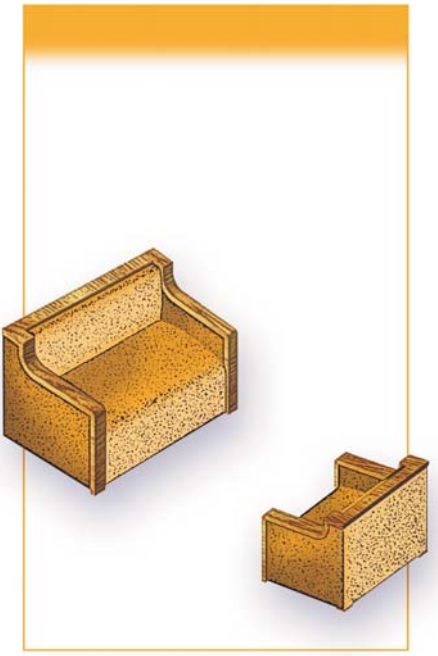
Anne-Marie CARIOU-ROGNANT
Anne-Françoise CHAPERON
Nicolas DUCHESNE

L'affirmation de soi par le jeu de rôle

en thérapie comportementale et cognitive



DUNOD

L'affirmation de soi par le jeu de rôle

Collection *Psychothérapies*
(Extraits)

Ouvrages généraux

J. Audet, D. Katz, *Précis de victimologie générale*

C. Ballouard, *Le Travail du psychomotricien*

M. Bertrand,*Trois outils pour la psychanalyse*

A. Bioy, A. Maquet, *Se former à la relation d'aide*

A. Bioy, D. Michaux *et al.*, *Traité d'hypnothérapie*

A. Boyer-Labrouche, *Manuel d'art-thérapie*

M.-C. Célérier, *Psychothérapie des troubles somatiques*

O. Chambon, M. Marie-Cardine, *Les Bases de la psychothérapie*

J.-P. Chartier, *Guérir après Freud*

A. Delourme, E. Marc, *Pratiquer la psychothérapie*

A. Delourme, E. Marc *et al.*, *La supervision en psychothérapie et psychanalyse*

G. Ducourneau, *Éléments de musicothérapie*

FFdP, *Pourquoi la psychothérapie ?*

FF2P, *Être psychothérapeute*

E. Gilliéron • *Le Premier Entretien en psychothérapie* • *Manuel de psychothérapies brèves*

L. Jehel, G. Lopez *et al.*, *Psychotraumatologie*

G. Lopez, A. Sabouraud-Séguin *et al.*, *Psychothérapie des victimes*

E. Marc, *Le Changement en psychothérapie*

C. Mirabel-Sarron, L. Vera, *L'Entretien en thérapie comportementale et cognitive*

M. Ruszniewski, *Le Groupe de parole à l'hôpital*

B. Samuel-Lajeunesse *et al.*, *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*

L. Vera, C. Mirabel-Sarron, *Psychothérapie des phobies*

L'enfant, l'adolescent et la famille

M.-D. Amy, *Comment aider l'enfant autiste*

A. Anzieu, *Le Travail du psychothérapeute d'enfant*

A. Anzieu *et al.*, *Le Travail du dessin en psychothérapie de l'enfant*

A. Anzieu, C. Anzieu-Premmereur, S. Daymas, *Le Jeu en psychothérapie de l'enfant*

C. Anzieu-Premmereur *et al.*, *Les Pratiques psychanalytiques auprès des bébés*

T. Attwood, *Le Syndrome d'Asperger*

M. Berger, *Le Travail thérapeutique avec la famille*

C. Combe, *Soigner l'anorexie*

M. Corcos, Ph. Jeammet, *Les Dépressions à l'adolescence*

S. Cook-Darzens, *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique*

M. Despinoy, *Comprendre et soigner l'enfant en échec scolaire*

G. George, L. Vera, *La Timidité chez l'enfant et l'adolescent*

M. R. Moro, *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*

P. Privat, D. Quélin-Souligoux, *Travailler avec les groupes d'enfants*

J.-L. Sudres, *Comprendre et soigner l'adolescent en art-thérapie*

L. Vera, *Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent*

L'adulte et la personne âgée

F. Bange, M.-Ch. Mouren, *Comprendre et soigner l'hyperactivité chez l'adulte*

D. Bourgeois, *Comprendre et soigner les états-limites*

A.-M. Cariou-Rognant, A.-F. Chaperon, N. Duchesne, *L'affirmation de soi par le jeu de rôle*

P. Charazac • *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille* • *Comprendre la crise de la vieillesse*

M. Charazac-Brunel, *Prévenir le suicide*

M.-C. Célérier *et al.*, *La Rencontre avec le malade*

C. Combe, *Comprendre et soigner la boulimie*

M. Corcos, M. Speranza *et al.*, *Psychopathologie de l'alexithymie*

P. Delion, *Soigner la personne psychotique*

J.-P. Descombey, *Précis d'alcoologie clinique*

C. Lachal *et al.*, *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*

F. Lebigot, *Traiter les traumatismes psychiques*

G. Loas, M. Corcos, *Psychopathologie de la personnalité dépendante*

H. Gomez • *Soigner l'alcoolique*

• *L'alcoolique, les proches, le soignant*

R. Jaitin, *Clinique de l'inceste fraternel*

Ch. Mirabel- Sarron, *Soigner les dépressions avec les thérapies comportementales et cognitives*

L. Morasz • *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital* • *Comprendre la violence en psychiatrie*

A. Morel *et al.*, *Soigner les toxicomanes*

A. Morel *et al.*, *Prévenir les toxicomanies*

S. Rusinek, *Soigner les schémas de pensée*

Anne-Marie CARIOU-ROGNANT
Anne-Françoise CHAPERON
Nicolas DUCHESNE

L'affirmation de soi par le jeu de rôle

en thérapie comportementale et cognitive

DUNOD

Conseiller éditorial : *Stéphane Rusinek*

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.
Le Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.
Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

DANGER
LE PHOTOCOPILLAGE TUE LE LIVRE

© Dunod, Paris, 2007
ISBN 978-2-10-049591-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).
Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS IX

INTRODUCTION 1

Trombinoscope 1

Ce que vous allez trouver dans ce livre 4

À qui s'adresse ce livre ? 7

Les nombreux domaines d'application de l'affirmation de soi 8

Applications validées dans les domaines thérapeutiques, *8* • *Utilisation en formation* , *12*

1. Définition et principes théoriques de l'affirmation de soi et du jeu de rôle 13

Définition 13

Qu'est-ce que l'affirmation de soi ?, *13* • *Qu'est-ce qu'un jeu de rôle et à quoi sert-il ?*, *18*

Principes théoriques de l'affirmation de soi 21

2. Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le jeu de rôle 25

La mise en place du jeu de rôle 25

Construire l'alliance thérapeutique, *25* • *La définition de la situation*, *26*

La description de chaque étape 29

Première étape : distribuer les rôles, *29* • *Deuxième étape : définir les dialogues*, *29* • *Troisième étape : le jeu*, *29*

Définition de la situation-problème 31

Choix des participants et répartition des rôles 33

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Le déroulement 34

Premier essai , *34* • *La reprise ou feedback*, *35* • *Feedback sur le premier essai*, *35* • *Mise au point des variantes*, *37* • *Deuxième essai avec variantes*, *37* • *Feedback sur le deuxième essai*, *38* • *Nouvel essai avec variantes*, *39* • *Transposition in vivo*, *39*

Commentaires 41

Les points essentiels à retenir pour réussir un jeu de rôle en groupe 41

Les fondamentaux du jeu de rôle dans l'affirmation de soi : la communication non-verbale et l'écoute 42

La communication non-verbale, *42* • *L'écoute active*, *45*

3. Les principaux outils, le contenu des jeux de rôle comportementaux 49

Importance de l'expression des émotions 49

L'ambivalence dans l'expression émotionnelle, facteur de stress, *51* • *Comment augmenter sa liberté d'expression émotionnelle ?*, *52* • *Faire une remarque positive ou l'expression des émotions positives*, *52* • *Pour conclure*, *56*

La réception des émotions positives 57

Étude de cas : L'entretien d'embauche de Guillaume, *59* • *Pour conclure*, *63*

La compétence émotionnelle : l'empathie 64

L'attitude empathique est difficile à adopter spontanément : technique de découverte, *65*

Faire des remarques négatives ou l'expression des émotions hostiles 73

De la critique à l'expression constructive des émotions hostiles, *73* • *Le préalable à la remarque négative ou comment assouplir les schémas* , *76* • *Étude de cas : Catherine, une femme sous pression*, *79*

Recevoir des critiques et des remarques négatives 84

Demandes et refus 92

Formulations « pièges » non-affirmées, *92* • *Ce que le thérapeute doit transmettre à ses patients*, *96* • *Savoir formuler une demande*, *97* • *Savoir exprimer un refus*, *99*

La technique des couloirs 102

Commentaires, *103*

4. Monter un groupe d'entraînement à l'affirmation de soi 105

La constitution du groupe 105

Les entretiens individuels préalables, le recrutement des patients 106
Déterminer l'indication fonctionnelle, *106* • *Diagnostic médical*, *107* • *Évaluation de la motivation, de la dynamique de vie*, *107* • *Mesures initiales de l'assertivité et analyse fonctionnelle partagée*, *108* • *Modalités pratiques d'adhésion au groupe et contrat*, *108*

La mise en place du canevas des séances 108
Détail du contenu des séances, *108* • *Techniques d'animation*, *115*

5. Les « plus » indispensables et qui changent tout dans l'animation de groupe 119

Le savoir-être du thérapeute 119
1. Le thérapeute doit insuffler une bonne ambiance et mettre chaque personne à l'aise, *120* • *2. Le thérapeute doit représenter un modèle accessible*, *120* • *3. Le thérapeute doit rester directif, mais pas trop*, *121* • *4. Le thérapeute doit être empathique*, *121* • *5. Le thérapeute doit rester à sa place de thérapeute*, *122* • *6. Le thérapeute tente de jouer à chaque entretien un rôle affirmé*, *122* • *7. Le thérapeute est un manager encourageant : l'art du renforcement*, *122*

Faire face aux difficultés 123
Les réticences personnelles à engager des jeux de rôle, *123* • *Les difficultés liées à la façon d'animer un groupe*, *124* • *La gestion des écueils et des pannes* , *125*

6. Évaluation des compétences sociales, les échelles d'évaluation 135

Évaluation de la perception de ses propres habiletés sociales 135

Évaluation couplée conduite et anxiété ressentie 136

Évaluation cognitive 137

Résumé 138

Conclusion 141

ANNEXE 143

BIBLIOGRAPHIE 147

LISTE DES EXEMPLES ET EXERCICES 153

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

AVANT-PROPOS

Chère consœur, cher confrère ou cher collègue,

Les difficultés de communication constituent une partie importante des problèmes qui nous sont soumis. Parmi les nombreux outils disponibles, le travail en situation de jeu de rôle est un des plus directement efficaces, mais requiert une compétence particulière : il ne suffit pas de bien connaître les techniques de l'affirmation de soi pour être capable de bien mettre en place des jeux de rôle et d'animer efficacement un groupe.

Finie l'écoute flottante, plus d'interprétation ou de conseils judicieux, les émotions occupent le devant de la scène, mobilisées par la mise en situation concrète, par le réveil des souvenirs et de l'imaginaire, par l'exigence de participation active. Ces formations et ces thérapies se révèlent d'une puissance étonnante. Elles sont validées scientifiquement, mais ne sont pas dénuées d'écueils et de dangers... L'efficacité du jeu doit beaucoup aux qualités de l'accompagnant, sa présence encourageante, ses interpellations judicieuses, ses apports techniques, qui permettent d'oser essayer autrement.

Si vous nous permettez cette métaphore culinaire, comparons les outils d'affirmation de soi, aux ingrédients indispensables à la réalisation d'une recette compliquée. Comment faire pour accommoder ces ingrédients ? Dans quel ordre le faire ? Quels sont ces fameux secrets de fabrication qui changent tout ? Ça, c'est le tour de main du chef, et c'est de ce savoir-faire qu'il s'agit dans ce manuel. Animés d'une passion commune, riches d'expériences

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

et de pratiques complémentaires, nous nous sommes groupés à trois pour rédiger ce guide pratique, qui nous est constamment demandé lors de nos formations professionnelles.

Notre objectif est non seulement de stimuler votre envie d'animer des jeux de rôle à bon escient, mais surtout de vous en donner les moyens, avec le mode d'emploi détaillé, des illustrations concrètes et des conseils de dépannage en cas de problème ! Cet ouvrage est une boîte à outils pour mettre à votre disposition les techniques et les « coups de main » qui donnent son efficacité et son génie créatif à l'affirmation de soi : le jeu de rôle comportemental et la mobilisation cognitive, qui conduisent à « l'affirmative attitude » !

Comme nous le transmettons inlassablement dans notre pratique : « Ça n'est pas parce que ça serait difficile qu'on ne s'affirme pas, c'est parce qu'on ne s'affirme pas que ça paraît difficile. »

Nous vous souhaitons une bonne lecture, un bon entraînement et vous incitons à nous faire part de vos remarques ou de vos questions.

Anne-Françoise Chaperon,
Anne-Marie Cariou-Rognant
et Nicolas Duchesne

INTRODUCTION

Trombinoscope

Comme nous le faisons à chaque fois que nous démarrons un groupe nous allons nous présenter à vous, en précisant la motivation qui nous pousse à nous investir pleinement dans notre travail :

Bonjour ! Je suis Nicolas, psychiatre-psychothérapeute en thérapies comportementales et cognitives (TCC) depuis une quinzaine d'années à Montpellier.

Je suis passionné par les rapports humains, d'où mon orientation vers la psychiatrie, mais, au cours de mes études, j'étais embarrassé, emprunté, peu clair dans mes propos et peu efficace sur le plan relationnel. Personne n'a regretté mon départ de l'hôpital à la fin de mon internat, et je me voyais bien en difficulté pour pratiquer efficacement. La découverte de l'ADS (affirmation de soi) il y a 20 ans a changé mon existence et ma manière de travailler. J'utilise les jeux de rôle quotidiennement dans les thérapies individuelles, chaque semaine dans les groupes d'affirmation de soi (avec des patients ambulatoires et d'autres hospitalisés) et en pratique de formation. Je préside le très convivial groupe Languedoc-Roussillon de TCC, enseigne à la faculté de Montpellier et dans des formations médicales continues dans un contexte de plaisir partagé manifeste. Chaque journée est une occasion de me remettre en question sur ma manière d'avoir pris ma juste place dans les échanges, tant professionnels que personnels. Je me sens de plus en plus capable et serein en communication, grâce aux outils d'affirmation de soi. Avec le plus grand respect pour mes patients, responsabilisé par la confiance qu'ils m'accordent, ma pratique clinique m'offre sa pleine dimension

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

de joie par les jeux de rôle, tellement variés et vivants, et dont les effets bénéfiques sont saisissants. Un vrai conte de fée, avec baguette magique et *happy end* ? C'est plutôt une recette pour cheminer que je souhaite partager avec vous.

Bonjour ! Je suis Anne-Françoise, psychologue clinicienne, et je pratique les thérapies comportementales et cognitives depuis une quinzaine d'années.

Dès le début de mon activité, j'ai créé mon cabinet dans la région parisienne où je travaille essentiellement avec des patients présentant des troubles anxieux, dépressifs, et des troubles du comportement alimentaire. J'interviens également régulièrement, en entreprise depuis une dizaine d'années, au sein du cabinet Stimulus dirigé par Patrick Légeron, spécialisé dans le stress au travail. Je forme des groupes de salariés de tous niveaux hiérarchiques aux techniques de gestion du stress et d'affirmation de soi. L'objectif de ces formations est d'aider les personnes à développer des stratégies d'adaptation efficaces face au stress professionnel, afin de prévenir les risques pour la santé, gagner une meilleure qualité de vie et améliorer leurs performances.

Je donne aussi des cours de psychologie aux étudiants de la faculté dentaire de Paris VII.

J'ai également entraîné pendant plusieurs années des groupes de patients aux techniques de gestion du stress et d'affirmation de soi, dans un centre de réadaptation cardiaque, et j'aurai l'occasion de montrer dans ce livre comment les outils d'affirmation de soi permettent de modifier les comportements à risque cardio-vasculaires.

J'ai de plus le plaisir, avec ma collègue et amie Anne-Marie Cariou, d'animer régulièrement depuis de nombreuses années le cours sur l'affirmation de soi au sein de l'Association Française de Thérapies Comportementales et Cognitives. C'est au contact de nos étudiants médecins, psychologues ou psychiatres que nous avons, d'année en année, pris l'habitude d'enseigner notre savoir-faire, et pris conscience de la forte motivation de la part des thérapeutes pour apprendre à mener des jeux de rôle.

Je suis devenue moi-même une adepte de ces techniques, car bien sûr, nous ne faisons pas que les enseigner, nous nous les appliquons heureusement aussi à nous-mêmes ! J'ai appris par exemple, comme beaucoup de personnes, à dire non sans pour autant me faire des ennemis, et j'ai découvert chemin faisant, le lien étroit entre les compétences en affirmation de soi et l'estime de soi.

Je suis donc ravie de participer à l'écriture de ce livre qui, je l'espère, vous donnera envie de vous lancer vous aussi dans cette passionnante aventure.

Bonjour ! Je suis Anne-Marie, psychologue.

Je suis tombée très jeune dans la potion magique des thérapies comportementales et cognitives et je pratique ces mêmes techniques depuis maintenant 25 ans. Il y a une quinzaine d'années j'ai découvert le conseil, l'accompagnement et la formation en entreprise. Depuis maintenant sept ans je me consacre exclusivement à cette activité au sein du cabinet de conseil Stimulus dirigé par Patrick Légeron dont je suis un membre permanent.

