

Serveur Académique Lausannois SERVAL serval.unil.ch

Author Manuscript

Faculty of Biology and Medicine Publication

This paper has been peer-reviewed but does not include the final publisher proof-corrections or journal pagination.

Published in final edited form as:

Title: Intérêt d'un modeling adapté pour les adolescents souffrant de troubles psychiatriques sévères en vue d'intégrer un groupe d'entraînement aux habiletés sociales : une illustration clinique / Modeling adapted to adolescents suffering from severe psychiatric disorders with the objective of joining a social skills training group: A clinical example

Authors: Frédéric Lambelet, Sébastien Urben, Stéphane Gener, Gregory Mantzouranis, Laure Jaugey, Afrodite Kapsaridi, Caroline Lepage, Laurent Holzer

Journal: Journal de thérapie comportementale et cognitive

Year: 2017

Volume: 27

Issue: 2

Pages: 50-59

DOI: 10.1016/j.jtcc.2016.11.001

In the absence of a copyright statement, users should assume that standard copyright protection applies, unless the article contains an explicit statement to the contrary. In case of doubt, contact the journal publisher to verify the copyright status of an article.

Intérêt d'un modeling adapté pour les adolescents souffrant de troubles psychiatriques sévères en vue d'intégrer un groupe d'entraînement aux habiletés sociales : Une illustration clinique

Modeling adapted to adolescents suffering from severe psychiatric disorders with the objective of joining a social skills training group: A clinical example

Frédéric Lambelet¹, Sébastien Urben², Stéphane Gener¹, Gregory Mantzouranis², Laure Jaugey¹, Afrodite Kapsaridi², Caroline Lepage¹, Laurent Holzer¹

¹ Centre Thérapeutique de Jour pour Adolescents, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Av. de Beaumont 48, 1012 Lausanne, Suisse

² Unité de Recherche, SUPEA, CHUV, Avenue d'Echallens 9, 1004 Lausanne, Suisse

Auteur de correspondance

Frédéric Lambelet

Centre Thérapeutique de Jour pour Adolescents, Avenue de Beaumont 48, 1012 Lausanne, Suisse

Phone +41 21 314 17 30

Fax +41 21 314 17 35

Email : Frederic.Lambelet@chuv.ch

Conflit d'intérêt

Aucun

Titre court : Modeling adapté et groupe d'entraînement aux habiletés sociales

Remerciements :

Nous tenons à remercier chaleureusement tous les patientes et patients qui ont participé à ce programme d'entraînement aux habiletés sociales, ainsi que toute l'équipe du Centre Thérapeutique pour sa collaboration et son travail, en particulier Muriel Hafil, Vanessa Baier, Jérôme Favrod, Aurélie Monney, Yannick Heim. Nous tenons également à remercier et à rendre hommage à Eric Aerni pour son soutien.

RESUME

L'adolescence est une période durant laquelle les compétences sociales se développent et se perfectionnent. Toutefois, un manque de compétences sociales est objectivé chez certains jeunes souffrant de troubles psychiatriques sévères. Pour tenter de compenser ce déficit, un entraînement aux habiletés sociales (EHS) a été développé au Centre Thérapeutique de Jour pour Adolescents (CTJA) à partir des thérapies cognitives et comportementales. Ce groupe thérapeutique ouvert inclut plusieurs modules ciblant des compétences sociales différentes (allant de l'établissement d'un premier contact à savoir se séparer). Cependant, certains patients ne semblent pas aptes à fonctionner dans les modules proposés en raison de leurs comportements d'évitement face au groupe.

A l'aide d'une vignette clinique, nous illustrons comment un travail thérapeutique utilisant des techniques de modelage associé à un style relationnel soutenant a pu aider une patiente à améliorer son estime d'elle-même, à relativiser l'importance donnée au regard des autres, à s'affirmer et à se montrer plus apte à faire face aux enjeux des relations interpersonnelles. Ainsi, cet article met en lumière la façon d'articuler les techniques de modelage et l'EHS, ainsi que l'importance de valoriser l'implication proactive du personnel soignant en hôpital de jour.

Mots clés : Entraînement aux habiletés sociales, adolescence, troubles psychiatriques, comportement d'évitement, modelage

Modeling adapted to adolescents suffering from severe psychiatric disorders with the objective of joining a social skills training group: A clinical example

Adolescence is a critical period for the development and perfecting of social skills, in particular through assertiveness (Alberti & Emmons, 1974). The process of socialization is necessary for the social adaptation of individuals (Favrod et al., 2000).

However, a lack of social skills is documented in certain young people suffering from anxiety, mood or psychotic disorders (Rubin & Burgess, 2001). Group social skills training (SST) aims to alleviate atypical and negative social functioning (George & Vera, 1999) with positive effects on self-esteem (Seo et al., 2007). The concept of assertiveness (Hargie, 2011), which implies better self-assertion and an ability to stand up for oneself whilst respecting others, is equally particularly important in treating the mechanisms of social withdrawal and isolation with a view to social and professional integration.

At the day care centre for adolescents (CTJA), which welcomes young people between the ages of 13 and 18 suffering from severe psychiatric disorders, a weekly one-and-a-half-hour group social skills workshop is offered. This workshop is an integral part of the treatment plan's therapeutic activities linked to an individualized and adapted special education teaching program. More specifically, social skills training (SST) is offered in an open group in the spirit of cooperation and rehabilitation (Bion, 1995) and consists of five modules targeting different social skills (from establishing first contact to knowing when to leave). Based on functional analysis using the French SECCA model (stimulus, emotion, cognition, behaviour, anticipation), these modules include strategies from cognitive-behavioral therapy adapted to adolescents (George & Vera, 1999), self-assertion tools (Cungi, 2005), elements of cognitive restructuring (Hope et al., 2010), as well as emotional input from the third wave of cognitive-behavioral therapies (Cottraux, 2007).

