1979). The role of the group in behavioral group therapy. In D. Upper et S.M. Ross (Eds), *Behavioral group therapy, 1979: an annual review*. Champaign, Illinois: Research Press.
- SELLIGMAN, M.E.P., ABRAMSON, L.Y., SEMMEL, A., VON BAEYER, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-248.
- SHERMAN, J.G. (Ed.) (1974). *Personalized System of Instruction: 41 germinal papers*. Menlo Park, California: Benjamin.
- STRASSBERG, D.S., ANCHOR, K.N., CUNNINGHAM, J., ELKINS, D. (1977). Successful outcome and number of sessions: When do counselors think enough is enough? *Journal of Counseling Psychology*, 24, 477-480.
- TOSELAND, R.W., SIPORIN, M. (1986). When to recommend group treatment: A review of the clinical and the research literature. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36, 171-201.
- TRYON, G.S. (1986). Client and counselor characteristics and engagement in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 471-474.
- WILLKINSON, J., CANTER, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design and management of training*. New York: Wiley.
- ZWICK, R., ATKISSON, C.C. (1985). Effectiveness of a client pretherapy orientation videotape. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 514-524.

Description des interactions

- 1.- Dans quelles conditions cette interaction s'est-elle produite? C'est-à-dire où et quand? Et quels étaient vos sentiments au moment où l'interaction a commencé?
- 2.- Comment l'interaction a-t-elle débuté? Qui a dit ou fait quoi à qui?
- 3.- Que s'est-il produit ensuite? S.V.P. décrivez l'échange du début à la fin. Qui a dit ou fait quoi à qui? Qu'avez-vous pensé ou ressenti? Qui est-ce que l'autre (ou les autres) personnels(s) semblaient penser ou ressentir? Comment cela s'est-il terminé?

4.- Indiquez en pourcentage jusqu'à quel point vous êtes satisfait(e) de votre façon d'agir dans cette interaction: 0% signifie que vous êtes extrêmement insatisfait(e) de votre comportement, 50% que vous n'êtes ni satisfait(e) ni insatisfait(e), 100% que vous êtes extrêmement satisfait(e) et les autres % indiquent des degrés de satisfaction ou d'insatisfaction intermédiaires.

Je suis satisfait(e) à % de ma façon d'agir dans cette interaction.

5.- Si vous êtes insatisfait(e) de votre comportement dans cette interaction, écrivez comment vous aimeriez agir à l'avenir dans une situation semblable?

P.S. Si nécessaire, vous pouvez prendre une autre feuille pour compléter vos réponses.