Je suis de ce fait régulièrement en contact avec les entreprises. En animant une équipe d'une vingtaine de psychologues, je tente de mettre en pratique quotidiennement ces techniques, ce qui me permet de gérer harmonieusement le fonctionnement de ce groupe. Nous avons réussi l'exploit d'allier bonne humeur, entraide, remarques constructives et efficacité auprès de nos clients.

J'aurais aimé trouver cet ouvrage il y a 25 ans alors que je débutais des groupes d'affirmation de soi avec un collègue psychiatre. Cela m'aurait évité de nombreuses erreurs, de nombreux tâtonnements. Il est vrai que grâce aux patients qui me faisaient confiance, à l'amitié et au soutien de mes collègues comportementalistes, j'ai pu améliorer et mettre au point des techniques de jeu de rôle.

L'enseignement de l'affirmation de soi que j'assure avec Anne-Françoise au sein de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive depuis maintenant une dizaine d'années m'a, du fait des encouragements des étudiants, définitivement convaincue de participer à la rédaction de ce livre.

L'affirmation de soi m'a accompagnée et beaucoup aidée alors que je débutais comme jeune psychologue, en effet j'étais assez discrète, réservée et dotée d'une confiance en soi plutôt modeste en tant que thérapeute.

Comme mes compagnons de route dans la réalisation de cet ouvrage, je l'utilise quotidiennement dans ma vie privée. Quel bonheur !

Et en lisant la présentation ô combien sympathique de mes amis coauteurs, je me dis que je dois encore travailler mon estime de moi. Pour une prochaine édition ce sera peut-être parfait...

Cet ouvrage est donc la réalisation d'un groupe de camarades passionnés, ayant réussi la prouesse relationnelle de s'entendre sur leur

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

pratique de l'affirmation de soi ! Vous ne lisez pas « voici ce que je fais de formidable », mais un consensus clinique et scientifique.

CE QUE VOUS ALLEZ TROUVER DANS CE LIVRE

Nous avons souhaité publier l'ouvrage que nous-mêmes, en tant que thérapeutes ou formateurs dans le domaine de la communication, nous aurions aimé trouver lorsque nous avons débuté dans notre pratique : un mode d'emploi détaillé, contenant de nombreux cas pratiques, des exemples d'exercices à proposer aux patients, des références scientifiques, des échelles d'évaluation, et surtout des conseils pratiques, ceux que l'on attendrait de confrères bienveillants, qui auraient davantage d'expérience que nous et qui pourraient nous guider, nous mettre en garde, ou encore nous orienter en cas de problème.

Notre objectif est de vous faciliter la tâche, de vous faire gagner du temps et de l'énergie dans cette passionnante aventure qui consiste à accompagner les personnes en difficulté communicationnelle.

Voyons maintenant concrètement à quoi cet ouvrage va servir :

1. Se sentir mieux armé et en confiance avec les techniques de communication affirmée

Vous êtes convaincu que l'affirmation de soi est une technique intéressante pour certains de vos patients (sinon reportez-vous page 21, « Principes théoriques de l'ADS »). Vous êtes (plus ou moins) initié, mais vous sentez mal assuré pour l'utiliser couramment. Vous engagez parfois des exercices en jeux de rôle, mais sans grande sécurité.

Vous trouverez dans cet ouvrage le descriptif pratique et concret de l'affirmation de soi et de son usage par des jeux de rôle. Nous détaillerons, à l'aide d'exemples concrets tirés directement de notre expérience, les techniques que nous utilisons, la manière dont nous les mettons en place, les résultats que nous cherchons à obtenir et donnerons toutes les explications théoriques qui s'y rapportent.

En partageant notre savoir-faire personnel, nous n'en restons pas moins héritiers redevables des connaissances développées par la longue chaîne de chercheurs en relations humaines, depuis Alberti et Emmons, auteurs du premier ouvrage sur l'affirmation de soi et Rognant, pionnier français des TCC, en 1970. Le champ s'est élargi à des appellations différentes, « communication efficace et communication non-violente » notamment. Nous avons en partie intégré à notre propos certains apports complémentaires respectueux des objectifs éthiques de l'affirmation de

soi. Car l'affirmation de soi s'apprend, demande un entraînement, se peaufine dans l'exercice des jeux de rôle, tant les conceptions humanistes et démocratiques sur lesquelles elle se fonde sont à entretenir constamment : se respecter soi-même autant que les autres, au lieu de subir le rapport dominant-dominé. N'est-ce pas ce que nous souhaitons apporter à nos patients dans le domaine des relations humaines ?

2. Se procurer l'aide de l'affirmation de soi dans la relation thérapeutique collaborative

De combien de temps d'entraînement pratique avez-vous disposé au cours de votre formation diplômante ? Le chiffre est affligeant dans la plupart des facultés de médecine et de psychologie françaises.

Quelle formation continue avez-vous effectuée dans le but d'améliorer vos relations thérapeutiques (ou pédagogiques), source, nous le savons, de nos plus grands tracas émotionnels ? L'efficacité de l'entraînement par des jeux de rôle spécifiques est prouvée.

Plus largement, combien d'enseignants se plaignent de difficultés relationnelles, alors qu'ils sont sereins dans leur domaine de compétence « technique ». Que de souffrances relationnelles subies dans le monde du travail faute de savoir-faire relationnel !

S'il est illusoire de penser contrôler toutes les difficultés d'une relation thérapeutique, un bon savoir-faire (fruit d'un entraînement appliqué) permet au thérapeute de se sentir mieux armé pour faire face aux difficultés qu'il va inévitablement rencontrer. Nous vous transmettons le savoir-faire commun développé grâce à l'enseignement initial de nos superviseurs et maîtres, puis au cours de nombreuses rencontres entre praticiens (ateliers, forums d'échanges), mais aussi par les questions de nos étudiants, par nos nombreuses lectures sur le sujet et avant tout, bien sûr, grâce aux retours de nos patients.

On sait, lorsque l'on pratique les thérapies comportementales et cognitives, à quel point l'alliance thérapeutique est essentielle. Elle se joue dès les premiers contacts avec le patient et se tisse rencontre après rencontre à travers un lien personnalisé. Pour obtenir cette participation confiante, le thérapeute va devoir déployer tout un savoir-faire pour que le patient comprenne l'utilité de la démarche et se sente émotionnellement dynamisé pour entreprendre des actions de changement. Nous soulignerons les domaines de l'affirmation de soi particulièrement importants pour le lien relationnel : l'attitude empathique, les renforcements positifs, la recherche de *feed-back*... et leurs détails techniques.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

3. Utiliser avec aisance les jeux de rôle en individuel

Sans nuire à une écoute respectueuse ni au partage émotionnel, la proposition de jeu de rôle, au moment opportun, est au contraire une offre de travail impliqué et concret sur la situation-problème. Nous aborderons comment mettre en place une situation de jeu, jusqu'où aller, comment retravailler sur l'exercice effectué, et les principales difficultés à surmonter.

Mettant en place un jeu de rôle, le thérapeute devient un peu metteur en scène, avec, comme au théâtre, une multitude de détails à coordonner qui ont, tous, leur importance. Pleins feux sur tous ces paramètres délicats.

Lorsque l'on maîtrise bien un outil, le sentiment de contrôle augmente, la performance est meilleure et la confiance en soi s'améliore. Mais pour augmenter votre aisance professionnelle, vous devrez vous-même vous exercer et entrer dans le jeu, dans les jeux, afin d'assimiler au mieux nos « trucs » dans votre propre pratique.

4. Savoir monter un groupe qui puisse bien « fonctionner »

Nous avons expérimenté combien un groupe, fonctionnant bien, se révèle être une expérience marquante pour les participants, un puissant moteur et un facilitateur de changements à la fois pour le thérapeute et pour les patients. Ceci a été scientifiquement démontré dans plusieurs indications thérapeutiques et en techniques de management.

Vous êtes tenté d'animer un groupe d'affirmation de soi, mais... vous rencontrez certaines difficultés dans la mise en place, dans l'obtention de l'assiduité, dans certaines situations d'interaction en groupe... ? Bienvenus au club ! Nous aussi nous sommes heurtés à ces difficultés. Au fil de notre expérience de thérapeutes et enseignants, nous avons été amenés à mettre au point des stratégies qui nous ont permis d'y faire face avec de plus en plus d'efficacité.

Nous détaillerons les bases essentielles de la constitution et de l'organisation d'un groupe, les techniques d'animation des exercices de jeu de rôle et la réflexion sur les problèmes couramment rencontrés.

Puis lancez-vous ! Nous vous proposerons le canevas très détaillé de l'organisation d'un groupe thérapeutique d'entraînement à l'affirmation de soi en ambulatoire pour une population d'adultes en 12 séances. Et, selon les problématiques de vos participants, votre type de pratique, vous constituerez un groupe original.

Comment dire la joie de cette pratique toujours différente, constamment renouvelée ? Réussir, à partir d'un ensemble de personnes qui ne se choisiraient pas *a priori*, à former un groupe qui va travailler ensemble, s'entraider et constituer en définitive une entité cohérente, plus active

que la simple addition d'énergie des participants reste une entreprise à chaque fois hasardeuse, merveilleuse et enrichissante pour chacun.

En cas de besoin, vous trouverez en fin d'ouvrage le petit guide de gestion des difficultés, des écueils et des pannes.

5. Et pourquoi pas... pour s'améliorer soi-même !

Comme le chantait Jean Gabin sur la fin de sa carrière : « Quand j'étais jeune, je disais "je sais... je sais...", maintenant je sais que je ne sais pas. » Malgré tous nos efforts, nous n'atteignons bien sûr pas la perfection, heureusement inexistante dans le domaine des relations humaines ! Mais grâce aux techniques, nous parvenons à nous améliorer. L'affirmation de soi n'est évidemment pas une baguette magique absolue pour lutter contre l'anxiété sociale et pour communiquer en parfaite harmonie avec tous nos semblables, mais sa pratique, complétée d'autres outils psychothérapiques, peut aider chacun à trouver la juste expression de soi, à s'ouvrir aux autres en les respectant et à grandir sur le chemin qui est le sien, nous pouvons en témoigner.

Il est important d'en connaître les limites. Dans un contexte d'autoritarisme non démocratique, de violence psychologique ou physique, de manipulation exacerbée, elle est inopérante et il serait inadapté et dangereux de l'utiliser. En cas de maladie mentale patente, elle est évidemment insuffisante isolément. Le développement d'une relation affirmée, pleine de franchise et d'attention respectueuse à l'autre, reste un idéal merveilleux, privilège de deux personnalités matures, confiantes en elles-mêmes et en l'autre et motivées pour privilégier la sincérité sur les aménagements.

À QUI S'ADRESSE CE LIVRE ?

Ce manuel s'adresse principalement aux psychiatres, psychologues et psychothérapeutes, aux professionnels du soin psychologique, de l'entretien d'aide, à même de donner leur juste place à ces outils dans la richesse de leur pratique.

Ces techniques étant abondamment utilisées dans le domaine de la formation, les enseignants, formateurs et animateurs trouveront également ici des outils susceptibles d'enrichir leur pratique. Nous exprimons notre reconnaissance à Stimulus, cabinet de conseil auquel nous appartenons, et tout particulièrement à Patrick Légeron, son dirigeant, pour les autorisations d'exploitation de certains des documents ici proposés.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Les nombreux domaines d'application de l'affirmation de soi

Soulignons en préambule la relativité du concept d'affirmation de soi selon les cultures (nous rendrons compte principalement des conceptions occidentales de la relation) et les adaptations nécessaires à la mise en place des techniques de jeu de rôle selon le milieu social (relativité des codes de conduite, des habitudes langagières, de la place du corporel et de la violence notamment).

Applications validées dans les domaines thérapeutiques

La déficience en habiletés sociales peut se retrouver chez beaucoup de patients ayant un trouble psychiatrique.

Les manifestations de l'anxiété sociale

Les principales indications validées scientifiquement sont dans le champ de l'anxiété sociale (timidité, phobie sociale, personnalité évitante, trac dont les limites sont partiellement floues en pratique clinique). La timidité, telle que distinguée par Turner (1990) de la phobie sociale, serait théoriquement une des meilleures indications puisque le trouble est moins invalidant, et qu'il inhibe moins les expositions du fait d'un moindre attachement au jugement d'autrui. De nombreuses études ont authentifié l'apport de l'affirmation de soi dans la phobie sociale (Marks, Stravinsky, Wlazlo, Lavoie), mais contrairement aux idées reçues, l'entraînement aux compétences sociales n'en est pas le traitement-clé : exposition-désensibilisation à l'anxiété phobique et restructuration cognitive priment théoriquement. La plupart des cliniciens privilégient donc un traitement combiné (Turner, 1994 ; Heimberg, 1995 ; Fanget, 1999 ; Cottraux, 2000), les protocoles validés associant généralement un entraînement en compétences sociales à un certain degré d'exposition et de restructuration cognitive.

En pratique, il faut reconnaître une grande hétérogénéité parmi les patients phobiques sociaux, notamment dans ses limites avec l'anxiété sociale généralisée, ou personnalité évitante (Turner, 1992, Stravinsky, 1982). La règle est de veiller à compenser les déficits d'assertivité éventuels. Nous travaillons alors sur l'axiome suivant : « Ce n'est pas parce que c'est difficile de communiquer que vous n'entrez pas en relation ; c'est parce que vous n'entrez pas en relation que la communication devient difficile. »

Comme nous allons le développer, l'entraînement à l'affirmation de soi modifie les cognitions sociales, ce qu'a authentifié Stravinski (1989). De plus, l'entraînement en groupe procure un certain degré d'exposition. Mais certains patients ne progressent pas au fil des séances si le réajustement cognitif adéquat ne s'effectue pas en même temps. Danger ! Les anxiétés sociales secondaires à une anomalie physique ou à une problématique sociale nécessitent d'abord un travail d'acceptation de soi pour accéder à l'assertivité. Chez l'enfant, en tenant davantage compte des interactions familiales, les techniques d'affirmation de soi ont également prouvé leur grand intérêt (George, 1999).

Les autres troubles anxieux peuvent bénéficier d'un entraînement aux habiletés sociales : le trouble panique, particulièrement en cas d'agoraphobie, peut comporter une certaine crainte du regard d'autrui, même si l'essentiel de sa peur est de ne pouvoir s'échapper ou de manquer d'une aide salvatrice. Certaines phobies simples, dont la problématique centrale est une peur panique inhibante dans une situation précise, y associent appréhension et conduites d'évitement relatives au jugement des autres (par exemple, phobie de la conduite, du sang ou d'un animal, émétophobie...). Cette composante, qui participe au maintien du problème, relève alors d'un travail d'affirmation de soi (Ladouceur) : oser expliquer sa phobie et faire respecter sa liberté d'action.

Les troubles obsessionnels compulsifs

Ils peuvent provoquer un retrait social dû aux motifs déclencheurs de craintes (peur de contamination, peur de provoquer une catastrophe...), à la dynamique de recherche de contrôle (éviter plutôt que de risquer) ou à l'envahissement par les rituels. Le travail d'assertivité ne prendra néanmoins qu'une place secondaire. La dysmorphophobie modifie également beaucoup les rapports sociaux, mais le travail d'affirmation de soi est secondaire à l'évolution de la préoccupation corporelle et de l'estime de soi, ainsi qu'au trouble de l'humeur souvent associé.

Les troubles dépressifs

La tristesse, l'altération de l'estime de soi, l'adynamie, la perte de goût pour l'existence, le ralentissement psychomoteur, toute la symptomatologie dépressive concourt au retrait social et à l'inhibition relationnelle. En cas de récidive dépressive, le travail en affirmation de soi et en jeux de rôle sur les problématiques relationnelles délicates est très intéressant en dehors de l'épisode aigu évidemment (Becker). Cette orientation rejoint celle des thérapies interpersonnelles, validée outre-Atlantique mais peu

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

diffusée en Europe. Attention toutefois aux formes de dépressions sur terrain d'hypersensitivité relationnelle.

La manière d'aborder un déficit en habiletés sociales dépend avant tout, comme toute démarche cognitivo-comportementaliste de l'analyse fonctionnelle, du problème-cible :

– Ses différentes composantes (comportements, émotions, sensations physiques, pensées automatiques sur la situation et commentaires internes sur soi dans la situation, significations, images mentales, correspondances avec des événements antérieurs) ;
– La mise en relation du comportement-problème avec les réactions de l'entourage ;
– Les états émotionnels, comportementaux et cognitifs avant (anticipation) et après (conséquences) ;
– L'identification du poids de l'histoire du sujet et des facteurs déclenchants du trouble-problème.

Le recueil de ces données nécessite une autoévaluation collaborative précise, structurée à l'aide des outils d'analyse fonctionnelle conceptualisés disponibles et quantifiés sur les échelles d'évaluation d'intensité du comportement-problème (voir entre autres Cottraux, 1990, et Cungi, 1996) ou sur des paramètres propres à la personne (ex : nombre de crises de colère par semaine). Pour mesurer l'efficacité de la thérapie, on compare les évaluations avant le travail thérapeutique et après.

Ces données permettent au thérapeute de constituer avec le sujet une hypothèse dynamique de fonctionnement du problème (survenue et maintien), étape essentielle et indispensable avant de choisir ensemble les moyens à employer pour le modifier, sous forme de contrat de soins.

Dans l'organisation d'un groupe, un tel travail doit être effectué en individuel, préalablement. Il souligne l'intérêt du groupe pour le futur participant et crée un courant de confiance entre lui et le thérapeute. Le contrat de soins est énoncé de manière claire, dans ses buts et ses moyens (nombre de séances, de participants, durée...).

Les addictions

Dans tous les types d'addictions, les déficits d'habiletés sociales sont fréquents. Les programmes de soins proposent un travail sur l'assertivité, notamment à l'étape de prévention des rechutes, dans les centres de postcure notamment. Voir Chaney, Oei, Graziani pour l'alcool, Janis, Guichenez pour le tabagisme, Marlatt, Cungi (2005) pour les toxicomanies illicites.