However, some patients do not appear able to function in the proposed modules due to timidity, inhibition or because their disorder is too great a hindrance. In these cases, the use of different strategies is necessary to enable the young people to participate in the group. Firstly, to counteract avoidance behaviour in SST, Lieberman et al. (2005) encourages patients to understand the reasons for opposition and temporary blockage in order to treat them. Specific attention is then given to the modeling technique which corresponds to the processes resulting in imitation and whose application includes exposition to models behaving in an appropriate and socially acceptable manner (Lieberman et al., 2005). Social learning, the setting up of positive expectations, directives during the exercise, as well as the transfer of skills learnt in the everyday situations of patients favor positive reinforcement by therapists and peers. Modeling by the therapist consists of regularly communicating how the carer perceives what they imagine the emotional state of the patient to be. This technique provides an analysis of another person's position by trying to understand their cognitions and emotions in order to be more assertive (Bricout & Chaperon, 2015). A clinical vignette helps to show the way in which therapeutic work using modeling associated to a supportive relationship style and Socratic questioning (Padesky, 1993) can help a patient in terms of self-esteem, the ability to relativize the view of others and, consequently, cope with the challenges of interpersonal relationships. This article highlights the way of articulating modeling techniques and SST, as well as specific support favoring integration into therapeutic workshops. Thus, proactive investment by the care staff aimed at better accompanying patients with avoidance behaviour is to be encouraged.

Keywords: Social skills training, Adolescence, Psychiatric disorders, Avoidance behavior, Modeling

1. Les habiletés sociales

Le processus de socialisation est nécessaire à l'adaptation sociale des individus. Les habiletés sociales renvoient aux capacités spécifiques permettant à une personne d'agir socialement de manière adéquate [1,2]. Elles favorisent aussi le développement des aptitudes telles que la négociation, la coopération, l'intimité et la réciprocité, acquises durant les interactions sociales. Dans cette perspective, l'affirmation de soi est une habileté sociale fondamentale qui favorise l'adoption des comportements sociaux adaptés permettant aux individus de se défendre, tout en respectant les perspectives des autres [3].

Toutefois, lorsqu'un adolescent présente des troubles psychiatriques tels que des troubles anxieux, de l'humeur ou psychotiques, l'apprentissage de ces habiletés n'est pas aisé [4]. Les difficultés liées à la gestion des émotions, au stress ou à l'anxiété sociale empêchent le processus de socialisation [4]. Ces difficultés peuvent mener au retrait social et à l'isolement, renforçant l'angoisse déjà présente. Dans le cadre du travail clinique, le concept d'assertivité s'avère particulièrement important pour comprendre ces mécanismes, puisqu'il permet d'expliquer certains comportements sociaux peu efficaces, à savoir lorsqu'ils sont agressifs ou au contraire inhibés [5].

En effet, le retrait social et l'anxiété représentent des éléments communs au manque de compétence en habiletés sociales et aux pathologies telles que les troubles anxieux, dépressifs ou psychotiques [6]. Ceci suggère qu'un travail centré sur l'assertivité semble donc indiqué pour les jeunes souffrant de ces troubles.

Dans cette perspective, il a été montré que des interventions spécifiques (*social skills training* dans la littérature anglo-saxonne) améliorent les comportements socialement adaptés et se répercutent positivement sur l'estime de soi [7,8]. En effet, l'affirmation de soi peut être améliorée par le biais d'interventions thérapeutiques de groupe. L'entraînement aux habiletés sociales, issu des thérapies cognitives et comportementales (TCC), vise à pallier les difficultés liées au fonctionnement social atypique des personnes souffrant de troubles psychiatriques [9-12]. Plus généralement, Bion [13], l'un des premiers auteurs à avoir conceptualisé le travail thérapeutique dans le groupe, avait émis l'hypothèse de l'existence d'une « mentalité du groupe ». Selon cette hypothèse les difficultés des participants se manifestent au sein du groupe, permettant à chacun de coopérer avec le groupe, en fonction de ses propres capacités. Ainsi tous les participants peuvent bénéficier de la variabilité de caractéristiques présentes dans le groupe, tout en prenant conscience du pluralisme des modèles d'action. Plus spécifiquement, l'entraînement aux habiletés sociales (EHS) constitue une thérapie de groupe fondée sur l'affirmation de soi, ainsi que sur la résolution de problèmes interpersonnels [1,2].

2. Le groupe d'entraînement aux habiletés sociales (EHS) au Centre Thérapeutique de Jour pour Adolescents (CTJA)

Le Centre Thérapeutique de Jour pour Adolescent (CTJA) est rattaché au Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) du canton de Vaud (Suisse). Il accueille 18 adolescents de 13 à 18 ans et est organisé sur le mode d'un hôpital de jour et d'une école spécialisée. Toutes les psychopathologies sévères émergeant à l'adolescence y sont accueillies.

Le programme hebdomadaire offert aux jeunes est constitué à 50% d'activités thérapeutiques, animées tant par des intervenants soignants (infirmiers, éducateurs, ergothérapeutes, assistants sociaux) que par des thérapeutes (médecins pédopsychiatres et psychologues). Différents modèles théoriques inspirent ces ateliers. L'entraînement aux habiletés sociales, la métacognition (réflexion sur ses propres mécanismes de pensée), la relaxation, un travail d'ergothérapie, les jeux dramatiques, un atelier jeux vidéo, l'expression artistique, le sport et des ateliers de prévention des comportements à risque ou de jeux, sont autant d'ateliers figurant au programme. L'autre moitié est consacrée à la sphère scolaire par le biais de périodes de classe animées par des enseignants spécialisés (enseignement individualisé et

adapté).

En 2005, les modules de l'atelier d'EHS ont été construits sur les concepts de Libermann [14], l'un des pionniers de l'entraînement aux habiletés sociales. En effet, l'approche centrale et globalisante de Libermann et al. [14] reprend la démarche empirique.

Dans la perspective d'allier clinique et recherche, nous avons œuvré à évaluer les modules proposés sur plusieurs années. Nous avons gardé une même méthodologie afin de permettre une évaluation basée sur les preuves [15]. Depuis, les apports de Bricout et Chaperon [16] ont conduit à proposer certaines adaptations en matière d'affirmation de soi auprès des adolescents. Notons que les animateurs sont formés en TCC et plus précisément aux stratégies de modelage (*modeling*), de façonnage (*shaping*) et de coaching. De plus, selon Bricout et Chaperon [16], le traitement privilégié pour l'anxiété sociale se compose de relaxation, de désensibilisation systématique, d'immersion, de restructuration cognitive et d'affirmation de soi. Notons que les attitudes parentales sont des facteurs de maintien pris en compte dans le cadre des entretiens de famille.

Ajoutons que le temps de l'analyse fonctionnelle SECCA se déroule par entrevue en individuel, avant d'entrer en groupe d'EHS, afin de bien cibler les objectifs spécifiques à travailler au sein du groupe.

2.1. Présentation de l'EHS

L'EHS représente ainsi une thérapie de groupe qui consiste en une simulation de situations interpersonnelles problématiques auxquelles les adolescents sont amenés à se confronter pendant le jeu de rôle. En se basant sur l'analyse fonctionnelle, les thérapeutes arrivent à identifier le problème et définissent ainsi un cadre d'activité pour le groupe d'EHS. Il est organisé comme un groupe semi-ouvert, afin de permettre l'intégration des patients tout au long de l'année. Ainsi, dès l'arrivée d'un adolescent au CTJA, il lui est possible de s'intégrer au groupe tout en étant encadré par les soignants et les médecins. Au CTJA, le groupe peut accueillir neuf patients au maximum.

L'EHS se compose de séances collectives d'une heure et demie, chaque semaine, durant la prise en charge. Un animateur mène l'atelier en suivant le planning de chaque module, le second co-anime, soutient les patients les plus en difficulté et prend les notes dans un journal de bord. Il se met en situation de jeu de rôle, selon les besoins, coachant les patients durant le jeu, ou encore soufflant le contenu de l'habileté travaillée qui est d'ailleurs modélisée par des gestes indicateurs. Notons que ces rôles sont interchangeables.

Au début de chaque séance, l'agenda est planifié, illustrant le contenu des thèmes à aborder. Puis une vérification du bon accomplissement des tâches à domicile distribuées lors de la séance précédente s'effectue. En fin de chaque séance, les tâches à domicile sont une nouvelle fois distribuées, afin de mettre en action l'habileté enseignée durant le groupe. Une pause-thé conviviale est systématiquement intégrée à l'activité du groupe. De plus, l'EHS aborde des éléments de la psychologie positive et du renforcement positif. Notons que la dimension ludique et le co-partenariat sont deux fondements théoriques du cadre de l'atelier.

L'EHS s'organise en cinq modules de cinq séances (Voir Tableau 1).

Tableau 1. Modules, objectifs et exercices proposés à Anne au cours de l'entraînement aux habiletés sociales

Table 1. Modules, objectives and exercises proposed to Anne during the social skills training

| Modules et séances | Objectifs thérapeutiques | Exemples d'exercices |
|--|--|--|
| Module 1 : Contact | | |
| 1. Se présenter | Lutter contre l'absentéisme d'Anne | Analyse fonctionnelle SECCA en individuel |
| 2. Donner des informations | Prévenir la somatisation à l'infirmerie (soins) | Réfléchir au fait de venir au groupe |
| 3. Anxiété sociale | Inviter Anne au groupe en observation | Venir uniquement pour boire le thé |
| 4. Anxiété de performance | Exposition progressive au groupe (valorisation) | Écouter l'atelier sans devoir parler |
| 5. Respect mutuel | Accepter de relever ses qualités (sans jeu de rôle) | Donner son avis oralement |
| Module 2 : Boîte à outils relationnels | | |
| 6. Critique positive | Auto-valorisation (échange verbal) | Arriver dans le groupe : relever le positif |
| 7. Faire un compliment | Se sentir à l'aise dans le groupe | Faire un compliment sur le groupe |
| 8. Gestion de la colère | Favoriser l'expression orale (modèle joué par les adultes) | Répartir les responsabilités dans son problème |
| 9. Demande claire | Mettre en œuvre le jeu de rôle (en restant assise) | Faire une demande claire (premier jeu de rôle) |
| 10. Affirmation empathique | Se décentrer | Se mettre à la place de l'autre |
| Module 3 : Boîte à outils relationnels | | |
| 11. Résolution de problèmes | Exposition progressive au jeu de rôle (en restant assise) | Accepter et recevoir des compliments |
| 12. Résolution de problèmes | Parvenir à faire un jeu de rôle (dans l'espace de jeu) | Entretenir une discussion (questions ouvertes) |
| 13. Résolution de problèmes | Consolider l'aptitude à faire un jeu de rôle | Entretenir une discussion (questions ouvertes) |
| 14. Résolution de problèmes | S'affirmer face aux autres patients | Savoir répondre à une insulte |
| 15. Résolution de problèmes | Trouver un problème à aborder devant le groupe | Désarmer la colère de son père |
| Module 4 : Activation comportementale | | |
| 16. Assumer son corps | Assumer un habillement professionnel | Abandonner son training pour mettre un jeans |
| 17. Faire face à la critique | Relativiser le regard de l'autre | Voir l'effet de son look sur autrui |
| 18. Défendre ses intérêts | S'exposer au jeu de rôle | Demander à un jeune de respecter ses limites |
| 19. Généralisation des acquis | S'affirmer en dehors des séances | Parler positivement aux gens |
| 20. Exposition comportementale | Préparer et structurer les recherches de stage (jeu de rôle) | Téléphoner à l'orientation professionnelle |
| Module 5 : Rupture et séparation | | |
| 21. Anxiété de séparation | Préparer la sortie du CTJA | Entretenir des liens, fixer des RDV |
| 22. Exprimer ses sentiments pénibles | Faire le deuil de l'hôpital de jour | Exprimer au groupe l'inquiétude face au départ |
| 23. Désarmer la colère | Désarmer sa colère pour aborder les difficultés | Exprimer à son père son incompréhension |
| 24. 3 ^e vague | Accepter les remarques | Être affirmée en entretien professionnel |
| 25. Se pencher sur ses émotions | Gérer le stress de l'entretien professionnel | Préparer son stage |

Le premier module se nomme « contact ». Il vise à poser les bases éthiques, les notions de confidentialité, ainsi que les règles de l'atelier et les valeurs de respect mutuel et réciproque dont les animateurs sont garants. Les jeunes apprennent à se présenter en abordant directement les gens, à donner des informations sur leurs goûts, à poser des questions, à soutenir le regard face à l'autre et à privilégier des questions ouvertes. Tout comme dans une situation sociale réelle, des enjeux liés aux sentiments d'incompétence sociale ou d'anxiété dans un contexte d'exposition peuvent être présents. L'accent est donc mis sur l'anxiété sociale ou de performance par l'observation des attitudes anxieuses de l'entourage.