Les troubles des conduites alimentaires

Dans les troubles des conduites alimentaires, particulièrement les problèmes de surpoids, les difficultés d'affirmation de soi sont sous-tendues par un excès d'assujettissement, voire même une difficulté à identifier son propre ressenti, sa propre position (Apfeldorfer).

Les troubles conjugaux et sexuels

Ils sont associés, dans un nombre important de cas, à des troubles communicationnels. Le travail sur l'affirmation de soi constitue un apport fréquemment intéressant dans la prise en charge des conflits conjugaux (Beaudry). Pour les dysfonctions érectiles également, où la problématique centrale est un défaut « d'écoute » corporelle (Hawton).

La médecine comportementale

L'affirmation de soi est un des outils principaux des programmes de gestion du stress, validés dans la prévention des troubles cardio-vasculaires (Légeron). Les indications s'étendent pour certains jusqu'à la prise en charge en cancérologie (McIntosh).

Les troubles de patients psychotiques

Les modules spécifiques de travail communicationnel de Liberman, développés pour les troubles schizophréniques ont prouvé leur utilité dans la prévention des rechutes (Chambon, Eckman, Favrod). Ils imposent des aménagements importants (groupes peu nombreux, répétition multiple du même message sous des formes différentes, dynamique participative très exigeante) avec acceptation des limites quant au degré de généralisation des résultats. Des méthodes proches sont développées dans le syndrome d'Asperger (Gattegno).

Certains troubles de la personnalité

Certains troubles de la personnalité (principalement les personnalités évitantes et dépendantes) proportionnellement à l'analyse fonctionnelle et associé à un travail plus large, sont de bonnes indications de travail des habiletés sociales (Guérin, 1994 ; Cungi, 1995).

Ces outils sont également utilisés dans le cadre de la formation professionnelle.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Utilisation en formation

Dans ce domaine, le nombre de publications est restreint, mais, hors du domaine scientifique, publie-t-on ses secrets de fabrication ? Il est évident qu'il existe un savoir-faire de type compagnonnage transmis au sein de chaque domaine de formation même s'il n'est pas explicitement rédigé.

- Dans la formation de thérapeutes, le travail sur la relation psychothérapique bénéficie aussi beaucoup de ces outils (Bancroft), comme toutes les relations d'aide.
- Dans toutes les activités centrées sur les relations humaines, les jeux de rôle sont un excellent outil pour se forger une certaine représentation du problème à étudier et développer les moyens d'y faire face. Par exemple : si j'étais le mari, ou le père, ou..., comment aborderiez-vous ce problème de violences conjugales, ou les fugues scolaires ? Vous êtes en présence de votre supérieur n+2, ou du responsable du recrutement, comment formulez-vous cette critique, ou cette demande ?

Voici les différents domaines d'intervention possible :

– formation du personnel médical et paramédical en institution ;
– formation de formateurs ;
– supervision de thérapeutes ;
– communication en entreprise ;
– gestion du stress au travail ;
– coaching ;
– formation des éducateurs auprès de jeunes en difficultés ;
– ressources humaines (*outplacement*, aide à la recherche d'emploi) ;
– prise de parole en public, travail sur la confiance en soi.

Chapitre 1

DÉFINITION ET PRINCIPES THÉORIQUES DE L'AFFIRMATION DE SOI ET DU JEU DE RÔLE

DÉFINITION

Qu'est-ce que l'affirmation de soi ?

L'affirmation de soi est un mode comportemental de communication qui se définit par opposition à trois types de comportements inadaptés communément présentés par les patients. Ces comportements sont :

- *L'inhibition ou blocage de l'action* : c'est un comportement qui génère, par excès d'anxiété, par manque de modèles comportementaux et/ou par autocensure, le non dit, l'incapacité à dire non, à faire des demandes, à exprimer ses émotions, à donner son avis surtout s'il est contraire à celui de l'interlocuteur ;
- *L'agressivité* : c'est un comportement qui résulte, comme l'inhibition, d'une mauvaise gestion des émotions hostiles, d'un manque de

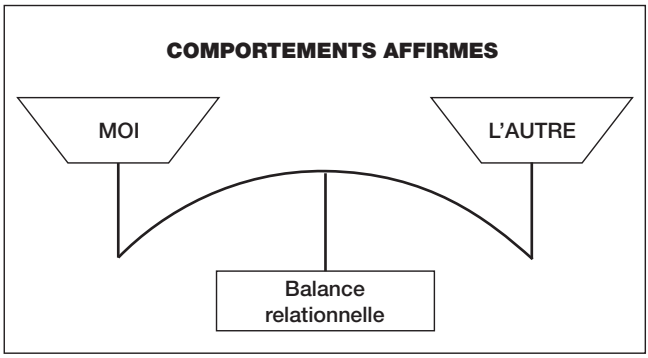
© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

modèles comportementaux et/ou de pensées négatives ou stressantes. À la différence de l'inhibition, les émotions s'extériorisent de façon bruyante dans le non verbal et cinglante dans le contenu en tout cas au détriment de l'interlocuteur et de la relation à l'autre, risquant alors de déclencher en chaîne des réactions dévastatrices ;

- *La manipulation* : c'est un comportement agressif déguisé. L'art du déguisement est au cœur de la stratégie du comportement manipulateur. La manipulation volontaire ou involontaire prend sa source dans une stratégie d'évitement de l'échange dès lors qu'il y a risque de contradiction, d'affrontement, de conflit ou de désaccord.

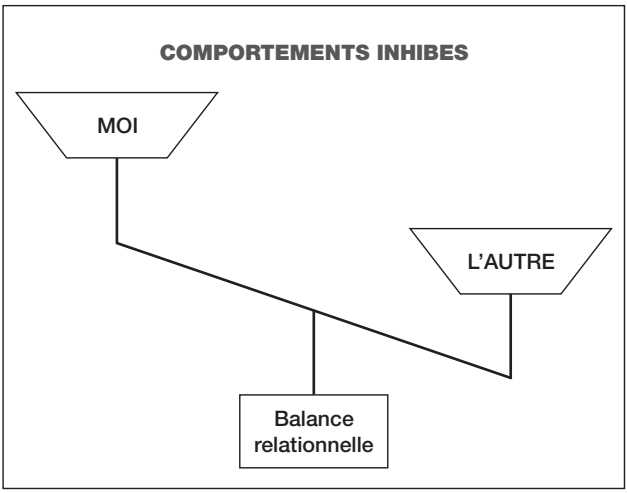
L'affirmation de soi émerge ainsi par élimination de ces attitudes éthiquement dysfonctionnelles mais parfois utiles : **c'est l'expression efficace sincère et directe de ce que l'on pense, ce que l'on veut, ce que l'on ressent sans anxiété excessive, tout en respectant ce que pensent veulent et ressentent les autres, et sans redouter la confrontation**. Cependant ce comportement n'est ni inné ni spontané, il doit s'apprendre et être mis en place volontairement. Cette distinction, découverte empiriquement, vient d'être confirmée par étude statistique (Bryois) à partir de l'autoquestionnaire de Chalvin. Vous trouverez celui-ci en annexe.

Pour utiliser une image, si le rapport d'influence entre moi et l'autre est signifié par le poids relationnel sur les deux plateaux d'une balance, alors, dans le comportement inhibé, je suis très léger et l'autre pèse lourdement dans la relation. Dans les comportements agressifs et manipulateurs, je pèse lourdement dans la relation et le poids de l'autre est négligeable. Au contraire, dans le comportement affirmé, l'autre et moi-même pesons le même poids, sans qu'aucun des deux ne soit négligé, au point de cintrer le fléau de la balance sans pour autant le dérégler.



Charles et son voisin : le comportement inhibé

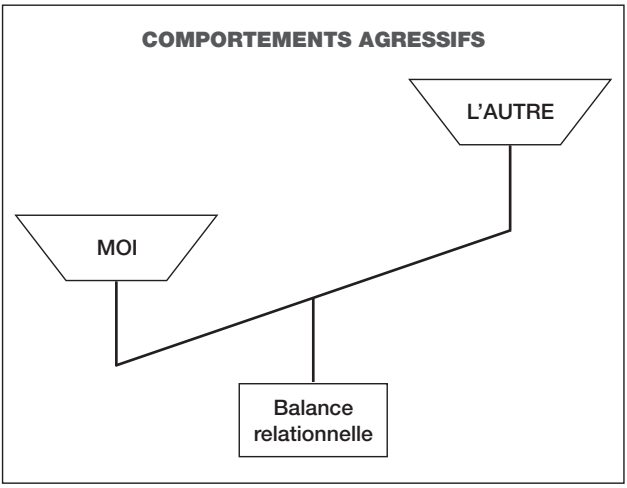
Charles a un voisin dans son immeuble, qui a fait aménager depuis un an, une salle de gymnastique dans une pièce au-dessus de sa chambre. Son voisin utilise jusque tard dans la soirée et tôt le matin un vélo d'appartement fort bruyant. Notre patient lui a bien fait quelques allusions lorsqu'il le croise dans l'ascenseur : « Vous savez, l'isolation de l'immeuble n'est pas très bien faite et votre vélo est un peu bruyant », cela accompagné d'un sourire gêné et d'une intensité de la voix très faible, ce à quoi le voisin imperturbable répond : « Avant 22 heures, cela est autorisé. » Lorsque nous voyons Charles dans le groupe, il songe à déménager car il est persuadé qu'en s'affirmant, il risque de déclencher les hostilités avec son voisin et que cela ne servira à rien. Or jusqu'à ce que ce dernier installe sa salle de gymnastique, il avait de très bonnes relations avec lui comme avec tous les autres copropriétaires. En réalité sa vie est devenue un enfer, il guette tous les soirs le moindre bruit venant de l'appartement du dessus. Dans cette situation, Charles ne parvient pas à exprimer ce qu'il pense, veut ou ressent, il subit les comportements de son voisin en ne respectant pas ses propres besoins.



© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Le comportement agressif : Martine et son équipe

Martine, gouvernante dans un grand hôtel parisien, a des relations difficiles avec l'équipe de femmes de ménages dont elle est la supérieure hiérarchique. Étant très exigeante avec elle-même, elle ne conçoit pas qu'un détail cloche dans la qualité du ménage des chambres dont elle a la responsabilité. Elle éprouve de grandes difficultés relationnelles au sein de son équipe : « Elles ne font pas correctement leur travail mais se plaignent tout le temps que je suis désagréable, pourtant je suis bien obligée de leur dire quand le travail est mal fait. » En réalité, Martine ne leur dit pas que le travail est mal fait ; quand on l'interroge on constate qu'elle formule ses critiques de manière extrêmement agressive sous forme de jugement de valeur et de menace : « Vous croyez vraiment que le client va être satisfait de la qualité du ménage dans cette chambre ! Si vous ne voulez pas travailler, d'autres attendent votre place ! » Au niveau non verbal, tant dans la mimique, la gestuelle que le ton de la voix, Martine utilise, dans ce contexte, le registre agressif. Ce comportement suscite, de la part des membres de son équipe, rancœur, sentiment d'injustice et génère en retour des conduites hostiles directement ou indirectement exprimées. En bout de chaîne, on s'en doute, Martine et les membres de son équipe éprouvent un inconfort émotionnel et la qualité du travail en pâtit également. On voit là que Martine exprime violemment ce qu'elle pense, ce qu'elle veut, mais sans respect d'autrui.



Le comportement manipulateur : Marie et sa fille

Marie se plaint des relations difficiles avec Elsa sa fille de 17 ans. Marie nous raconte qu'elle dit à sa fille qu'elle va finir par tomber malade si celle-ci continue à être si méchante avec elle. D'autre part, dès que les relations se calment un tant soit peu, elle gâte Elsa, lui offre la dernière petite veste à la mode tant convoitée alors que celle-ci n'en a pas vraiment besoin ; Marie ne fait également plus face aux demandes abusives d'Elsa quand, par exemple, elle n'a plus d'argent de poche le 20 du mois. En revanche, dès que les relations deviennent orageuses, elle reproche à sa fille son ingratitude, son manque de reconnaissance vis-à-vis d'elle qui lui sacrifie tout ! On voit bien, dans cette situation très chargée affectivement, à quel point Marie évite la vraie confrontation affirmée, n'exprimant pas ses émotions négatives, ne mettant pas de limites. Elle tente de susciter la culpabilité chez sa fille, afin d'obtenir d'elle une prise de conscience ainsi qu'un changement de comportement.

L'affirmation de soi n'est pas une qualité intrinsèque ou une aptitude invariante : c'est un axe de conduite que l'on choisit d'adopter à un moment précis ; l'alternative se renouvelle donc face à chaque situation de la vie. Ainsi, une même demande peut aussi bien être formulée par une même personne sous forme inhibée, agressive, manipulatrice ou affirmée :

Les trois comportements à la fois : La garde de Gérard

Gérard, interne à l'hôpital, est de garde le week-end prochain ; or, il vient d'apprendre qu'un couple de bons amis est de passage ce week-end-là et il souhaite vivement se rendre disponible pour les voir. Trois types de comportements s'offrent à lui :

- *Adoptant un comportement inhibé ou passif*, Gérard pourrait se plaindre (« y'en a marre de ces gardes, j'ai vraiment pas de chance »), espérant que quelqu'un le plaigne, ou tout simplement bouillir sans oser en parler : il ne formule en aucun cas une demande claire ;
- *Sous forme de comportement agressif ou manipulateur*, Gérard pourrait exprimer vigoureusement ce qu'il veut : « Dis donc, Antoine, il faut que tu me remplaces le week-end prochain puisque je t'ai dépanné le mois dernier » ou encore, « C'est pas la solidarité qui règne ici, c'est toujours les mêmes qui rendent service ». Il demande vigoureusement, mais en blessant ses collègues qui, à la longue probablement, ne souhaiteront plus lui rendre service et chercheront des parades ;
- *Sous forme de comportement affirmé*, Gérard ferait une demande insistante en restant à l'écoute des besoins d'autrui : « Antoine, cela m'ennuie de te solliciter tardivement mais, je souhaiterais que tu échanges la garde du prochain week-end avec moi, il est très important pour moi de disposer de ce week-end. [...] J'imagine bien que tu étais bien content de pouvoir

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> te reposer ce week-end, c'est vrai, qu'il y a énormément de travail en ce moment mais ce sont de supers amis et ils viennent de loin. [...] Je vois bien que cela te contrarie d'autant plus que je te fais cette demande au dernier moment mais je n'ai pas vu ces amis depuis longtemps, et ils sont exceptionnellement de passage, je serais tellement content de les voir. [...] Je sais bien que cela n'était pas prévu pour toi, et cela me gêne d'autant plus de te faire cette demande mais je t'en serai reconnaissant, et tenterai de te rendre la pareille si un jour tu te trouves coincé à ton tour. » Dans cette configuration, Gérard peut ne pas obtenir gain de cause, mais il s'est donné le maximum de chances d'obtenir l'échange souhaité, en respectant son interlocuteur.

On ne peut pas parler de « personne affirmée », le qualificatif affirmé ne peut s'utiliser que pour un comportement. Or la survenue de tel comportement, plutôt que de tel autre, dépend de trois facteurs :

1. Les compétences, notre savoir-faire, d'où l'importance de travailler les techniques de communication quand nos apprentissages ne nous les ont pas données (conditionnement vicariant, intriqué à notre histoire personnelle) ;
2. L'état émotionnel, d'où l'importance de se mettre en situation de jeu de rôle, mobilisatrice de l'émotivité par la présence de l'autre, des associations personnelles vis-à-vis de la situation et de l'imaginaire personnel, en lien avec son histoire ;
3. La manière de percevoir les rapports humains, soi-même et le monde, donc des traits de personnalité, et les schémas de fonctionnement (pour les cognitivistes).

Qu'est-ce qu'un jeu de rôle et à quoi sert-il ?

Un jeu de rôle est la mise en scène la plus réaliste possible d'une situation relationnelle issue de la vie quotidienne du patient. Il s'agit en général d'une situation-problème qu'il a déjà vécue, ou qu'il va être amené à vivre, et qui nécessite un entraînement aux habiletés sociales. L'objectif à court terme est d'aider le patient à interagir sans agressivité ni inhibition avec les différents protagonistes de la scène, et d'apprendre ainsi à contrôler sur le plan comportemental et cognitif une situation jugée difficile.

L'objectif à long terme est d'obtenir la pérennisation des acquis dans différents domaines de leur vie personnelle et professionnelle en fonction des buts recherchés.

Le jeu de rôle se fait idéalement au sein d'un groupe, car le nombre permet de faire jouer, si nécessaire, plusieurs participants. En effet, si par exemple la scène est composée de quatre membres d'une même famille lors d'un repas, le thérapeute essayera de faire participer quatre personnes.

Pour parler du jeu de rôle, on emprunte volontiers le vocabulaire du théâtre : le thérapeute est comme un metteur en scène, il doit mettre en place avec l'aide des patients un scénario, afin de jouer une scène. Cette scène sera répétée autant de fois que nécessaire, jusqu'à ce que le patient se sente suffisamment à l'aise pour la généraliser *in vivo*. L'aptitude de l'animateur à créer une dynamique collaborative est essentielle (Cungi, 2006).

C'est à la fois très exigeant et très ludique, laissant une grande place à l'imagination et à une certaine part de spontanéité « contrôlée ».

Un autre aspect fondamental du jeu de rôle est la possibilité d'inverser les places, les rôles, pour parfois être dans la position de celui auquel on souhaite s'adresser et « sentir » l'effet produit par telle ou telle formulation. Se mettre, le temps d'un exercice concret, à la place de l'autre est utile dans le but de cultiver de meilleures relations avec autrui mais aussi dans le cadre d'un apprentissage ou d'une formation continue pour appréhender l'état d'esprit de celui qu'on accompagne et l'effet que notre manière de l'aborder produit.