Le deuxième module est centré sur une « boîte à outils relationnels » [9], tels que l'affirmation de soi empathique ou encore le travail sur la clarification de l'information transmise afin de formuler une demande ou une information apte à rester directes et précises. Parmi les outils proposés dans ce module, l'accent est mis sur le fait de formuler positivement une critique ou un compliment, afin d'agir spécifiquement sur l'estime de soi, ce qui s'avère particulièrement efficace avec les troubles de l'humeur. Nous entraînons également la gestion des émotions, telles que la gestion de la colère et de la peur, ainsi que d'autres aspects comme la gestion de la violence, la capacité à savoir assumer ses erreurs ou encore la capacité à dire non. En outre, nous enseignons la technique du « disque rayé » qui est employée pour apprendre à dire non de manière adéquate et efficace au travers d'un jeu de rôle. Plus précisément, le participant doit formuler le mot « non », en le répétant et en modulant le volume de sa voix de telle manière à parvenir à mettre un terme à la discussion. D'autres approches ludiques [12] sont intégrées, comme le fait de s'interviewer à la manière d'un journaliste, ou de jouer un plateau de cinéma pour mettre en lumière les différents types de problèmes possibles dans la communication interpersonnelle, en lien avec une timidité pathologique ou une agressivité.

Le troisième module porte sur la résolution de problèmes. Il consiste à nommer un problème en le formulant à la première personne puis d'y inclure une dimension émotionnelle évaluée sur une échelle de 1 à 10. Un but à atteindre est défini, avant de proposer une dizaine de solutions alternatives incluant les plus farfelues. Celles qui ne permettent pas d'atteindre le but sont alors éliminées. L'évaluation des avantages et des inconvénients de chaque solution s'opère avant la mise en place de leur hiérarchisation. L'objectif de ce processus étant de ne retenir qu'une seule solution vue comme la plus adaptée. Les solutions préférées sont ensuite appliquées dans un jeu de rôle, conformément aux éléments de la boîte à outils appris dans le module précédent. Ce module est également centré sur la restructuration cognitive, dont l'objectif est une modulation des pensées négatives voire angoissantes, comme par exemple le fait d'apprendre à être moins sévère avec soi-même ou de trouver des pensées alternatives [17]. Avant d'y parvenir les adolescents sont entraînés à l'identification des pensées automatiques.

Le quatrième module est centré sur l'activation comportementale. Il s'oriente ainsi sur la généralisation des acquis à l'extérieur de l'institution. Au cours de ce module, les participants sont chargés de petites tâches à réaliser à domicile. Par exemple, le fait d'apprendre à faire ou à recevoir un compliment, d'agir pour faire face à une critique, d'apprendre à se défendre face à une insulte ou encore de défendre ses intérêts, sont autant de tâches qui se sont avérées pertinentes pour les participants. Ce module se centre également sur la gestion émotionnelle de la colère envers soi ou autrui ; pour y parvenir, la relaxation et la restructuration cognitive sont une nouvelle fois centrales.

Le cinquième module est théoriquement pensé pour préparer les jeunes en fin d'année scolaire à quitter le CTJA. Il s'agit d'y aborder les questions de rupture ou de séparation. Ce module répond ainsi volontiers aux problématiques liées à l'anxiété de séparation. L'anxiété de séparation consiste en une peur excessive d'être séparé de ses parents ou d'autres figures d'attachement. Son caractère pathologique provient de son aspect persistant et excessif quand l'enfant grandit et que cette peur interfère avec la scolarité ou les activités extra scolaires, comme au sein des contacts avec les autres. Selon Bricout et Chaperon [16], le dénominateur

commun réside dans l'émergence d'une peur majeure dans toute situation conduisant les individus en dehors de leur domicile. Ainsi pendant ce module, les adolescents apprennent à se pencher sur leurs propres émotions, à exprimer des sentiments pénibles, ou encore à désarmer leurs propres colères ou celles d'autrui, au travers d'outils issus de la troisième vague des TCC (ACT, Mindfulness, thérapie émotivo-rationnelle) [18].

2.2. L'analyse fonctionnelle

Dans le cadre du suivi thérapeutique, le thérapeute effectue une analyse fonctionnelle SECCA (stimulus, émotion, cognition, comportement, anticipation) comme première étape de la thérapie cognitive et comportementale. L'évaluation par analyse fonctionnelle du comportement sert à déterminer une séquence antécédent-comportement-conséquence (modèle opérant) qui aide à identifier la fonction d'un comportement cible. Le co-animateur, en tant que référent soignant, utilise également le modèle SECCA pour pallier les difficultés concrètes que rencontrent les patients durant le temps de leur prise en charge. Dans le cadre du groupe d'EHS, une ou plusieurs analyses fonctionnelles SECCA précèdent l'entrée dans le groupe d'EHS, afin d'identifier le ou les problèmes cibles dans le cadre des difficultés interpersonnelles. Avant chaque résolution de problème interpersonnel, l'animateur procède à une analyse SECCA simple et adaptée à la compréhension et au niveau cognitif des membres du groupe. Les analyses fonctionnelles illustrent en termes de pensée, de regard sur soi et d'émotion comment se présentent les patients sur le plan du comportement dans le groupe.

Le modèle de la grille SECCA [16] a été privilégié car il met en relation les éléments visant à identifier le problème cible, l'événement déclencheur de ce dernier ainsi que les facteurs de maintien. Il met en interaction la situation et les éléments d'anticipation tout comme les émotions. Ces dernières articulent les liens entre les significations personnelles et les cognitions personnelles, mais aussi les comportements observables et les conséquences sur l'environnement.

3. Le modelage

Pour certains patients il n'est pas simple d'intégrer le groupe d'EHS. Il s'agit surtout des adolescents qui manquent d'affirmation de soi (inhibés) ou qui en possèdent trop (agressifs-assertifs). Aussi, Liberman, Derisi et Mueser [14] suggèrent que pouvoir appréhender les patients en tant que personnes aptes à mobiliser le maximum de leurs ressources psychologiques et environnementales ainsi que leurs expériences antérieures d'apprentissage, permet de surmonter les comportements d'évitement-dans le cadre de l'EHS. En particulier, pour contrer la résistance au changement qu'un patient pourrait éprouver, Liberman et collègues [14] suggèrent qu'il faut comprendre les raisons de l'opposition et du blocage temporaire afin de les prendre en compte. Aussi, pour faire face aux comportements d'évitement, il s'agirait de parvenir à aider le patient à progresser dans l'apprentissage et dans la mise en place des habiletés sociales à travers une stratégie particulière. Il s'agit d'expliquer avec conviction, enthousiasme et persévérance les raisons et les buts d'intégrer un groupe d'EHS, tout en tenant compte des difficultés intrinsèques du patient, à savoir son éventuel manque de motivation, ses déficits cognitifs, les effets secondaires des traitements médicamenteux ou encore ses symptômes négatifs inhérents aux troubles psychiatriques. Dans cette perspective, le fait d'employer l'humour dans le cadre d'une alliance thérapeutique de bonne qualité, avant même le début de l'EHS, permet de diminuer les comportements visant à éviter la confrontation au groupe.

Les balises théoriques du modelage trouveraient leur principes pédagogiques de base dans des éléments mis en œuvre pour optimiser le développement et l'utilisation de la compétence sociale, à savoir, « l'utilisation d'un modèle et son imitation, quelquefois appelée apprentissage par observation, la mise en place d'attentes positives, un renforcement positif, des directives pendant les exercices et le transfert des habiletés apprises dans le milieu de vie naturel des patients » [14]. Le modèle se réfère à celle ou celui dont le comportement est

imité. Le modelage correspond à l'ensemble des processus qui aboutissent à l'imitation et dont les applications comprennent l'exposition des sujets à des modèles se comportant de manière adaptée et socialement acceptable [14]. L'entraînement consiste à se retrouver dans un groupe nouveau, rencontrer des personnes inconnues, ou encore parler de soi en public, ce qui reste une situation anxiogène pour la plupart des adolescents. Le modelage par le thérapeute consiste, selon Bricout et Chaperon [16], à communiquer régulièrement ce que le soignant perçoit de ce qu'il imagine de l'état émotionnel du patient, ou de ce qui permet, par mimétisme, de développer le « savoir-ressentir ».

4. Utilisation d'un modèle (modelage) en jeu de rôle

L'illustration clinique se propose de présenter le coaching spécifique amené par l'un des animateurs du groupe d'EHS, sur la base des modèles théoriques du « modelage », mais aussi sur la base d'un style relationnel soutenant (alliance thérapeutique et langage socratique) et sur la mise en avant des aspects d'adaptation progressive qui influencent et favorisent l'entrée dans les expositions comportementales que sont les jeux de rôles et qui permettent une meilleure intégration dans le groupe d'EHS.

En particulier, un jeu de rôle est proposé dans lequel le thérapeute joue l'un des protagonistes (ou les deux dans le cas d'Anne) afin de montrer comment utiliser l'expression du ressenti pour sortir d'une situation qui conduit à l'escalade de l'agressivité ou à la rupture du dialogue. Le patient répond alors au thérapeute (ou pas dans le cas d'Anne) imposant une évaluation systématique de la part du corps soignant mais aussi en fonction du groupe de pairs. Le modelage reste une approche consistant à mettre au bon niveau la souffrance présentée par le patient, afin de lui faire ressentir ce qui est nécessaire et utile en lui montrant l'étape suivante à acquérir, en termes de résolution de problème ou de comportement à adopter. De plus, il s'agit d'essayer de s'ajuster au niveau cognitif et comportemental de l'interlocuteur, afin de trouver la bonne entrée pour initier l'échange, en amont, afin d'avoir accès au processus de restructuration cognitive. Notons qu'une difficulté générale et spécifique liée aux adolescents réside dans le fait de ne pas parvenir à proposer un point de vue alternatif à celui qu'ils ont choisi [16].

Aussi, le coaching spécifique permet une analyse de la position de l'autre en essayant de comprendre ses cognitions et ses émotions afin de mieux s'affirmer [9]. D'autre part, l'observation porte sur soi, l'autre et la relation entre soi et l'autre. À noter que la construction de l'alliance thérapeutique préalable au jeu de rôle permet aux jeunes de se sentir suffisamment à l'aise devant le groupe et de se sentir « libérés » de ces angoisses. Cela permet une prise de recul par rapport à la situation entraînant des réactions mal adaptées, une mise au point du contenu et du message en fonction de l'aptitude de l'autre à recevoir, à travers l'observation directe, l'écoute active, la vérification des hypothèses, l'identification des alternatives, la levée des incertitudes.

Plus spécifiquement, Liberman et Coll. [14] nous invitent à l'utilisation d'un modèle en EHS, en jouant un jeu de rôle en lieu et place d'un individu donné dans une situation-problème, ce qui permet d'illustrer de manière fictive une situation interpersonnelle et d'en extraire une démonstration suggérée, ainsi que de mettre en place un « rétrocontrôle correctif » (un feedback permettant l'amélioration de ses comportements). De fait, cette démarche réellement vécue par le patient, vise à ce qu'il puisse s'exposer devant le groupe en reproduisant le jeu de rôle, afin d'en ressentir les différentes composantes cognitives, émotionnelles et comportementales. Une telle exposition doit impérativement être encouragée par les observateurs, adultes et pairs, par la valorisation de ses composantes positives et efficaces. L'affirmation de soi, ainsi travaillée, implique un façonnage progressif (*shaping*), notamment grâce aux processus de rétrocontrôle. L'apprentissage de chaque compétence sociale passe par une phase d'apprentissage explicite impliquant la définition de son but, la démonstration de sa mise en action (*modelage*) et sa pratique à travers un jeu de rôle renforcé par les pairs dans un contexte d'apprentissage social. Un coaching vise à accompagner l'adolescent pendant une

exposition aux regards des autres potentiellement angoissante, à minimiser son stress et à le rassurer. Ils complètent les connaissances des adolescents par des interventions psychoéducatives. L'ensemble des compétences travaillées dans le groupe d'EHS sont progressivement exposées dans le milieu à travers la distribution de tâches à domicile et révisées lors de la séance suivante.