Le thérapeute peut utiliser également le jeu de rôle inversé pour aider le patient à se voir lui-même, lorsque celui-ci éprouve des difficultés à s'impliquer dans la remise en question de ses croyances ou s'il « intellectualise » la thérapie ; sachez que cette technique est utilisée également en Gestalt-thérapie. Une sérieuse préparation de l'exercice est nécessaire, pour que le thérapeute puisse rendre concrète la situation par le jeu de rôle, ainsi qu'une aptitude à engager le patient réticent dans l'exercice :

En voici un exemple :

L'honneur de Cécile

Cécile est désespérée du fait de conflits avec ses collègues de travail. Directrice d'une école primaire, ceux-ci l'ont critiquée pour plusieurs de ses décisions, envenimant les désaccords par des attaques personnelles et la mobilisation contre elle de parents d'élèves. Le rectorat, saisi de l'affaire, n'a pas clairement pris position. Bien qu'étant à bout de nerfs, elle reste préoccupée de façon obsédante, dans une attitude belliqueuse. Impossible pour elle d'entendre les conseils de lâcher prise. La prenant par surprise, je lui propose de s'asseoir à ma place, tandis que je vais à la sienne, et d'échanger les rôles avec les sièges :

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Thérapeute (jouant le rôle de Cécile) : « – Je n'en peux plus, tant d'acharnement contre moi. Je suis atteinte dans mon honneur, dans mon intégrité. Je ne peux laisser passer cela !

Patiente (en place de thérapeute) : – C'est tout à fait ça !

Thérapeute : – Je n'en dors plus, même avec les calmants. J'enrage de penser que je ne suis même plus disponible pour ma fille [2 ans], je sens dans son attitude qu'elle en souffre. Je vais retourner voir l'inspecteur d'académie et demander raison.

Patiente : – Il n'a pas voulu me soutenir contre mes collègues. Pour lui, ce sont des conflits de personnes qu'il ne veut pas trancher.

Thérapeute : – Quand même, la position de directrice devrait offrir un ascendant hiérarchique... Pour mon père, cela représentait beaucoup.

Patiente : – Mais actuellement, c'est plutôt un fardeau de soucis. Et la prime associée est ridicule, à peine de quoi remplir un caddy.

Thérapeute : – Je perçois bien que vous me comprenez, mais que puis-je faire ?

Patiente (après quelques secondes de stupeur en sentant monter cette évidence en elle) : – Laisser !

Thérapeute : – Et me sentir vaincue, penser qu'ils vont rire dans mon dos, que ceci restera une tâche dans mon dossier administratif...

Patiente : – C'est dur, mais je ne vois pas autre chose, sinon je me détruis moi-même, et mon enfant.

Thérapeute : – Comment vous sentez-vous en envisageant le conflit sous cet angle ? »

Le thérapeute souligne les éléments subjectifs irrationnels et le patient ressent alors d'évidence les arguments logiques émanant de la mise en situation.

Dans leur grande richesse, les jeux de rôle offrent de nombreuses variantes possibles. Seul, encadré par le thérapeute, le patient peut jouer un dialogue solitaire face à une chaise vide, jouant les deux rôles en changeant de place (utile pour réparer des blessures relationnelles impliquant des absents), ou en s'adressant à un objet symbolisant la partie enfant de soi (une poupée, par exemple), utilisé en thérapie cognitive de restructuration des schémas infantiles précoces. En groupe, au cours du jeu de rôle standard, le thérapeute peut donner voix aux pensées automatiques négatives du patient, préalablement collectées et discutées, le patient répondant alors tantôt en direct à son interlocuteur du jeu de rôle concret, tantôt, en voix *off*, à ses propres obstacles cognitifs, délivrés par le thérapeute avec délicatesse.

EXERCICE PRATIQUE : UN JEU DE RÔLE STANDARD

Un patient craignant de perdre la face devant les autres, joue une situation de rencontre affective et le thérapeute lui glisse à l'oreille de manière perturbatrice les pensées automatiques qu'il a habituellement dans ce genre de situations (« Elle va se moquer de toi, elle va te trouver ridicule »).

Le patient joue la scène et s'interrompt par moments, comme en des instants suspendus, pour rétorquer au thérapeute sur ses propres inquiétudes comme en voix off (« Pour l'instant elle m'écoute attentivement et j'ai vraiment envie d'essayer »).

Tous ces exercices plus complexes demandent un apprentissage spécifique (Mc Mullin).

Avec du temps en suffisance, les moyens techniques adéquats et beaucoup de prudence, le travail de relecture des scènes enregistrées en vidéo peut permettre un affinement des détails comportementaux et un rapport plus objectif avec sa propre image.

L'efficacité du jeu de rôle dépend de la compétence du thérapeute et de sa connaissance des règles essentielles. Au fur et à mesure de la lecture de ce livre, vous découvrirez tous ces différents aspects, notre but est de vous faire vivre de nombreux jeux de rôle correspondant à des situations différentes. Nous vous décrirons, sous forme de dialogue entre le thérapeute et le groupe, la manière de procéder. Vous pourrez ainsi visualiser exactement les scènes jouées. Nous inclurons également des remarques qui vous permettront de décoder aux moments clés les interventions importantes du thérapeute. Vous l'aurez compris, il y aura peu de théorie dans ce guide, mais beaucoup d'exemples, de commentaires illustrés, toujours tirés de situations que nous avons réellement vécues avec nos patients.

PRINCIPES THÉORIQUES DE L'AFFIRMATION DE SOI

L'élaboration du corpus de connaissance de l'affirmation fut empirique, développé à partir d'enregistrement au magnétoscope. Le concept d'affirmation de soi a été clairement établi par Alberti et Emmons dans les années soixante-dix et, comme tous les outils cognitivo-comportementaux, s'affine avec la répétition des évaluations.

Proposons ici la distinction sémantique entre travail d'affirmation de soi comme acquisition de conduites communicationnelles efficaces et entraînement aux compétences sociales, projet plus large incluant la correction de conduites sociales dysfonctionnelles.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

L'affirmation de soi, au sens strict, relève de la procédure d'acquisition de nouveaux comportements, tantôt nouvelle, avec désignation précise des conduites à acquérir. Elle fonctionne le plus souvent selon le principe du contre-conditionnement**,** qui est l'apprentissage d'une technique comportementale d'expression des sentiments, positifs ou négatifs, incompatible avec la réponse inhibée, maladroite ou anxieuse inadaptée.

L'apprentissage s'effectue en grande partie par imitation de modèle, comme Bandura le décrivit en détail dans les années soixante-dix, quoique le processus d'apprentissage social ait été connu depuis la fin du XIXe siècle, par Piaget notamment. Il répond à plusieurs principes simples, tels que la proximité entre le modèle et le sujet (âge, sexe, caractéristiques socioculturelles), l'effet favorable d'un ascendant de prestige sans oublier que le modèle doit rester accessible et imparfait ! Le thérapeute doit donc être prêt à jouer dans des exemples-modèles (ou à apparaître en vidéo), mais aussi à s'impliquer dans le groupe en tant que lui-même, affirmé mais non parfait.

Le modèle peut être le thérapeute, un autre participant ou le sujet lui-même, en imagination ou après travail en vidéo. Il peut être imaginaire, ce qui est très utilisé en psychologie sportive.

Mais la pratique des exercices d'affirmation de soi, en groupe thérapeutique ou *in vivo*, constitue aussi en fait une épreuve d'exposition désensibilisation, où les principes de répétition sont essentiels (répétition des jeux de rôle dans le groupe, *in vivo* et en imagination).

Le comportement est modifié de façon graduelle (façonnement progressif, *shaping*), le thérapeute affinant l'apprentissage par ses commentaires (*feedback*) positifs ou négatifs très spécifiques, progressifs, étape par étape, jusqu'à s'approcher du comportement souhaité dans un climat encourageant. En cours de jeu, le thérapeute peut guider le patient comme un metteur en scène (*coaching*) ou lui souffler quelques phrases (*prompting*).

Le travail comportemental communicationnel engage aussi inévitablement des mouvements cognitifs, plus ou moins directement abordés :

– Sont mis en mouvement des techniques de développement d'autocontrôle ;
– **Un état d'esprit « affirmé » sous-tend la dynamique comportementale : Découverte de la communication comme une succession d'alternatives comportementales relationnelles, perception de son droit à avoir tel ressenti, tel goût ou telle opinion et à le faire valoir,**

respect de la diversité des points de vue, distinguer les comportements des personnes, nécessité de bien vérifier sa compréhension de la position de l'autre, acceptation de ses faiblesses et de leurs manifestations, droit de refuser en contrariant l'autre, mais aussi responsabilisation, envers soi-même, de ses conduites ! Ne pas se justifier, mais ne pas chercher l'approbation des autres...

– Les renforcements et l'autoattribution de récompense influencent ce que Bandura a mis au cœur de tout changement psychothérapique, le sentiment d'efficacité personnelle perçue, à savoir le sentiment de capacité ou non du sujet, ses perspectives de réussite (attente de résultat) et leur résultante intériorisée.

Rappelons que, nonobstant la force des théories et les résultats d'études de groupes, chaque démarche cognitivo-comportementale se construit individuellement, à partir d'une analyse fonctionnelle tenant compte des spécificités du sujet, de son histoire et des facteurs spécifiques d'environnement et de situation sociale. Elle vise des buts personnels précis et positifs (pas ce que je dois faire mais ce à quoi personnellement je veux aboutir).

Du fait de l'incidence sur la vigilance, et donc sur l'inscription mnésique, rappelons que les traitements benzodiazépiniques sont déconseillés lors de la participation à ce type de travail. Les béta bloqueurs des adrénorécepteurs peuvent faciliter la participation des patients ayant de fortes manifestations physiques aux premières séances, mais il importe de travailler à les interrompre assez vite, faute d'installer un évitement subtil.

La co-utilisation des antidépresseurs, longtemps considérée comme synergique, semblerait problématique pour les acquisitions.

Chapitre 2

TOUT CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS VOULU SAVOIR SUR LE JEU DE RÔLE

La mise en place du jeu de rôle

Construire l'alliance thérapeutique

Obtenir l'adhésion d'une personne afin qu'elle accepte de participer activement à un jeu de rôle est le premier challenge. Vous avez dû le constater bien souvent lorsque vous demandez : « Voulez-vous que nous travaillions cette situation en jeu de rôle ? » ou « Qui souhaite travailler une situation ? », vous devez faire face bien souvent à un grand silence.

Nous allons, au fil de ces pages, montrer comment utiliser l'**empathie** : « Je vois bien que vous êtes inquiets, je comprends que vous soyez inquiets, que cela n'est pas facile pour vous » et de ne pas faire de l'antipathie : « Tout va bien se passer ». L'écoute véritable est le socle de la relation thérapeutique, une attitude intérieure propre à accueillir l'autre tel qu'il se définit, un savoir-être offrant à l'autre une présence sans jugement, avec dignité et respect. L'écoute compréhensive est la clé de la relation d'aide. Carl Rogers, parmi les premiers, a défini les critères

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

d'une relation d'aide qui comprendrait cette compréhension empathique, la congruence (ou l'accord avec soi-même) et l'acceptation positive inconditionnelle de l'autre, permettant à l'être humain de mettre en œuvre ses aptitudes naturelles à l'épanouissement. Nous allons décrire étape par étape le déroulement des jeux de rôle. Nous verrons qu'ils peuvent aussi servir à rendre concrète une situation problèmatique.

La définition de la situation

Le jeu de rôle comportemental débute par la description la plus précise possible de la situation-problème**,** bien avant qu'elle soit jouée par le ou les patients. Il s'agit d'aider les participants à avoir une représentation la plus fine et la plus précise possible de la situation.

Si le thérapeute était un metteur en scène pourrait-il se représenter mentalement avec une grande précision la scène qui va être jouée ? Ce qui va être dit, c'est-à-dire, les dialogues, mais aussi le non-verbal.

Définir la situation
▪ Où ▪ Avec qui ▪ Quand ▪ Quoi ▪ But à court terme ▪ But à long terme

Cela permet de jouer une scène qui correspond le plus précisément possible à la réalité du patient mais aussi de la visualiser, et ainsi se l'approprier et peut-être diminuer son anxiété :

- La scène se passe-t-elle dehors, dans une pièce, laquelle, dans une voiture, autour d'une table ? etc.
- Quel est le décor ?
- Y a-t-il une personne, plusieurs personnes présentes ?
- Lesquelles ?
- Avec qui ?

Avec qui : c'est le plus important à définir, c'est « la tête du train ». Le thérapeute doit y consacrer beaucoup de temps. Cela se fait en collaboration avec le patient et avec l'aide du groupe. La démarche

consiste à « capturer » la personne qui pose problème au patient, à la cerner véritablement afin que le patient soit le plus près possible de sa réalité.

Si le thérapeute n'a pas cette approche, le jeu de rôle sera peut-être biaisé : le patient aura toujours un doute sur la possibilité d'application du jeu de rôle dans la situation réelle, de plus, une bonne étude préalable permet d'emmener le patient dans la situation la pire pour lui et ainsi lui donner l'assurance qu'il saura gérer quoiqu'il arrive.

Lorsque le « avec qui » n'est pas suffisamment défini, le thérapeute peut demander au patient de jouer le rôle de son personnage problématique. Rien ne vaut cette méthode pour pallier une description souvent trop compliquée et incompréhensible de la part du patient. L'autre avantage enfin de cette stratégie est que souvent le patient jouant le rôle fatidique... dédramatise la situation.

Le « avec qui » nous fait réfléchir également au nombre de personnes engagées dans la situation. À combien de personnes est-il important d'exprimer mes besoins ? Va-t-il falloir m'entretenir séparément avec chaque protagoniste ou en groupe ?

La mère de Richard : le sommet inaccessible

La mère de Richard culpabilise son fils qui souhaite ne plus venir déjeuner systématiquement tous les dimanches : « Depuis que tu es marié, je ne compte plus pour toi, tu crois que c'est drôle d'être seule le dimanche ?! »

Sa mère peut-elle en venir à pleurer, va-t-elle finir par se mettre en colère, si Richard parvient enfin à exprimer ses besoins ? Tous les détails sont importants. Si vous étiez metteur en scène pourriez-vous voir, imaginer parfaitement bien cette femme ? Physiquement, comment est-elle ?

Pour affiner le personnage, le patient qui se sera proposé de jouer le rôle de la mère pourra demander de plus amples informations, afin de jouer ce rôle correctement. « Au pire, comment pensez-vous qu'elle va réagir si vous lui annoncez que vous ne viendrez plus systématiquement déjeuner chaque dimanche midi ? »

Bien souvent, « le pire » du patient ne correspond pas à la réalité mais il est important, malgré tout, de le jouer de cette façon. En effet, imaginons que Richard se débrouille plutôt bien dans son refus, mais que sa mère dans le jeu n'était pas tout à fait comme il l'imagine ; il risque de vous dire, ou encore pire, de ne pas le dire mais de penser : « ici, cela s'est bien passé mais avec ma mère, cela ne sera pas aussi simple ». Parfois le « avec qui » a été tellement bien travaillé que les patients

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

disent : « mais vous la connaissez ma mère, c'est inouï, je croyais la voir en face de moi tellement vous avez bien joué son rôle ! »

Quoi ? De quoi s'agit-il, quel est le problème ?

Le jeu de rôle oblige à se focaliser sur une situation précise et évite ainsi les généralisations ou les problèmes de personne. Quand il s'agit d'une difficulté relationnelle, l'axe de travail est uniquement le changement d'une manière de communiquer un jour unique dans une situation précise. Peu à peu, les petites eaux feront les grandes rivières. Il est donc essentiel à cette étape d'aider le patient à bien expliquer la problématique unique à jouer. Dans la situation qu'il nous décrit, faut-il faire une critique, une demande, un refus, s'agit-il de répondre à une critique vague ?

Richard veut tout simplement expliquer à sa mère qu'il ne viendra dorénavant déjeuner qu'un dimanche tous les quinze jours. Préfère-t-il venir de façon aléatoire et pas forcément le dimanche ou le midi ? Souhaite-t-il plutôt faire des remarques quant à la culpabilité qu'elle génère à chaque fois qu'il essaye de refuser ? A-t-il déjà essayé de faire face aux demandes abusives de sa mère, ses refus se sont-ils soldés par un échec ? Est-il submergé par une émotion hostile ? Auquel cas, il sera peut-être plus judicieux pour lui de faire une remarque. Mais un seul exercice à la fois.

But ?

Nous préciserons dans chaque chapitre le travail de clarification des buts à court terme et à long terme. Et nous soulignerons l'importance de la balance motivationnelle.

Quand ?

Anne, 17 ans passe son bac à la fin de l'année, elle travaille plutôt bien mais ses parents sont très stricts et peu permissifs. Son groupe d'amies a le projet d'aller passer une semaine dans la maison de vacances de l'une d'entre elles durant l'été et bien sûr, elle souhaiterait être de la fête. Elle ne sait pas comment s'y prendre mais surtout à quel moment formuler cette demande. À quel moment ses parents seront-ils les plus réceptifs et ses chances de réussites les plus grandes ?

Où ?

Va-t-elle leur parler autour d'un repas, lors d'un trajet en voiture vers son lycée, ce qui suppose qu'elle voie ses parents séparément. Est-ce bien judicieux ? (*cf. Avec qui*, p. 26).