5. Stratégies concrètes et illustration clinique

Selon Liberman et collaborateurs [14], pour pallier la résistance des patients au groupe d'EHS, il s'agit dans un premier temps d'estimer les besoins du patient, puis de formuler les objectifs et les attentes du patient, grâce notamment à une analyse fonctionnelle. Il devient alors possible d'intégrer des aides éventuelles à l'entraînement. Il faut encore dresser un aperçu du réseau social des patients, tout en intégrant la culture familiale, l'état émotionnel et encore l'état psychologique du patient. Apprendre à exprimer les raisons ayant conduit un patient à fréquenter une structure de soins a été proposé comme un outil important [14]. Après l'identification des besoins d'un patient survient l'étape de la mise en place des objectifs d'entraînement et une élaboration des objectifs favorables, car il est vrai que pour certains patients l'adaptation difficile aux relations sociales ne provient pas d'un déficit en habiletés sociales mais plutôt d'une mauvaise évaluation de leur capacités, les amenant ainsi à éviter les situations sociales [14]. De ce fait, les troubles psychiatriques sévères s'accompagnent d'un déficit les amenant dans un cercle vicieux à sous-estimer leurs capacités, évitant ainsi les relations sociales et l'utilisation de répertoires de pratiques sociales.

Dans ce but, il a été proposé de restructurer les attentes sociales, de réveiller la volonté de se confronter aux situations sociales, en commençant progressivement par des situations simples et, par-là, d'accroître la confiance en soi [14].

Le questionnement socratique en quatre étapes selon Padesky [19] est utilisé en groupe TCC, car il favorise l'identification des biais cognitifs permettant ainsi d'aller au plus proche de là où en est le patient pour mieux le comprendre. En plus de l'alliance thérapeutique et de l'adaptation progressive aux expositions, ces principes sont autant d'outils choisis pour pallier les comportements d'évitement dans un groupe de travail. [17].

Afin de prévenir les comportements d'évitement, il s'agit de définir en équipe les rôles spécifiques de chaque intervenant. Pour certains patients trop inhibés ou trop agressifs, l'intérêt peut être de présenter un modèle en jouant à leur place un jeu de rôle avec un autre animateur. Pour d'autres patients, les positionner en tant que simple observateur s'est avéré particulièrement intéressant. Il est ainsi possible de permettre à certains patients d'observer diverses alternatives de jeux de rôles, sans les impliquer au niveau comportemental, mais en les sollicitant sur le plan cognitif, afin de leur permettre de se positionner face à un choix en stratégie de résolution de problèmes la plus efficace de leur propre point de vue. Pour favoriser un processus de participation progressive, il est conseillé de mettre en perspective les attentes du patient avec les buts et les résultats de la séance [19], grâce notamment à la présentation des objectifs propres à chaque module (indication de ce qui va se passer). Il est ensuite apparu nécessaire d'aider les patients à comprendre les rôles propres à chacun (intervenants et adolescents) dans le groupe et au travers de son fonctionnement (utilisation de modèles à imiter, tâches à effectuer hors séances).

6. Présentation du cas clinique

Les stratégies mises en place afin de diminuer le comportement d'évitement au groupe d'EHS vont être décrites. Pour ce faire, le cas d'Anne représente un bon exemple puisqu'il permettra au lecteur de mieux comprendre les enjeux du processus d'adaptation.

La prise en charge d'Anne a débuté suite à un abus sexuel (attouchement commis par un pair) en milieu scolaire. Cet abus, banalisé par la famille, a conduit la patiente pendant cinq mois à des comportements auto-agressifs compris comme une réponse à des montées d'angoisse, auxquelles participaient aussi un climat familial difficile, une pression sur les résultats

scolaires de la part de la mère et des antécédents de mauvais traitements de la part d'un père maniaco-dépressif ainsi que la souffrance inhérente à la schizophrénie de la sœur. Un épisode de scarifications étendues (bras, jambes et cou) a conduit la patiente à une première hospitalisation pour une durée de trois mois dans une unité pour adolescents. À ce stade, la patiente regrettait qu'on lui ait porté secours. Peu avant la fin de cette première hospitalisation, l'abus sexuel a fait l'objet d'un signalement au Service de Protection de la Jeunesse (SPJ). Les parents ont alors pu reconnaître le tort subi par leur fille. Le mois suivant la sortie de l'hôpital, la patiente était à nouveau hospitalisée dans un contexte où elle se sentait incapable de reprendre sa scolarité en raison notamment de l'angoisse liée au fait que l'abus subi avait été signalé. Anne bénéficiait alors d'un traitement par antipsychotique en mono-thérapie. Cette seconde hospitalisation d'un mois lui a permis un soutien pour l'obtention de son certificat de fin d'études secondaires. Parallèlement, Anne qui ne supportait plus l'atmosphère familiale, faisait des démarches par elle-même pour aller en foyer via le SPJ avec un projet de préapprentissage dans le commerce. La patiente consommait alors passablement de substances, notamment alcool et cannabis.

Malgré la mise en place d'un foyer, la situation se soldait par un nouvel échec. En effet, un mois plus tard, Anne était pour la troisième fois hospitalisée durant trois mois, en raison d'un tentamen médicamenteux. C'est dans ce contexte de « Trouble anxieux et dépressif mixte » (CIM 10 : F41.2) que la patiente nous a été adressée pour une prise en charge en postcure qui durera huit mois. Après trois semaines, Anne parvenait à suivre à 100% son programme au CTJA. En raison de recrudescences anxieuses répétitives, le traitement médicamenteux a été ajusté à plusieurs reprises (association d'antipsychotiques et d'un antidépresseur). Le processus de prise en charge au CTJA s'est également attaché à soutenir l'orientation professionnelle ce qui a permis à la patiente de quitter le centre pour débiter un apprentissage.

6.1. Évolution d'Anne au sein du groupe d'EHS

Au moment de l'admission d'Anne, un premier module d'EHS débutait. Anne se montrait alors clairement résistante au groupe d'EHS en se montrant évitante. D'une part au moment des séances elle avait tendance à quitter le CTJA sans autorisation. D'autre part, elle se plaignait de manière systématique de maux somatiques requérant l'infirmier, ou encore demandant fréquemment un entretien avec son thérapeute en raison d'idées noires. Ces comportements renforçaient auprès des pairs l'idée qu'elle était peu habile socialement ce qui alimentait son anxiété sociale. Une analyse fonctionnelle effectuée en individuel (voir Figure 1 pour illustration) par son référent soignant présentait une situation où le fait de faire un jeu de rôle dans le groupe d'EHS était anxiogène pour elle. Sur le plan émotionnel, son anxiété liée au regard de l'autre s'exprimait en termes de pensées automatiques d'auto-dévalorisation, étant persuadée qu'elle n'avait pas d'intérêt pour autrui, ce qui relevait d'un important manque d'estime de soi. En termes d'anxiété de performance, elle pensait ne pas être capable de parvenir à dire quoi que se soit de sensé devant autrui, ce qui relevait d'un défaut de confiance en soi. D'autres analyses fonctionnelles montraient un schéma redondant de perfectionnisme, de forte inhibition et d'hyper-exigence envers elle-même.

Une alliance thérapeutique a pu être instaurée avec elle dès le début des entretiens. Parmi les objectifs thérapeutiques, l'élaboration d'un programme individualisé a permis la mise en évidence des buts à atteindre dans le cadre de l'EHS, tels que parvenir à s'intégrer dans une classe avec des inconnus, rétablir un rythme nyctéméral et améliorer ses aptitudes sociales à tous les niveaux (estime de soi, confiance en soi et affirmation de soi). Dans un premier temps, il a été possible d'inviter Anne au sein de l'EHS en l'exposant pour de courts instants au groupe notamment sur les temps de pauses-thé, moments qu'elle appréciait particulièrement. Un « contrat » thérapeutique que nous avons passé lui permettait d'y venir en tant qu'observatrice uniquement. Ses craintes d'être jugée par autrui ont été amoindries en encourageant le groupe à privilégier une démarche respectueuse face au fait qu'elle puisse rester passive pendant l'EHS.

La première séance où elle s'est montrée active faisait partie du Module 1 sur la psycho-éducation de l'anxiété. Elle parvenait à effectuer des tâches à domicile en observant l'anxiété des autres (observer une situation problème chez autrui). Plus tard, elle avait pour tâche de réfléchir à l'idée de faire un jeu de rôle et à des situations de psychologie positive pour « amener une situation positive vécue durant la semaine ». La position en cercle du groupe a favorisé dans un premier temps l'expression de quelques points de vue de sa part à partir de la cinquième séance. Au cours des séances suivantes, l'émergence d'une participation aux résolutions de problèmes, un des éléments fondateurs du jeu de rôle, ont permis la levée d'une partie de ses comportements d'évitement et ainsi de prendre une place plus centrale dans le groupe.

À ce stade, elle pouvait venir au groupe et se sentir à l'aise sans se sentir trop confrontée. Parvenant progressivement à s'exprimer davantage au fil des séances, elle a été amenée à faire une critique positive à ses camarades, ce qui la mettait en situation de compétence. Anne acceptait également dès la septième séance de relever les qualités de ses pairs mais sans pour autant accepter de recevoir des compliments. Anne ne parvenait pas encore à utiliser le questionnement positif, un outil d'affirmation de soi consistant à aider l'interlocuteur à verbaliser ce qu'il trouvait bien chez elle [9].

Une étape intéressante a été sa première tâche lors de la huitième séance : faire un compliment sur le groupe d'EHS. Ensuite nous avons abordé le fait de répartir les responsabilités collectives dans une situation donnée, exercices qui lui ont particulièrement plu.

De plus, Anne avait obtenu la possibilité par son thérapeute d'être systématiquement exemptée des ateliers de relaxation hebdomadaires (p.ex., pleine conscience, bodyscan [20]) offerts dans le programme thérapeutique. En effet, ces moments d'approche par le vecteur corporel étaient source d'angoisse et d'images cognitives effrayantes. La patiente était alors envahie par des images cognitives visualisant des personnages morts et ensanglantés ou encore des scènes de mises à mort.

Signalons qu'au final Anne parviendra à acquérir ces techniques de relaxation en passant par différentes étapes d'expositions progressives. D'abord par des temps de relaxation individualisés, puis par quelques temps réduits d'observation en groupe, sorte d'expositions qui lui ont permis de s'habituer et d'intégrer des connaissances simples comme la respiration en imaginant parcourir un carré (respiration rythmée) qui s'avéra pertinente pour gérer ses crises d'angoisses.

Ajoutons que, durant les temps de relaxation qu'elle manquait, le fait de lui donner des petits textes (fiches techniques) concernant la boîte à outils relationnels et interpersonnels [9], a aidé. Son niveau cognitif et ses compétences en lecture le permettant, il était aisé et porteur d'échanger avec elle sur le contenu de ses lectures. Ces moments de partage en séances individuelles laissaient percevoir l'émergence d'un certain plaisir. Cette stratégie se révélera *sera* par la suite être un levier déterminant pour l'intégration d'Anne dans le groupe d'EHS, puisque ses nouvelles connaissances lui ont permis de se sentir renforcée positivement pour participer aux jeux des rôles, dans une certaine confiance en elle pour répondre aux questions élaborées dans le groupe. En effet, lorsqu'il s'agissait par exemple de proposer des solutions alternatives dans le cadre d'une résolution de problèmes d'un autre camarade, Anne proposait régulièrement l'un ou l'autre des éléments de la boîte à outils relationnels. Il est intéressant à ce stade de souligner que si la porte d'entrée corporelle par la relaxation demeurait une impasse, celle du travail cognitif était à privilégier.

À partir de la neuvième séance, Anne se montre apte à entrer progressivement dans le jeu de rôle assise sur sa chaise, sans nécessiter que l'adulte joue le rôle à sa place. Ensuite, à la douzième séance, rassurée par le cadre sécurisant et non-jugeant, elle parviendra finalement à jouer dans l'espace de jeu.