LA DESCRIPTION DE CHAQUE ÉTAPE

Première étape : distribuer les rôles

Le premier temps du travail en groupe consiste à distribuer les rôles, le mieux étant qu'un autre participant se propose de lui-même pour jouer le rôle du protagoniste. Le thérapeute peut inciter à participer en posant la question : « Qui veut bien aider X à jouer cette situation ? »

Il faudra alors lui demander s'il perçoit bien son rôle et surtout quelles sont les informations qui lui manquent pour le jouer, tel que le patient le souhaite. La notion d'aide est extrêmement importante pour pouvoir encourager les personnes à incarner un personnage généralement décrit comme négatif.

En individuel, le thérapeute prend généralement le rôle du protagoniste.

Deuxième étape : définir les dialogues

Il s'agit là littéralement de définir mot pour mot la trame de ce que chaque personnage va dire dans son rôle. On obtient ces dialogues par le truchement du questionnement en recueillant chez le personnage problématique ce qu'il a déjà dit ou fait en pareille circonstance, et en cherchant ce qu'il voudrait vraiment exprimer. Tout ce matériau sera obtenu auprès du patient ; on l'amènera à décrire précisément et dans le détail la situation et ses conséquences tant émotionnelles que factuelles ou matérielles. Le thérapeute questionne sur la situation précise, reformule, requestionne, reformule en mettant peu à peu en forme (*shaping*), résume pas à pas, encourage.

En groupe, il est plus vivant de se faire aider des autres patients en les sollicitant : « Rappelez-vous comment on fait une remarque, un refus, comment on rentre en communication avec des inconnus, comment on fait pour répondre à une remarque, repérer si elle est vague, fausse ou vraie. »

Troisième étape : le jeu

Pour nous permette de décrire point par point le déroulement d'un jeu de rôle, nous allons présenter le cas de Patrick, 52 ans, chef d'une petite entreprise d'une dizaine de salariés.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Patrick : les retards exaspérants

Suite à un infarctus, *Patrick* a subi un triple pontage et rejoint le service de réadaptation cardiaque d'une grande clinique parisienne. Afin de compléter la prise en charge médicale, Patrick intègre un groupe d'une dizaine de patients, souffrant de maladie cardio-vasculaire. Le stress faisant partie des principaux facteurs de risque, nous proposons à ces patients d'apprendre à modifier le profil comportemental en cause, c'est-à-dire, le comportement de type A. Dix séances de deux heures chacune sont proposées aux patients, et une grande partie du programme consiste à travailler les différentes techniques d'affirmation de soi, qui permettent en effet de modifier plusieurs de ces traits de fonctionnement.

Dans le groupe de Patrick, se trouvent six hommes et deux femmes, âgés de 42 à 75 ans. Tous participent à un programme de réadaptation cardiaque, c'est-à-dire qu'ils se rendent une à deux fois par semaine à la clinique, pour leur entraînement de kinésithérapie, et de *cardiotraining*. Le groupe est un plus, qui est proposé à tous les patients désireux d'apprendre à gérer leur stress, afin de réduire le risque de rechute.

Nous allons décrire une séance de jeu de rôle, en détaillant chaque étape.

Cette séance intervient lors de la troisième rencontre du groupe. Nous avons démarré la séance en décrivant les caractéristiques du comportement de type A, en expliquant pourquoi il s'agit d'un comportement à risque pour le système cardio-vasculaire. Les études montrent en effet que ce comportement multiplie entre deux et quatre fois les risques. Nous commentons ensuite le questionnaire de Bortner qui permet de diagnostiquer ce comportement, et nous transmettons ses résultats à chaque participant. Dans chaque groupe, en moyenne 80 % des patients se trouvent dans la zone à risque, la prise de conscience est alors forte : il faut faire quelque chose pour changer, mais quoi ?

Voici le dialogue qui s'installe, entre le thérapeute et le groupe :

Thérapeute : « – Nous venons de le souligner, les émotions hostiles doivent impérativement être extériorisées, car si elles restent enfouies, nous nous trouvons alors dans le comportement à risque. Le pire pour notre santé est en effet de ruminer sans rien laisser transparaître.

Patrick : – Ça c'est tout à fait moi, d'ailleurs, tout le monde me dit que je suis très calme, jamais stressé, mais moi je sais que c'est faux, et que je prends tout sur moi. Je me rends bien compte que cette attitude me ronge de l'intérieur.

Solange : – Oui mais on est tous coincés, si on montre qu'on est énervé, on se fait mal voir et en plus, on stresse les autres, et si on ne dit rien, on fait du tort à sa santé.

Thérapeute : – Tout le problème est là, et c'est là-dessus que je vous propose de travailler aujourd'hui. Patrick, vous venez de dire que vous avez tendance à intérioriser vos émotions, et à prendre sur vous, pourriez-vous nous donner un exemple représentatif de ce que vous vivez en ce moment ? »

Le thérapeute amène à ce moment l'un des membres du groupe, à donner un exemple de situation-problème. Si cette situation est acceptée par le thérapeute et par le groupe, elle va être ensuite jouée. Nous allons poursuivre le dialogue, tout en décrivant les différentes étapes de la mise en place du jeu de rôle.

Le jeu de rôle
▪ Définition de la situation-problème ▪ Choix des participants ▪ Premier essai ▪ *Feedback* sur le premier essai ▪ Mise au point des variantes ▪ Deuxième essai avec variantes ▪ *Feedback* sur le deuxième essai ▪ Nouvel essai avec variantes ▪ Transposition *in vivo*

DÉFINITION DE LA SITUATION-PROBLÈME

Patrick : « – Depuis que j'ai repris mon travail, je vois bien que Carole, mon assistante, arrive quand ça l'arrange le matin.

Thérapeute : – Elle arrive quand ça l'arrange, c'est-à-dire ?

Patrick : – Comme j'ai été absent plus d'un mois suite à mon opération, je sens qu'elle a pris ses aises ; du coup, le matin, au lieu d'arriver à 9 heures comme c'était le cas avant, elle vient vers 9 heures 30, comme si de rien n'était, et là je vois que je recommence à bouillir, je ne dis rien mais je lui lance des regards furieux. Elle devrait comprendre !

Laurent : – Moi, à votre place, je la virerais sur le champ, c'est intolérable un comportement pareil ! Les gens sont là pour travailler, pas pour se la couler douce aux frais de l'entreprise, quand même !

Thérapeute : – À travers ce que vous dites tous les deux, on reconnaît parfaitement les comportements dont nous avons déjà parlé, n'est-ce pas ?

Alain : – Oui, bien sûr, on retombe dans le comportement de type A. Soit on explose, soit on rumine !

Thérapeute (s'adresse à Patrick et au groupe) : – Seriez-vous d'accord pour qu'on analyse la situation et qu'on cherche ensemble comment faire face ?

Patrick et le groupe : – D'accord.

Solange : – C'est une situation qui nous concerne tous, on ne sait pas toujours comment réagir quand on sent que les autres abusent et qu'on sait qu'on va se faire avoir !

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Thérapeute : – Absolument, les techniques que nous allons mettre en pratique aujourd'hui, chacun de vous va pouvoir les appliquer dans sa vie quotidienne. *Il s'adresse à Patrick :* Alors, si j'ai bien compris, depuis que vous êtes revenu dans votre entreprise suite à votre opération, vous avez remarqué que votre assistante, qui était ponctuelle auparavant, a pris l'habitude d'arriver le matin avec une demi-heure de retard environ, et cela vous irrite au plus haut point. Votre attitude en conséquence consiste à ne rien dire mais à lui faire comprendre votre mécontentement à travers votre regard furieux, et vous pensez que de la sorte, elle devrait comprendre et corriger son comportement. C'est bien cela ?

Patrick : – C'est tout à fait ça.

Thérapeute : – J'aimerais que nous réfléchissions ensemble à la meilleure façon de traiter le problème. Comment peut-on à votre avis, sortir du comportement de type A, tout en essayant de gérer cette situation ?

Louis : – Il faudrait parler calmement avec cette personne et lui expliquer qu'on voudrait qu'elle arrive à l'heure. Le tout est de ne pas s'énerver, mais de dire quand même ce qui ne va pas.

Thérapeute : – Absolument. Si on reste calme tout en exprimant ce qui nous déplaît, on sort du comportement à risque car on exprime son stress, ce qui évite de ruminer, et on ne se met pas en colère, ce qui prévient les débordements d'agressivité.

Patrick : – En fait, ça ne suffit pas de faire les gros yeux. Si je comprends bien, il faut carrément dire les choses !

Louis : – C'est évident qu'on a plus de chance de régler le problème si on l'exprime que si on fait des sous-entendus !

Thérapeute : – Alors résumons ce que nous venons de dire : pour sortir du comportement à risque et pour régler le plus efficacement possible le problème, on a intérêt à décrire le problème et à demander calmement un changement, c'est bien ça ?

Le groupe : – Oui, c'est ça.

Thérapeute : – Avant de jouer la scène, nous allons mettre en place le scénario. Patrick, où et à quel moment serait-il judicieux de parler à Carole ?

Patrick : – Je pense le matin, au moment où elle arrive, comme cela elle ne pourra pas nier qu'elle est arrivée en retard. Je pense que le mieux serait d'aller la voir dans son bureau cinq minutes après son arrivée.

Thérapeute : – D'accord, nous allons arranger une table qui représentera le bureau de Carole. Pensez-vous rester debout ou vous asseoir ?

Patrick : – Je vais m'asseoir, je pense que si je suis à sa hauteur, elle le prendra mieux. »

Le thérapeute installe donc la table et les chaises, conformément à la disposition réelle du bureau de Carole. Cette petite mise en scène est indispensable afin que le patient se sente aussi proche que possible de la réalité.

CHOIX DES PARTICIPANTS ET RÉPARTITION DES RÔLES

Thérapeute : « – Alors il ne nous reste plus qu'à jouer cette scène, afin de mettre en pratique ces suggestions. Patrick, seriez-vous prêt à jouer votre propre rôle ?

Patrick : – Je peux essayer !

Thérapeute : – Très bien. (S'adressant aux deux participantes du groupe :) – Est-ce que l'une d'entre vous aimerait jouer le rôle de Carole ?

Simone : – Je veux bien, mais j'ai besoin de plus d'informations sur sa façon de se comporter !

Thérapeute : – Bien sûr. S'il vous plaît, Patrick, pourriez-vous nous décrire précisément son attitude lorsqu'elle arrive le matin ?

Patrick : – Oui, elle passe devant mon bureau, me lance un "bonjour" sur un ton trop enjoué, un peu comme si elle me provoquait, et puis elle n'attend pas que je lui réponde et elle file dans son bureau.

Thérapeute : – Comment s'exprime-t-elle d'habitude, en dehors de cette situation, lorsque vous parlez ensemble ?

Patrick : – Elle est sympathique par ailleurs, toujours de bonne humeur, mais je pense qu'elle ne prend pas son travail assez au sérieux. Elle préfère plaisanter avec les collègues que parler du boulot.

Ici, Patrick évoque une deuxième difficulté, mais le thérapeute va recadrer vers l'objectif de départ qui est de régler le problème de ponctualité.

Thérapeute : – Pourquoi, à votre avis, votre assistante a-t-elle cessé d'être ponctuelle ?

Patrick : – Je pense qu'elle a pris de mauvaises habitudes en mon absence.

Thérapeute : – Simone, avez-vous suffisamment d'information pour jouer ce rôle ?

Simone : – Si j'ai bien compris, je prends les choses un peu à la légère dans ma façon d'être, je suis toujours de bonne humeur mais depuis quelque temps, je me suis laissée aller à arriver en retard.

Patrick : – C'est tout à fait ça.

Thérapeute : – Voici la scène que nous allons jouer : Carole arrive, dit bonjour en passant et va dans son bureau. Patrick se rend quelques minutes plus tard dans le bureau de son assistante et lui fait calmement remarquer que depuis qu'il est revenu, elle arrive en retard le matin, que cela le contrarie et qu'il aimerait qu'elle arrive à 9 heures comme c'était le cas auparavant. À votre avis, Patrick, comment risque-t-elle de réagir ?

Patrick : – Je pense qu'elle va minimiser le problème. Elle va probablement me dire que de toute façon, le travail est fait et que j'exagère.

Thérapeute : – Sur quel ton va-t-elle le dire ?

Patrick : – Oh, elle parle toujours sur un ton léger, un peu ironique. Elle se met rarement en colère.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Thérapeute : – OK. Simone, vous cernez à peu près le comportement de cette personne ?

Simone : – Tout à fait, j'ai une collègue un peu comme ça, on a l'impression qu'elle ne prend jamais les choses au sérieux !

Patrick : – Oui, c'est bien ça le problème avec Carole.

Juste avant de jouer la scène, le thérapeute s'assure que le scénario est bien clair pour chaque participant. Ensuite, il distribue les rôles des observateurs.

Thérapeute (au reste du groupe) : – Vous allez être observateurs de ce jeu de rôle, et vos suggestions vont permettre, s'il le faut, d'aider Patrick à améliorer sa communication avec Carole. Je vous demande donc d'observer le comportement verbal et non-verbal de Patrick, et de vérifier s'il reste dans une attitude affirmée. S'il se comporte à certains moments d'une manière passive ou agressive, vous nous direz de quelle façon, cela nous permettra de corriger. Après le premier essai, je vous demanderai votre avis. »

LE DÉROULEMENT

Premier essai

Thérapeute (à Patrick et Simone) : « – Nous allons jouer une première fois ce dialogue. À tout moment, si besoin, je me permettrai d'intervenir ou d'arrêter la scène. Nous aurons sûrement l'occasion de faire plusieurs essais successifs. On commence, Simone, vous arrivez, il est 9 heures 30 et vous saluez Patrick.

Simone (elle arrive, passe devant le bureau de Patrick et dit sur un ton enjoué) : – Bonjour ! (puis elle entre dans son bureau.)

Patrick (il entre dans le bureau de son assistante) : – Carole, j'aimerais vous parler, je peux m'asseoir cinq minutes ?

Simone : – Oui, je vous en prie. (Elle lui adresse un grand sourire.) Qu'est-ce que vous vouliez me dire ?

Patrick (il regarde le bout de ses chaussures, se racle la gorge) : – Je... euh, voilà, comme j'ai été absent un moment, je ne comprends pas très bien ce qui se passe mais, euh, j'ai l'impression que vous n'êtes plus très ponctuelle, et vous comprenez (il parle de plus en plus vite) ça me contrarie beaucoup, je ne peux plus compter sur vous comme avant.

Le thérapeute arrête la scène. En effet, comme il a relevé plusieurs améliorations à apporter, il choisit de ne pas aller plus loin pour faciliter le travail à la fois des observateurs, et des acteurs.

La reprise ou feedback[1]

C'est une étape essentielle pour couper court à toute divagation émotionnelle et stressante habituelle dans ce genre de situations. Dans la reprise il s'agit de peaufiner avec le patient les couleurs d'une palette émotionnelle et comportementale qu'il ne possède pas toujours.

Qu'a-t-il fait de bien ? La première relecture est technique, utile pour tout le groupe et permet de faire apparaître le canevas sous-jacent.

Le second aspect est celui du renforcement positif, la valorisation du participant. Votre interlocuteur a-t-il bien joué le rôle de la personne qui vous pose problème, pensez-vous que cela pourrait se passer de cette manière en réalité ?

Ce *feedback* doit être précis et renforçant.

Interrogez le patient sur l'authenticité du jeu du protagoniste : est-ce ressemblant avec votre réalité ? Cette étape est importante car si vous ne le faites pas, la transposition *in vivo* sera fort difficile et vous risquez d'être confronté à des remarques de type : « Ce n'était qu'un jeu et c'était très facile, mais avec mon assistante je sais très bien que cela ne sera pas aussi simple. »

Amenez les autres membres du groupe à commenter le jeu en relevant d'abord ce qui était bien, puis ce qui pourrait être modifié.

Recueillez *de manière directive* les commentaires de la personne qui vient de jouer ainsi que ceux du groupe, sinon il y a danger de dilution. Cela vous permettra de faire une mise au point de variantes très spécifiques, et de rejouer.

Développez les autorenforcements : « Qu'est-ce que vous avez apprécié vous-même en jouant ? » Le patient doit reconstituer des signaux internes de sécurité !

Feedback sur le premier essai

> *Thérapeute* : « – Bien, nous allons nous arrêter là. Merci à tous les deux, cette séquence est déjà très riche. Dites-moi Patrick, Simone s'est-elle comportée comme vous imaginez que Carole pourrait le faire ?
>
> *Patrick* : – Oh ! Tout à fait elle est vraiment décontracte et plutôt aimable comme Simone vient de le jouer.

1. Le *feedback* signifie étymologiquement la « nourriture (affective, relationnelle) reçue en retour », denrée indispensable aux humains !

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> *Thérapeute* : – Maintenant j'aimerais demander aux observateurs ce qu'ils ont apprécié dans la manière de Patrick de s'adresser à son assistante. »

Le thérapeute commence toujours par renforcer. Si possible, il amène les observateurs à évoquer ce qui a été positif dans le jeu de rôle. Même quand une scène comporte beaucoup d'imperfections, le thérapeute doit chercher du positif pour motiver et encourager ses participants.

> *Alain* : « – C'est déjà bien qu'il ait pu lui dire qu'il était contrarié de ses retards. Par rapport à ce qu'il fait d'habitude, c'est beaucoup mieux, il a exprimé ce qu'il avait sur le cœur.
>
> *Patrick* : – Sur le cœur, c'est le cas de le dire, je suis sûr que c'est en gardant tout pour moi pendant des années que je me suis rendu malade ! Ça n'est pas naturel chez moi de dire franchement les choses, j'ai toujours l'impression que si je commence à parler, je vais m'énerver et perdre mon contrôle. Je me rends compte que c'est pour ça que je ne dis rien.
>
> *Thérapeute* : – En tout cas, dans ce début de début de jeu de rôle, Patrick, vous avez exprimé enfin ce que vous ruminiez jusqu'à présent. Voyons maintenant ce que pense le groupe sur les points à améliorer.
>
> *Simone* : – Il ne m'a pas vraiment regardée quand il m'a parlé ; du coup ça m'aide à ne pas trop le prendre au sérieux et je m'apprêtais à l'envoyer gentiment sur les roses !
>
> *Thérapeute* (à Patrick) : Vous souvenez-vous où vous avez regardé en parlant à Carole ?
>
> *Patrick* : – J'ai regardé par terre ; je m'en suis rendu compte en le faisant.
>
> *Thérapeute* : – Vous sentez-vous capable de la regarder dans les yeux la prochaine fois ?
>
> *Patrick* : – Je vais me forcer à le faire.
>
> *Thérapeute* : – Très bien, voici déjà un premier objectif à améliorer. (Il s'adresse au groupe :)
>
> – Avez-vous remarqué d'autres points à améliorer, sur le plan verbal ou non-verbal ?
>
> *Jean* : – Oui, Patrick a dit à Carole qu'il avait l'impression qu'elle n'était plus très ponctuelle. Je ne pense pas que ce soit juste une impression, mais la réalité, donc à sa place, je dirais plutôt : "J'ai remarqué depuis mon retour que vous arriviez avec une demi-heure de retard au travail".
>
> *Thérapeute* : – Excellente remarque. Lorsque l'on émet une critique, il est important de rester factuel, et de ne pas juger la personne que l'on a en face de soi. L'impact n'est pas le même si l'on dit "tu n'es pas ponctuelle"ou "j'ai remarqué que tu arrivais en retard". Dans un cas, on juge, ce qui est agressif, dans l'autre, on décrit, et là on est affirmé. (S'adressant au groupe :) – Avez-vous d'autres remarques sur ce jeu de rôle ?

Pierre : – Oui, à la fin, j'ai trouvé que Patrick avait tendance à accélérer son débit et ça m'a donné l'impression qu'il avait hâte d'en finir, et qu'il était de plus en plus stressé !

Thérapeute : – Avez-vous tous eu cette impression ?

Le groupe : – Oui, oui.

Thérapeute : – Très bien, je trouve vos remarques très judicieuses, avez-vous encore des choses à dire ?

Alain : – Oui, à la fin Patrick a dit "je ne peux plus compter sur toi comme avant", et il me semble qu'il serait plus positif s'il disait "j'aimerais bien pouvoir compter sur toi comme avant".

Thérapeute : – Qu'en pensez-vous Patrick ?

Patrick : – C'est évident, je ne me suis pas rendu compte que je l'ai dit comme ça. »

Il y a là de nombreux points à corriger, mais le thérapeute va fixer seulement deux objectifs de changement pour le prochain essai, afin de permettre presque à coup sûr au patient de s'améliorer. Il ne peut en effet pas lui demander de modifier trop d'aspects différents en même temps.

Mise au point des variantes

Thérapeute : « – Si vous êtes d'accord, nous allons faire un deuxième essai. Pour cela Patrick, nous allons fixer deux objectifs afin d'améliorer votre communication avec votre assistante. Je vous propose de penser à bien la regarder dans les yeux, et de lui dire que vous avez remarqué qu'elle arrivait en retard le matin. Vous sentez-vous prêt à essayer ?

Patrick : – Oui, je vais me concentrer sur ces deux points. »

Deuxième essai avec variantes

Thérapeute (à Patrick et à Simone) : « – On y va !

Simone (en passant devant le bureau de Patrick) : – Bonjour !

Patrick : – Bonjour Carole ! Il se rend dans le bureau de son assistante. Carole, j'aimerais vous parler, puis-je m'asseoir quelques instants ?

Simone : – Bien sûr, c'est vous le chef !

Patrick (en regardant Simone) : – Voilà, je voulais vous faire part d'un souci qui me préoccupe. J'ai remarqué depuis mon retour que vous arriviez vers 9 heures 30 le matin au lieu de 9 heures comme c'était le cas auparavant. Cela me contrarie et je souhaite que vous veniez de nouveau à l'heure tous les matins.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Simone : – Oh, vous chipotez pour une demi-heure ! Vous savez bien que quand je pars le soir le boulot est fait, alors qu'est-ce que ça peut faire que je sois là à 9 heures ou 9 heures et demie !

Patrick (se remet à accélérer le débit de parole, hausse le ton mais garde le contact visuel) : – C'est incroyable ça ! Vous savez que moi je suis là dès 8 heures 30, et que j'ai besoin de vous à partir de 9 heures parce que c'est le moment où le téléphone se met à sonner et si vous n'êtes pas là cela m'oblige à répondre, alors que c'est à vous de le faire !

Thérapeute : – Bien, nous allons nous arrêter là. Merci à tous les deux pour ce deuxième essai. »

Feedback sur le deuxième essai

Thérapeute (à Patrick) : « – Qu'est-ce qui est mieux selon vous dans cette scène ?

Patrick : – Cette fois-ci, j'ai regardé Simone !

Thérapeute (à Simone) : – Qu'en pensez-vous ?

Simone : – Oui, il m'a bien regardée cette fois-ci.

Thérapeute (au groupe) : – Qu'est-ce qui était mieux que tout à l'heure dans le comportement de Patrick ?

Louis : – Il a dit clairement qu'il voulait qu'elle arrive à l'heure, il a même précisé 9 heures pour qu'il n'y ait pas de malentendu, et il est resté calme, tout au moins au début.

Patrick : – Oui, c'est vrai qu'après, j'ai senti que je m'énervais quand elle a commencé à me dire que je chipotais ! C'est tout à fait comme ça qu'elle va réagir, j'en suis sûre et c'est ça que je redoute parce que ça me met très en colère, une telle désinvolture !

Laurent : – Je vous comprends, c'est fou cette façon qu'elle a de vous parler, c'est un manque de respect total !

Thérapeute : – Oui, il est important à ce stade de la conversation que Patrick fasse comprendre à son assistante qu'il est déterminé à faire entendre sa critique. (Il s'adresse au groupe :) – Si nous refaisons un troisième essai, qu'est-ce que Patrick peut encore améliorer pour gagner en efficacité devant une telle attitude chez Carole ?

Simone : – Je crois qu'il doit garder un ton très calme du début jusqu'à la fin, pour montrer qu'il ne se laisse pas déstabiliser par ma réaction. En quelque sorte, s'il s'énerve, cela montre que je le cherche et que je le trouve et ça me met du coup en position de force !

Thérapeute : – En pratique d'après vous, qu'est-ce que Patrick doit changer pour paraître plus calme ? »

Par cette question, le thérapeute amène le groupe à émettre une critique spécifique et constructive.

Simone : « – Il doit garder le même ton, le même débit et le même niveau sonore qu'au début du dialogue.

Thérapeute : – Autrement dit, vous lui conseillez de ne pas accélérer ni hausser le ton, pour ne pas paraître agressif, c'est bien ça ?

Simone : – Oui. Il faut aussi qu'il continue à soutenir mon regard.

Thérapeute (au groupe) : – Voyez-vous d'autres points à améliorer ?

...

Thérapeute : – Bien. Je vous propose de faire un troisième essai, cette fois-ci l'objectif est pour vous Patrick de garder le même discours, mais d'améliorer les paramètres non-verbaux que nous venons de définir, OK ?

Patrick : – On y va ! »

Nouvel essai avec variantes

De la même manière que précédemment, le thérapeute fait rejouer la scène, puis commente la scène avec le groupe. On arrête le jeu de rôle lorsque les derniers objectifs sont atteints, ou lorsque le thérapeute estime que le patient a déjà suffisamment progressé. Rappelons-le, nous ne cherchons pas la perfection, mais simplement à aider le patient à améliorer sa communication et à se sentir mieux armé pour affronter la réalité.

L'objectif suivant pour le thérapeute est de permettre au patient de transposer ses nouveaux acquis dans sa vie réelle.

Transposition *in vivo*

À ce stade de la séance, **le thérapeute va vérifier s'il n'y a pas d'obstacles cognitifs** susceptibles d'empêcher la généralisation des acquis. Au besoin, il va aider le patient à restructurer ses cognitions, toujours, bien sûr, en s'appuyant sur le groupe.

La thérapie n'est qu'un atelier d'entraînement. Le vrai changement doit survenir dans la vie réelle de chacun ! Nous y mettons toute notre application, en sachant que les progrès sont parfois différés par rapport aux résultats en entraînement.

Thérapeute (à Patrick) : « – Vous sentez-vous prêt à entamer cette conversation avec votre assistante maintenant ?

Patrick : – Je ne sais pas si je vais vraiment oser le faire.

Laurent : – Mais il faut oser, elle ne va quand même pas vous faire tourner en bourrique comme ça pendant 107 ans !

Thérapeute : – Patrick, qu'est-ce qui vous empêcherait d'aborder le sujet avec elle comme nous venons de le faire ensemble ?

Patrick : – J'ai peur que cela jette un froid entre nous. Elle n'a pas l'habitude que je lui fasse des reproches.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Thérapeute : – Et que redoutez-vous au pire si cela jetait un froid entre vous ?

Patrick : – De me sentir coupable de l'avoir blessée.

Thérapeute : – Qu'est-ce qui pourrait vous aider à lui dire cela sans la blesser ?

Patrick : – Il est certain que si je ne me mets pas en colère, j'ai moins de risque de dire des choses que je regretterais après, mais quand même, rien ne me garantit qu'elle ne va pas mal le prendre !

Thérapeute : – Qu'est-ce qui pourrait arriver si au contraire, vous décidiez de ne rien dire, comme vous avez toujours fait ?

Patrick : – Dans ce cas, je pense qu'elle pourrait arriver de plus en plus tard et c'est sûr qu'un jour je finirais par exploser...

Thérapeute : – Et si cela arrivait, comment le prendrait-elle selon vous ?

Patrick : – Là, ça ferait mal, parce que si je suis hors de moi, je peux avoir des paroles très dures. Je vais sûrement encore plus culpabiliser après.

Thérapeute : – Alors que pouvons-nous conclure concernant votre crainte que cela jette un froid entre vous si vous faites votre critique ?

Patrick : – Je risque peut-être plus gros si je ne la fais pas ?

Thérapeute : – À moyen terme sans doute. Quel est l'autre risque à votre avis ?

Patrick : – Je ne sais pas

Louis : – L'autre risque c'est certainement pour votre santé. Si vous ne dites rien, vous allez continuer à vous stresser et à ruminer !

Thérapeute : – Qu'en pensez-vous ?

Patrick : – Si je comprends bien, si je lui parle calmement, non seulement je prends moins de risque pour ma santé, mais en plus je ne vais pas forcément me fâcher avec elle.

Thérapeute : – Oui, et il y a même un autre avantage encore. Vous voyez lequel ?

Alain : – Oui, si ça se trouve, Carole va tenir compte de la remarque de Patrick et arriver à l'heure de nouveau !

Thérapeute : – Ça serait "la cerise sur le gâteau", non ?

Patrick : – Oui, et je serais très soulagé.

Thérapeute : – Alors, pensez-vous le faire cette semaine ?

Patrick : – Oui, je vois qu'il y a plus d'avantages à le faire, qu'à ne pas le faire.

Thérapeute : – Bravo, je sens que nous avons bien avancé aujourd'hui, nous vous souhaitons bon courage Patrick, et nous attendons avec impatience de connaître la suite la semaine prochaine ! »

Le thérapeute conclut en rappelant les principaux thèmes travaillés en séance. Il prescrit les tâches pour chacun, puis prend congé du groupe.

Il n'oubliera pas de demander à la séance suivante les résultats des situations travaillées en intersession.

COMMENTAIRES

Avec cette technique, les patients progressent en général assez vite. C'est un moyen de montrer efficacement les pièges de la communication, de vivre des situations concrètes du vécu quotidien de chacun. Le côté très vivant du jeu de rôle permet par conséquent de limiter les explications théoriques.

L'idée centrale, c'est la notion d'entraînement. Le thérapeute, avec l'aide des participants, montre comment faire face à diverses situations, les patients vont d'abord s'entraîner en toute sécurité à l'intérieur du groupe, puis dans leur réalité à eux, en tenant compte de ce qu'ils ont appris en séance. L'atmosphère de confiance et d'entraide qui va se créer favorise ces progrès rapides, car même si les patients ne sont pas complètement à l'abri de l'anxiété, le cadre sécurisant du groupe est un excellent tremplin.

LES POINTS ESSENTIELS À RETENIR POUR RÉUSSIR UN JEU DE RÔLE EN GROUPE

1. Bien définir le cadre, la situation et les objectifs avant de commencer ;
2. Faire jouer la scène de manière à se rapprocher au maximum de la réalité vécue par le patient ;
3. Impliquer à différentes reprises tous les membres du groupe ;
4. Faire jouer des scènes simples et courtes, surtout au démarrage ;
5. À chaque essai, proposer aux patients qui jouent un ou deux objectifs pour progresser ;
6. Aménager si possible les éléments utiles (dispositions des tables, chaises, etc.) afin de rendre la scène la plus réaliste possible ;
7. Être chaleureux, encourageant et empathique ;
8. Donner systématiquement du *feedback* positif tout de suite après chaque scène jouée ;
9. Faire réfléchir le groupe sur les points à améliorer pour le prochain essai ;

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

10. Vérifier après les différents essais, s'il reste des obstacles cognitifs qui pourraient empêcher la transposition *in vivo* ;
11. Aider le patient, en impliquant le groupe, à restructurer ses cognitions. Nous utilisons pour cela la méthode habituelle « socratique » ;
12. Toujours terminer la séance sur une note positive et encourageante, tant vis-à-vis des acteurs du jeu de rôle que des observateurs. Il ne faut pas oublier que tous les patients doivent être en mesure de généraliser ce qui a été montré en séance.

LES FONDAMENTAUX DU JEU DE RÔLE DANS L'AFFIRMATION DE SOI : LA COMMUNICATION NON-VERBALE ET L'ÉCOUTE

Ce sont les deux conditions sans lesquelles un jeu de rôle ne pourra pas être efficace. Les thérapeutes pourront avoir travaillé parfaitement bien le contenu d'un échange entre le patient et le ou les protagonistes, si le non-verbal n'est pas adapté ou s'il n'y a pas d'écoute, le jeu de rôle n'atteindra pas son objectif.

La communication non-verbale

Notre souhait dans ce manuel est de vous transmettre des stratégies afin de faire prendre conscience aux patients de la préséance du non-verbal sur la parole, de la nécessité d'un non-verbal adapté pour délivrer correctement un message mais aussi des subtilités des diverses composantes du non-verbal et du paraverbal.

Prééminence du non-verbal sur la parole

L'éthologie démontre combien les signaux physiques sont importants dans l'« accordage » émotionnel entre les animaux et chez les petits des hommes (Cyrulnik, 1998). Obnubilés par le poids des mots, nous négligeons parfois le choc des comportements et des sons, dont l'influence est pourtant majeure quant à la perception émotionnelle des messages reçus, au point d'invalider parfois ce que nous voulons exprimer verbalement.

Dîtes à votre patient ou à vos patients s'il s'agit d'un groupe, « Je suis ravi de vous retrouver aujourd'hui » avec une attitude non-verbale en totale inadéquation avec le verbal et traduisant une attitude désabusée

(absence de sourire, de contact visuel, intensité de la voix faible et débit très lent, par exemple). Demandez-leur : « Me croyez-vous » ? Ils vous répondent immanquablement en cœur : « Non !!!! » Il est intéressant alors de leur faire exprimer toujours par le biais du questionnement « pourquoi ne me croyez-vous pas ? », que la communication non-verbale contredit la parole et impose le sens. Le nourrisson ne possède pas le langage verbal et se fait vite bien comprendre ; l'homme préhistorique a conquis la planète avec peu de mots.

Nécessité du non-verbal

Ce que le non-verbal exprime, ce sont les émotions ; elles sont universelles. L'objectif est de faire prendre conscience à nos patients que s'ils sont sincères, en accord avec ce qu'ils veulent exprimer, donc affirmés, émetteurs et récepteurs auront plus de chance d'être sur la même longueur d'onde. Dans le message communicationnel, il y a deux codages : le verbal et le non-verbal, c'est-à-dire, le contenu informatif du message et la composante affective modulatrice. Pour maintenir la concordance et la cohérence, l'affirmation de soi est nécessaire.

Composantes du non-verbal

L'idée est là encore de faire découvrir aux patients les différents aspects du message non-verbal. À quoi leur servirait une énumération de ces composantes mille fois rabâchées par le thérapeute, aussi charmant et chaleureux soit-il ? Ils s'empresseront d'écarter aussitôt tous les éléments que vous leur aurez donnés, l'anxiété aidant. N'oubliez pas que la découverte du non-verbal se fait au démarrage de l'apprentissage de l'affirmation de soi, leur niveau d'anxiété est souvent alors assez élevé. Le but est de leur faire sentir, percevoir émotionnellement les paramètres gênants dans leur expression et les moyens de les modifier peu à peu.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

EXERCICE PRATIQUE : LES COMPOSANTES DU NON-VERBAL

Le thérapeute se met en scène et joue trois types de comportements : inhibé, agressif et affirmé. Il demande à un patient du groupe s'il veut bien jouer avec lui en lui précisant, afin de le rassurer, qu'il a besoin de sa présence pour jouer mais qu'il n'est absolument pas obligé de répondre.

Le thème est, par exemple, une réclamation dans un magasin.