6.2. L'impact positif du référent soignant

Le co-animateur est le référent soignant d'Anne. Insistons sur l'impact positif du statut de référent soignant participant au groupe, apte à relever chaque effort et petit progrès qu'Anne pouvait effectuer, tant face au groupe, qu'en situation interpersonnelle en entretien thérapeutique avec le thérapeute, ou dans le cadre des entretiens de famille.

Ainsi cette relation privilégiée permet de mieux adapter le niveau d'intensité de l'exposition en jeu de rôle. Durant les quatre premières séances, Anne s'est retrouvée dans le groupe, sans que les animateurs ne lui demandent de faire le premier pas. Elle parvient à interagir depuis sa place jusqu'à la onzième séance alors qu'elle n'est pas mise en situation de jeu de rôle. Ce cadre acceptable la met en confiance et favorise son échange verbal sans qu'elle ne s'en rende compte, fournissant ainsi, sans mise en avant, du matériel suffisant pour progresser dans le processus d'affirmation de soi. La prise de conscience de ce petit progrès constitue un renforcement sur le plan cognitif. Par la suite, elle pourra être félicitée pour la mise en œuvre de l'habileté sociale et valorisée pour la compétence de participation au groupe par les animateurs et les pairs, avec pour effet un renforcement positif. Notons qu'Anne a ainsi réussi à sécuriser son attachement au groupe, étant également un peu entraînée malgré elle dans la dynamique de l'EHS.

Progressivement, dès la douzième séance, dans ce groupe et par habitude, Anne est parvenue à intégrer le jeu de rôle sans que nous ayons à le faire à sa place, grâce à un encouragement collectif. Ces exercices la rendaient fière d'elle et véritablement souriante. Dès la treizième séance, dépassant son inhibition relative aux jeux de rôles, elle parviendra à les effectuer devant le groupe comme la plupart des autres patients.

7. Conclusion

Ce travail illustre l'intégration progressive d'une patiente au sein d'un groupe d'EHS [14]. En utilisant les bases théoriques du modelage [16], ainsi qu'un style relationnel soutenant (alliance thérapeutique, humour et langage socratique [19]) en plus des aspects d'adaptation progressive, la patiente a pu intégrer les jeux de rôles. Ces efforts stratégiques ont permis de lutter activement contre les comportements d'évitement [14] manifestés par la patiente.

Ainsi le choix judicieux des outils des thérapies cognitives et comportementales en fonction de l'état clinique et de la disponibilité du patient faciliterait l'intégration dans le groupe. Cette illustration clinique suggère que d'autres patients pourraient en bénéficier autant que possible. Cet accompagnement permettant d'agir sur les comportements d'évitement des patients présentant une souffrance psychique implique un investissement proactif de la part du personnel soignant.

Cette réussite illustre les possibilités d'adaptation individuelle et d'intégration dans le cadre d'un groupe d'EHS. Pour ce faire, il semble primordial d'encourager les efforts fournis par un personnel soignant en hôpital de jour. L'investissement proactif visant à mieux accompagner les patients en souffrance psychique permet une levée partielle des comportements d'évitement et mérite que l'on s'y attarde.

Références

1. Favrod J, Caffaro M, Grossenbacher B, Rubio A, Von Turk A. Entraînement à la résolution de problèmes interpersonnels avec des personnes atteintes de schizophrénie dans différentes conditions de traitement. *Ann Med Psychol* 2000;158(4):302-11.
2. Favrod J, McQuillan A, Pomini V, Ferrero FP. Training interpersonal problem-solving skills in French-speaking Switzerland. *Int Rev Psychiatry* 1998;10(1):30-4.
3. Alberti R, Emmons M. *Your perfect right*. San Luis Obispo: Impact Press; 1974.
4. Rubin KH, Burgess KB. Social withdrawal and anxiety. In: Vasey MW, Dadds MR, editors. *The Developmental Psychopathology of Anxiety*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 407-34.
5. Hargie O. Standing up for yourself: The skill of assertiveness. In: Hargie O, editor. *Skilled interpersonal communication: Research, theory, and practice*. New York, NY: Routledge; 2011. p. 313-48.
6. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophr Bull* 2006;32(suppl 1):S44-S63.
7. Murphy G, Murphy LB. *Experimental social psychology*. Oxford, England: Harper; 1931. 709 p.
8. Seo J-M, Ahn S, Byun E-K, Kim C-K. Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2007;21(6):317-26.
9. Cungi C. *Savoir s'affirmer en toute circonstance*. Paris: Retz; 2005.
10. George G. Les thérapies d'affirmation de soi : applications et techniques chez les adolescents. *Ann Med Psychol* 2001;159:717-21.
11. George G. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent. *Ann Med Psychol* 2002;160:456-60.
12. George G, Vera L. *La timidité chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Dunod; 1999.
13. Bion WR. Group dynamics: A review. In: Klein M, Heinmann P, Money-Kyrle RE, editors. *New directions in psychoanalysis*. London, United Kingdom: Tavistock Publications; 1955.
14. Liberman RP, Derisi WJ, Mueser KT. *Entraînement aux habiletés sociales pour les patients psychiatriques*. Paris: Retz; 2005.
15. Holzer L. *Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent : Une approche basée sur les preuves*. Bruxelles: De Boeck; 2015.
16. Bricout L, Chaperon A-F. *L'affirmation de soi pour les enfants et les adolescents*. Paris: Dunod; 2015.
17. Hope DA, Burns JA, Hayes SA, Herbert JD, Warner MD. Automatic thoughts and cognitive restructuring in cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognit Ther Res* 2010;34(1):1-12.
18. Cottraux J. *Thérapie cognitive et émotions, la troisième vague*. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2007.
19. Padesky CA. Socratic Questioning: Changing Minds or Guiding Discovery? Keynote Address European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies. London, September 24, 1993
20. Williams JMG, Russell I, Russell D. Mindfulness-based cognitive therapy: Further issues in current evidence and future research. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(3):524-9.

Figure 1. Analyse fonctionnelle
Figure 1. Functional analysis

Grille SECCA
synchronique