La consigne est : « J'ai acheté hier un grille-pain, il ne fonctionne déjà plus et je retourne dans le magasin afin d'obtenir un échange. Je vais m'y prendre en adoptant trois comportements distincts, le contenu du message restant identique, et vous devrez me dire quels sont les différents types

☞

☞

de comportements adoptés tour à tour et ce qui les distingue. Observez bien ! »

La phrase est : « Bonjour je vous ai acheté ce grille-pain hier, il ne fonctionne déjà plus, je souhaite que vous me le changiez. »

À l'issue de ce jeu, vous interrogez les patients sur ce qui a fait la différence. Attention, il est très important de bien dire exactement le même texte, ce qui n'est pas toujours facile dans l'enthousiasme ou l'anxiété du jeu de rôle pour le thérapeute. Si vous ne dites pas la même phrase, vos patients vont se précipiter sur le mot différent et auront plus de difficultés à repérer le non-verbal et le paraverbal. Si un des éléments constituant le non verbal et le paraverbal n'a pas été trouvé, il est intéressant de rejouer en l'accentuant, la distance interpersonnelle par exemple, si c'est cet élément qui manquait.

En résumé, ce tableau énumère les points essentiels à un non-verbal de bonne qualité permettant une communication efficace.

Le non-verbal

- Contact visuel
- Mimique
- Posture
- Gestes
- Distance interpersonnelle
- Paraverbal
  - Intonation
  - Intensité
  - Hauteur de la voix
  - Débit
  - Temps de réaction

Dans la mesure où, il n'y a pas de réel échange dans cette interaction, vous expliquerez ce qu'est le temps de réaction, à savoir le temps que met l'interlocuteur à vous répondre. Coupe-t-il la parole, laisse-t-il un temps de latence important avant de vous répondre ? Sans oublier que cette notion est fortement corrélée à la composante culturelle.

Les politiques « travaillent » spécifiquement avec des acteurs cette composante de leur prestation car c'est celle qui détermine l'impression la plus marquante. Coupez le son de la télé, et étudiez l'impression que dégage tel ou tel intervenant... (Il serait facile de dire qu'on n'en apprend parfois pas plus en remettant le son, mais pas de mauvais esprit.)

Le groupe vient de lister les différents paramètres et le thérapeute les a commentés succinctement. Puis il propose au groupe une prise de conscience personnelle.

☞

☞

Thérapeute : « – En portant votre attention sur vous-même, quel est le point le plus net qui se met à disfonctionner quand vous êtes mal à l'aise ?

Un tour de table s'installe pour que chacun exprime le domaine qui le concerne le plus... La plupart des participants auront la possibilité, en ciblant un comportement précis, de le modifier par l'attention volontaire. Pour d'autres, des obstacles émotionnels empêchent le changement.

Aurélie, souffrant de phobie sociale, a marqué un hochement de tête quand on a évoqué l'importance du contact visuel, véritable accroche relationnelle de l'attention. Or la plupart du temps, elle cache son visage en mettant ses cheveux devant.

Thérapeute : – Tu veux ajouter quelque chose, Aurélie ?

Aurélie : – C'est pas évident de fixer les gens quand on est gêné...

Audrey : – Moi, quand j'ai du mal à capter ton regard, je fouille encore plus !

Stéphane : – Tu sais, c'est quand on n'arrive pas à voir ton regard qu'on pense que tu n'es pas à l'aise !

Aurélie : – Je ne sais pas trop, j'essaye de ne pas regarder.

Thérapeute : – Comment pourras-tu faire changer ta crainte des autres si tu ne vois pas leur réaction ? »

Le travail de repérage de tous les petits gestes d'évitement subtil, et de leur implication dans le maintien de la gêne, est essentiel, pour les modifier peu à peu.

Autre catégorie de difficultés : Les manifestations non-verbales survenant *involontairement*, type rougissement, blocage de la parole, transpiration. Leur évocation surgit habituellement d'un patient, et le thérapeute cherche, avec le groupe, les moyens d'y faire face... à savoir :

- se concentrer sur le maintien du non-verbal volontaire ;
- la relaxation respiratoire ;
- la modification progressive des pensées anxiogènes ;
- et le plus : l'expression simple de sa gêne, que nous développerons plus loin.

L'écoute active

Dans un entretien équilibré, nous disposerions d'à peu près la moitié du temps de parole. Mais il arrive souvent que notre esprit ne se polarise que sur cette moitié-là.

Comment être affirmé dans l'écoute ?

En effet, l'écoute active permet de s'assurer de la bonne compréhension du message de l'interlocuteur et de lui signifier l'intérêt qu'on lui porte. Nous ne donnons pas le même sens aux événements selon qu'ils sont de la vie quotidienne ou bien de la vie professionnelle. Quels sont les ingrédients de l'écoute active ? Tout d'abord les *brèves marques*

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

d'intérêt ; c'est le hochement de tête, les « hum, hum », le contact visuel qui signifient clairement notre présence dans l'échange qui est en train de se passer. Pour ne pas mal interpréter ce qui est dit, la *reformulation* peut-être nécessaire, elle consiste à reprendre l'idée que nous avons comprise en l'exprimant avec nos propres mots. Écouter, c'est aussi *poser des questions ouvertes ou fermées*, l'interlocuteur se sentira mieux compris, et les risques d'interprétation seront d'autant diminués. C'est aussi faire de la *révélation de soi* : « Moi aussi, j'apprécie de pouvoir me détendre après une journée de travail difficile », ce qui encourage l'autre à parler de lui-même, de ce qu'il pense et ressent.

L'écoute active

- Brèves marques d'intérêt
  - « Hum hum »
  - Regarder
  - Hocher la tête
- Questions ouvertes et fermées
- Reformulation
- Révélation de soi

Les travers dans lesquels tombent le plus souvent les patients

L'anxiété sous-tend la plupart des mauvaises réponses des patients, lorsque ceux-ci :

– ne regardent pas leur interlocuteur ;
– cherchent leurs mots ;
– pensent qu'ils n'ont rien à dire d'intéressant ;
– coupent la parole.

Comment faire découvrir l'écoute active

Le thérapeute doit aider les patients à trouver eux-mêmes les ingrédients de l'écoute active ainsi que l'intérêt de ce préalable fondamental au jeu de rôle par des questionnements.

Par exemple, afin d'aider les patients à trouver par eux-mêmes ce que sont une question ouverte et une question fermée, proposez-leur cette réflexion : « Quelle différence faites-vous entre as-tu travaillé hier et qu'as-tu fait hier ? »

Cette interrogation leur permettra également de prendre conscience de l'intérêt des questions ouvertes, qui ouvrent le dialogue, permettent

d'obtenir plus d'information et de ce fait, calment à plus long terme l'anxiété de chacun.

Voici une stratégie permettant d'entraîner les patients à poser des questions ouvertes en groupe.

STRATÉGIE POUR ENTRAÎNER AUX QUESTIONS OUVERTES

Dites au patient qui est à côté de vous : « Vous allez parler de banalités à votre voisin de droite qui devra vous poser une question ouverte. En même temps, vous en profiterez tous les deux pour travailler le non-verbal, comme par exemple, regarder votre interlocuteur pendant qu'il vous parle. Dès que la question est posée, pas besoin d'attendre la réponse. Celui qui vient de poser sa question ouverte parle de banalités à son voisin de droite et ainsi de suite pour tous les participants au groupe d'affirmation de soi. »

Questions ouvertes : les blocages spécifiques que cet exercice engendre

Le thérapeute est parfois anxieux à l'idée de ne pas savoir gérer ce jeu de rôle. Voici quelques outils efficaces pour faire face aux blocages des patients :

Blocages	Conséquences	Causes	Remède
Blocages spécifiques des patients qui doivent poser une question ouverte	Ne posent aucune question. Ne posent que des questions fermées. Ne parviennent pas à prendre la parole.	N'écoutent pas Ont des pensées stressantes du type : « Que vais-je pouvoir poser comme question ? Je n'ai pas de répartie. »	Stopper le jeu de rôle, et ajouter : « Dites-moi avec précision ce que votre interlocuteur vient de raconter. » Cela leur permet de prendre conscience qu'ils n'ont pas écouté.
Blocages spécifiques des patients qui doivent raconter des banalités	Ne parviennent pas à parler, à trouver un thème.	Ont des pensées automatiques du type : « Je n'ai rien à raconter d'intéressant.»	Interroger le patient sur son dernier week-end, sur le dernier film qu'il est allé voir. Dès qu'il vous raconte ce qu'il a fait, lui demander de continuer à s'exprimer avec son voisin

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Chapitre 3

LES PRINCIPAUX OUTILS, LE CONTENU DES JEUX DE RÔLE COMPORTEMENTAUX

Importance de l'expression des émotions

Il est scientifiquement démontré (Hahusseau, 2006) que l'exposition aux émotions dans un contexte adéquat, est un des moyens de réguler notre équilibre intérieur et améliore notre intégration sociale. Paradoxalement nous avons fréquemment tendance à adopter des conduites d'évitement de manière réflexe.

Pour aboutir à une expression libératrice et constructive des émotions, un travail par étapes est nécessaire :

1. Ressentir physiquement, et mentalement le message émotionnel ;
2. L'identifier ;
3. L'accepter, en écartant les méta-émotions perturbatrices ;
4. Exprimer l'émotion.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Faute d'apprentissage ou d'utilisation assez régulière des messages émotionnels (positifs plus que négatifs), certaines personnes manquent « des mots pour les dire ». Il est alors utile de reconstruire avec elles, ou en groupe un panel général des émotions.

L'état émotionnel peut être exprimé d'une manière générale, floue, bien utile quand nous sommes débordés par le choc émotionnel :

> « Je suis touché(e), ému(e), chamboulé(e), troublé(e), embarrassé(e), embrouillé(e), confus(e), surpris(e), frappé(e), choqué(e), secoué(e), impressionné(e), gêné(e), mal à l'aise, déconcerté(e), décontenancé(e), désarçonné(e), ébahi(e), ébranlé(e)... »

Le mieux étant d'aller vers une expression plus spécifique de la tonalité, en cherchant pour soi-même les mots justes :

« Je ressens de la/du... Je suis... »

Positives	Tristesse	Agressivité	Anxiété
joie, joyeux	tristesse, triste, abattu,	colère	angoisse, peur,
bonheur, heureux	malheureux, peiné	agacement	inquiétude, inquiet
plaisir, réjoui	contrariété	furieux, hors de soi	contracté, tendu
détendu, serein	honteux[1]	blessé	nerveux, énervé
enthousiaste	déçu, découragé	frustré	inconfortable
satisfait, fier	dégoûté, démoralisé	courroucé, irrité	excité, fébrile
soulagé, relâché	désolé, affligé	exaspéré, excédé	effrayé, paniqué
plein d'espoir	déprimé,	fâché	paralysé, sidéré
calme, décontracté	navré, mortifié	aigri	perdu
posé, tranquille	ennuyé, soucieux	jalousie, envieux	affolé, agité, terrifié
allégresse	cafardeux	j'enrage	alarmé, apeuré
confiant	chagriné, dépité	je fulmine	anxieux
j'exulte	accablé, désespéré		trouille
je me réjouis	mélancolique		appréhension

Certains choisiront des termes du langage parlé, plus naturels sur le coup de l'émotion :

ça m'éclate trop	j'suis écœuré	j'ai les nerfs	ça me fait flipper
je me régale	j'ai le blues, le spleen	ça me met en rogne	je stresse

Ce tableau n'est qu'indicatif, évidemment non exhaustif, il vise à inciter à une recherche personnelle des termes qui conviennent au style,

1. La honte est l'émotion dont le partage social est le plus réprimé (Rimé).

au ressenti, au contexte de chacun. Au fil des séances, du cheminement personnel et de la progression de l'assertivité, le partage émotionnel s'améliore, favorisé par le thérapeute.

L'ambivalence dans l'expression émotionnelle, facteur de stress

Nos sociétés occidentales valorisent et condamnent à la fois l'expression émotionnelle. En effet, la non maîtrise des émotions est perçue socialement comme un signe de faiblesse et paradoxalement il est recommandé d'exprimer ses émotions : « Il faut dire ce que l'on pense ». Déjà il y a ambivalence culturelle dans la mesure où coexiste l'idée que les émotions devraient être exprimées ouvertement mais, qu'en même temps, l'expression de ces émotions implique un état de vulnérabilité.

Certaines recherches tendent à démontrer qu'exprimer ses émotions est un acte de santé (Pennebacker, 1997). Pourtant d'autres travaux conduisent à penser que la non expression des émotions n'est pas pathogène en soi, c'est l'association de la non expression émotionnelle avec le désir profond d'exprimer ces émotions qui est pathogène (King et Emmons, 1990).

L'ambivalence dans l'expression émotionnelle est liée à l'inhibition ; c'est un facteur de « mal être » psychologique, d'autant plus que cette ambivalence dans l'expression émotionnelle génère fatalement de la rumination, de la « persévérance émotionnelle » (Katz et Campbell, 1994). Elle serait un facteur non négligeable de troubles physiques, dans la mesure où elle augmenterait l'activation du système nerveux autonome. L'ambivalence dans l'expression émotionnelle serait aussi facteur de souffrance psychologique dans des situations chargées émotionnellement dans la mesure où elle générerait une incapacité à restructurer distorsions cognitives et pensées stressantes.

En effet, des conflits cognitifs et comportementaux sont en lien étroit avec :

– le désir d'exprimer confronté à la répression active de l'expression des émotions ;
– l'expression des émotions puis le regret de les avoir exprimées.

Les études de psychologie sociale (RIMÉ) montrent que, contrairement aux stéréotypes en vigueur, les hommes adultes communiquent autant leurs émotions que les femmes, mais à un auditoire beaucoup plus restreint (les personnes auxquelles ils se montrent nus). La fréquence de partage des émotions augmente avec l'âge chez les adultes.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Comment augmenter sa liberté d'expression émotionnelle ?

Que ce soit en groupe de thérapie ou en formation il est indispensable de travailler cet aspect tout au long des jeux de rôle. Le travail cognitif en amont est essentiel sous forme de questionnement socratique : « Au pire, si vous exprimez cette émotion que va-t-il se passer, que va-t-on penser de vous ? », « Pourquoi pensez-vous que le fait d'avoir exprimé votre mécontentement va définitivement vous mettre en marge de ce projet ? ». Questionnement de plus en plus précis jusqu'à ce que les patients ou participants puissent avoir une représentation mentale la plus fine possible de la situation tant redoutée, de ses conséquences et des émotions qui y sont associées.

D'autre part, nous réalisons constamment à quel point le peu de vocabulaire utilisé pour exprimer les émotions intensifie l'ambivalence dans l'expression émotionnelle. Pour travailler cette dimension, voici les tâches qui peuvent être demandées :

- Recherche individuelle des moyens d'expression des émotions sur le dictionnaire, sur Internet en consultant le dictionnaire des synonymes de la faculté de Caen ;
- Recherche auprès des amis ;
- Partage de ces résultats avec le groupe.

L'augmentation de la liberté d'expression émotionnelle est un des objectifs majeurs du travail en affirmation de soi. Dans un article récent, C. Lammertyne-L'hote (2004) va plus loin dans une recherche empirique

> « [...] qui se centre sur le rôle joué par les variables d'expression émotionnelles dans l'apparition du stress psychologique et tient compte du contexte de leurs manifestations : vie privée *versus* vie professionnelle. »

Faire une remarque positive ou l'expression des émotions positives

La remarque positive ou expression des émotions positives appartient au champ des compliments. Dans l'état d'esprit affirmé la personne s'efforce de parler d'elle, et de son ressenti, tandis que dans la communication courante un compliment sous-entend un jugement de valeur sur l'autre. Nous y reviendrons lorsque nous aborderons la différence entre une remarque négative et une critique.

S'il est important de savoir gérer ses émotions négatives en les exprimant d'une manière adaptée, il est tout aussi important de pouvoir savourer puis exprimer ses émotions positives. Cela revient en réalité, à joindre l'utile à l'agréable.

D'une part, notre culture nous pousse parfois plus volontiers à manifester notre mécontentement et à passer sous silence notre satisfaction. « Quand les autres font bien leur travail, c'est normal », c'est du moins ce que pensent un certain nombre de managers qui ont tendance à percevoir plus facilement les défauts de leurs collaborateurs, que leurs réussites ou leurs qualités.

D'autre part, comme nos émotions positives ne nous font pas souffrir, nous ressentons souvent peu la nécessité de les exprimer, contrairement aux émotions négatives ou hostiles.

> « Nous sommes des êtres sociaux, qui ont besoin d'une "dose" régulière de contacts positifs pour vivre heureux. Aussi la capacité d'établir et de maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes est-elle une composante essentielle de la gestion de soi. » (Jacques Van Rillaer, *La Gestion de soi*.)

Voici la méthode (SISSI) que nous proposons à nos patients. Elle constitue une trame qui sera, bien entendu, adaptée à la situation et à la personnalité du patient.

Un message positif affirmé doit absolument comporter les ingrédients suivants :

- Il doit être *Sincère*. C'est la première condition essentielle et évidente, sinon, on se retrouve dans un registre tout à fait différent, qui est la flatterie et la manipulation.
  Le thème de la sincérité suscite fréquemment des débats pour lesquels voici quelques repères-clés : Sincère signifie que mes propos sont vrais, tout au moins pour moi, que je suis honnête dans ce que j'exprime, de bonne foi. L'opposé en serait le mensonge, dans lequel on dit volontairement autre chose que ce que l'on croit vrai. Le concept de sincérité/mensonge est distinct de celui de vérité : on peut soutenir quelque chose de faux en toute sincérité et dire la vérité en mentant ; sans oublier que la vérité absolue, en de nombreux domaines, est une idée intimement liée à nos croyances : dans le domaine relationnel, beaucoup de vérités sont relatives et subjectives, voire changeantes et partielles (et pourtant cause de tant de conflits). Autre repère sémantique : la franchise (de franc, ouvert, espace de libre passage) pourrait être située à l'extrême de la sincérité, dans une relation

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

privilégiée où je ne dissimule rien, ne réserve aucun sentiment, aucune pensée de moi-même à l'autre, que nous pourrions appeler la haute amitié.

Autre question fréquente : comment savoir que quelqu'un est sincère ? Le renvoi de la question au groupe est un bon révélateur des schémas de personnalité... Techniquement, on s'appuie certes sur la concordance contenu verbal-expression non-verbale (si quelqu'un vous dit « je suis content de te voir » sans sourire, ceci jette un doute ; inversement, les bons acteurs savent prendre des accents de sincérité trompeurs) mais surtout sur la continuité dans le temps, entre ce qui est dit et ce qui est fait ultérieurement. Alors, sur le moment, il est préconisé de suivre ce que l'on ressent (« Qu'est-ce que cela me fait ? ») sans en être esclave : si quelqu'un me fait un compliment, d'en savourer le plaisir, de faire préciser pour en tirer un enseignement plus complet (« Qu'est-ce qui vous intéresse particulièrement dans notre livre, pour que nous puissions le souligner quand nous le présenterons ? ») mais de veiller à ne pas me sentir déstabilisé ou en dette pour la suite de la relation (« Je suis heureux que ce sujet vous passionne mais je ne puis vous obtenir de rabais sur le prix »). Écartons cet exemple humoristique pour rappeler que, dans les circonstances courantes, aller vers les autres avec un *a priori* de confiance est reposant (il sera bien temps de tirer des leçons précises sur telle personne en cas de problème) et... bon pour l'estime de soi (André, 2006).

- Il doit être *Immédiat*, c'est-à-dire exprimé le plus rapidement possible. Si une amie m'invite à dîner et que j'ai trouvé son repas excellent, je la complimenterai sur le moment, et non dans six mois ! Toutefois, surtout en phase d'acquisition, mieux vaut tard que jamais.
- Il commence la plupart du temps par le mot « je », cela veut dire que l'émetteur du message ose *S'impliquer* pour dire ce qu'il pense. Sentez-vous la différence entre : « Je suis contente que tu aies réparé l'ordinateur » et « C'est bien que tu aies réparé l'ordinateur ». Dans la plupart des cas, le mot « je » permet de ne pas porter de jugement, mais de simplement donner son avis. Comparez vous-même : « J'aime beaucoup ta tenue » et « Tu es très bien habillée ». Mon bon goût est-il aussi infaillible que cela, pour pouvoir me permettre une telle affirmation ?
- Il doit être *Spécifique*, c'est-à-dire porter sur un fait précis, afin de ne pas tomber dans des généralités ni des banalités. Voyez la différence entre : « J'ai vraiment apprécié que tu prennes le temps de m'aider à terminer ce travail hier soir » et « Tu as été sympa hier soir ».

- Il doit être *Isolé* et comporter du positif, rien que du positif. Le message peut être rapidement brouillé, s'il comporte par exemple un sous-entendu négatif : « Pour une fois, vous avez fait l'effort d'arriver à l'heure », dit Patrick à son assistante. Est-ce un compliment ou un reproche ? L'intention de Patrick est-elle d'encourager son assistante à arriver à l'heure, ou de lui reprocher ses précédents retards ?

C'est, de plus, un message simple et non un long discours. Il ne s'agit pas de noyer l'information. La concision au contraire, lui donnera plus d'impact et on ira ainsi droit au but.

Valérie et la spirale de l'agressivité

Cette jeune femme de 33 ans, mère d'une petite fille de deux ans, vient me consulter car elle a de grosses difficultés à maîtriser son agressivité et à chaque fois qu'elle ressent de la frustration dans sa relation avec son conjoint, elle ne peut contrôler ses accès de colère. Elle lui reproche en effet de ne pas être suffisamment présent, et les longues heures qu'il passe quotidiennement à télécharger de la musique sur son ordinateur provoquent des tensions et des disputes incessantes. Nous avons donc dans un premier temps mis en place un programme d'affirmation de soi axé sur la demande.

Il s'agissait, pour Valérie, de négocier avec son conjoint qu'il libère une partie du temps consacré à son ordinateur, afin de se rendre plus disponible pour sa famille. Ce travail a permis en quelques jours à Valérie d'obtenir chez son conjoint une modification timide, puis de plus en plus marquée de son comportement. Dès le début, Valérie avait pour tâche, non seulement de reformuler calmement et régulièrement sa demande, mais aussi d'être très attentive aux efforts de son mari, et de renforcer ces efforts à l'aide de messages positifs.

Voici l'un de nos dialogues, au moment où Valérie commence à formuler sa demande d'une manière non agressive. Sa tâche consistait à repérer les éventuels changements de comportement chez son mari, et de renforcer tout effort, même minime :

Thérapeute : « – Qu'avez-vous observé quand vous avez demandé à votre conjoint de diminuer son temps devant l'ordinateur ?

Valérie : – Il a fait un petit effort cette semaine.

Thérapeute : – Un petit effort, c'est-à-dire ?

Valérie : – Eh bien, quand je lui ai demandé d'arrêter pour venir donner le bain à notre fille, il est descendu au bout de dix minutes.

Thérapeute : – Qu'est-ce qui a changé dans son comportement ?

Valérie : – D'habitude, il répond à peine quand je l'appelle, et il reste devant son ordinateur.

Thérapeute : – Très bien. Comment avez-vous réagi quand il est descendu ?

Valérie : – Je lui ai dit que j'étais contente qu'il vienne m'aider.

Thérapeute : – Et lui, comment a-t-il réagi à ce message positif ?

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Valérie : – Il n'a rien dit mais j'ai vu qu'il était content.

Thérapeute : – Comment cela ?

Valérie : – Il a souri.

Thérapeute : – Comment faire maintenant pour que cela continue ?

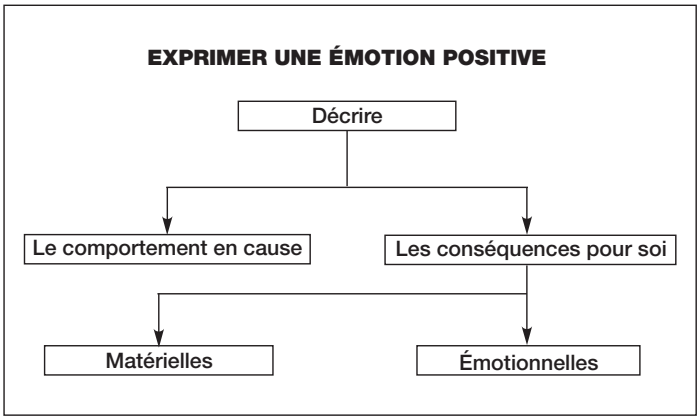
Valérie : – Il faut que je continue à formuler calmement mes demandes, et à ne pas m'énerver s'il ne réagit pas tout de suite positivement.

Thérapeute : – Oui, n'oubliez pas que vous lui demandez de fournir un effort, et que cela ne marchera pas à tous les coups. Comment faire alors pour l'encourager ?

Valérie : – Je ne dois pas oublier de lui montrer ma reconnaissance, même si je considère au fond de moi que c'est normal qu'il laisse un peu ses loisirs de côté pour s'occuper de sa famille.

Thérapeute : - Finalement, c'est un travail qui se fait à deux. L'un et l'autre vous êtes en train de remplacer des comportements inadéquats par un mode de communication plus constructif et plus positif. Votre conjoint pense peut-être de son côté qu'il est normal de votre part que vous vous adressiez à lui sans agressivité.

Valérie : – C'est vrai, j'ai remarqué que plus je m'énerve, plus il se renferme dans sa bulle, et plus il se réfugie devant son ordinateur... »



Pour conclure

Le message positif peut se montrer utile et efficace dans de nombreuses situations, tant dans la vie quotidienne que dans la vie professionnelle :

– Il apporte un « rayon de soleil », une atmosphère positive et contribue à maintenir de bonnes relations ;
– Faire un compliment, cela revient à offrir un cadeau. C'est gratuit, cela fait plaisir, c'est un échange agréable qui vient entretenir les relations et renforcer l'estime de soi ;
– Le message positif permet de montrer sa reconnaissance, ce qui correspond à un besoin fondamental chez l'être humain au travail d'après Maslow. C'est un aspect très important du management ;
– Il aide l'autre à s'améliorer, il encourage et motive. C'est un outil indispensable de management ;
– Il fait disparaître les comportements inadéquats, qui sont automatiquement remplacés par des comportements positifs. En cela, il remplace souvent avantageusement la critique. N'oublions pas que tout comportement qui est renforcé a tendance à se répéter.

LA RÉCEPTION DES ÉMOTIONS POSITIVES

Paradoxalement, nous ne sommes pas toujours à l'aise lorsque nous recevons un compliment. Il devrait nous faire plaisir et pourtant, nous éprouvons parfois de la gêne, comme si nous ne le méritions pas. Cette gêne nous empêche alors de répondre d'une manière affirmée, et suscite des réactions parfois passives, et parfois agressives.

Imaginons une maîtresse de maison qui se voit complimentée par l'un de ses invités lors d'un dîner : « J'ai trouvé ton repas excellent. »

La gêne éprouvée peut se traduire par différentes attitudes :

– La négation du compliment : « Tu plaisantes, il était trop cuit mon rôti ! » ;
– L'ignorance : dans ce cas, on ne répond rien et on fait mine de ne rien avoir entendu ;
– La dérision : « Oui, je sais, je suis la meilleure cuisinière de la ville ! » ;
– La banalisation : « Oh ! tu sais, avec un bon livre de cuisine n'importe qui peut réussir cette recette. » ;
– Le ping-pong : « Mais toi aussi tu nous avais préparé un très bon dîner l'autre jour ! » ;
– Le doute : « Ah bon, tu es sûr ? J'ai plutôt l'impression que tu dis ça pour me faire plaisir. ».

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Derrière cette difficulté à accepter un compliment, tout comme on accepterait un cadeau qui nous ferait plaisir, se cache parfois la crainte que l'autre ne soit pas sincère, qu'il veuille profiter de la situation, qu'il manipule, mais cela correspond aussi certainement à une faille dans l'estime de soi.

Voici trois manières possibles d'aborder le message positif que le thérapeute pourra adapter au patient en fonction de sa personnalité et du contexte.

1. *Merci accompagné d'un sourire*. C'est le « service minimum », car on ne peut pas faire moins. On optera pour cette attitude lorsque l'on n'est pas très à l'aise, lorsque l'on ne connaît pas bien son interlocuteur et que l'on veut garder une certaine distance ;
2. *Merci accompagné d'un sourire + exprimer l'émotion ressentie* : « Merci, cela me touche beaucoup », ou bien « Merci beaucoup, je suis contente que tu aies apprécié mon dîner » ;
3. *Merci accompagné d'un sourire + exprimer l'émotion ressentie + donner une information qui accuse réception du compliment* : « Je te remercie, cette recette me tient à cœur car elle me vient de ma grand-mère », ou bien « Merci beaucoup cela me fait plaisir car c'est la première fois que je teste cette recette ». Cette troisième manière de répondre est la plus affirmée, car elle permet de relancer la conversation et de valoriser la personne qui a fait le compliment.

Ce sont souvent nos obstacles cognitifs qui nous empêchent de recevoir un message positif. Voici le type de questions que nous pouvons poser à nos patients pour les aider à dépasser ces obstacles :

TYPE DE QUESTIONS POUR DÉPASSER LES OBSTACLES COGNITIFS

Thérapeute : « – Savez-vous ce que pensait réellement votre chef, lorsqu'il vous a complimenté sur votre travail, a-t-il été sincère ?

Patient : – Je ne peux pas répondre oui avec certitude, avec lui, on ne sait jamais si c'est réellement sincère.

Thérapeute : – Alors plutôt que de vous poser ce genre de question qui n'a pas de réponse fiable, ne vaudrait-il pas mieux vous demander ce que vous en pensez, vous, réellement ? Ce dossier pour lequel on vous complimente, avez-vous eu du plaisir à le faire, vous êtes-vous donné du mal, vous a-t-il permis d'apprendre des choses nouvelles ? Si oui, peu importe ce que l'autre en pense sincèrement si vous êtes d'accord avec ce commentaire sur votre travail, vous vous devez de l'accepter et même d'exprimer en retour vos émotions. »

Nous conseillons à nos patients si cela s'avère opportun d'exprimer tout simplement leur gêne, puis de se recentrer sur ce que cela leur fait, sans se sentir en dette vis-à-vis du complimenteur. Cela revient au fond à exprimer une émotion sur un mode affirmé : « Je me sens gêné que tu me fasses ce compliment, je ne sais pas quoi dire, je n'ai pas l'habitude qu'on me fasse de tels compliments... »

Étude de cas : L'entretien d'embauche de Guillaume

Présentation de Guillaume

Jeune diplômé en droit, *Guillaume* postule pour son premier emploi, dans une compagnie d'assurance. Il participe à un groupe d'affirmation de soi et nous préparons ensemble l'entretien d'embauche qui est programmé pour la semaine suivante avec le DRH de la société. Guillaume est anxieux, il redoute des questions « pièges » et a beaucoup de mal à mettre en avant ses compétences. Voici notre dialogue :

Thérapeute : « – Quels sont vos atouts pour ce poste, qui pourraient vous différencier des autres candidats ?

Guillaume : – Euh, je parle couramment l'anglais et l'allemand.

Thérapeute : – D'accord. Nous allons jouer si vous êtes d'accord une partie de l'entretien et imaginer que le recruteur vous complimente sur ce point.

Guillaume : – Je ne saurai pas quoi dire s'il me fait des compliments, je sens que je risque de rougir et ça va me mettre mal à l'aise.

Thérapeute : – C'est bien pour cela que nous avons intérêt à préparer l'entretien ensemble, car il est fréquent que les recruteurs testent leurs candidats en leur faisant des compliments sur leur CV, afin d'observer leurs réactions. Je vous propose que l'un des membres du groupe joue le rôle du DRH que vous allez rencontrer, et il va vous complimenter sur le fait que vous êtes trilingue. Que pourriez-vous répondre à ce compliment ?

Guillaume : – Tout le monde parle des langues maintenant, ça n'a rien d'extraordinaire.

Thérapeute : – Que va penser votre recruteur si vous lui dites cela ?

Guillaume : – Il risque de trouver que je ne suis pas très sûr de moi.

Thérapeute : – Pourtant quel est votre but en allant à cet entretien ?

Guillaume : – Qu'il m'embauche, évidemment.

Thérapeute : – Alors, s'il vous fait ce compliment, ne vous tend-il pas une perche pour que vous puissiez le convaincre ?

Guillaume : – Je sens qu'il va falloir que je sorte de ma réserve.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Thérapeute : – Oui, comment pourriez-vous alors lui répondre ?

Guillaume : – Je pourrais le remercier de ce compliment et lui dire que j'ai étudié un an aux États-Unis et que j'ai vécu en Allemagne jusqu'à l'âge de 15 ans.

Thérapeute : – Très bien, jouons alors cette scène. »

Mise en place du jeu de rôle

Thérapeute (à Guillaume) : « – Pouvez-vous nous dire où et quand va se passer la scène ?

Guillaume : – Dans le bureau du DRH, mardi prochain à 14 heures.

Thérapeute : – Bien, nous allons donc aménager la pièce avec un bureau et un siège de chaque côté. »

Le thérapeute, aidé souvent d'une ou deux personnes bouge les tables et les chaises de manière à créer un espace dédié au jeu de rôle, qui soit le plus proche possible de la réalité.

Thérapeute (à Guillaume) : « – Avez-vous déjà rencontré ce DRH ?

Guillaume : – Non, pas encore. »

Le thérapeute n'a pas d'élément pour décrire le recruteur, dans le cas contraire, il aurait questionné Guillaume pour en savoir plus sur sa manière d'être, de parler, et sur son comportement en général.

Thérapeute (à Guillaume) : « – Êtes-vous d'accord pour jouer votre propre rôle, et que nous demandions à un membre du groupe de jouer le rôle du recruteur ?

Guillaume : – D'accord.

Thérapeute (au groupe) : – J'aimerais que l'un d'entre vous puisse aider Guillaume en prenant le rôle du recruteur, et nous allons travailler le moment précis où il va faire un compliment au sujet des deux langues étrangères que Guillaume maîtrise bien. Qui souhaiterait participer à ce jeu de rôle ? »

(Silence total dans la salle.) Cette situation est habituelle, s'exposer ainsi devant un groupe est une situation anxiogène, le thérapeute va devoir alors encourager et essayer de lever les obstacles cognitifs.

Thérapeute (il commence tout simplement par reformuler sa demande. Le langage non verbal est dans ce cas primordial : visage détendu, souriant, le thérapeute s'adresse au groupe avec une voix calme et sereine) : *« – Alors, qui voudrait jouer ce rôle ?*

Le groupe : – ...

Thérapeute : – Je comprends que vous ayez du mal à vous décider, c'est difficile de jouer ainsi devant le groupe, mais j'aimerais beaucoup que l'un de vous essaye, et puis je suis là pour vous aider. Je vous soufflerai ce qu'il faut dire si besoin. »

Si la situation perdure (ce qui est rare car le thérapeute a pris les devants et amène progressivement le groupe vers des jeux de rôle de difficulté

croissante, ce qui fait que l'anxiété diminue d'une séance à l'autre), le thérapeute peut décider de jouer lui-même le rôle, quitte par la suite à le faire rejouer par un membre du groupe.

Didier : « – Je veux bien jouer le recruteur, à condition que vous me disiez exactement ce que je dois dire.

Thérapeute : – Bien sûr, je vous l'ai dit, je vais vous aider. Je vous trouve courageux de vous lancer (il renforce). Cela va nous permettre d'aider Guillaume et d'apprendre à émettre et répondre à un compliment, ce qui est utile pour chacun d'entre nous » (il est important que tout le groupe se sente concerné par cet exercice).

Le thérapeute s'adresse au groupe pour l'impliquer dans le jeu de rôle : « – Vous allez maintenant observer le jeu de rôle et vérifier si l'objectif est atteint. Didier a-t-il fait un compliment affirmé à Guillaume (on profite de l'exercice pour travailler aussi l'émission du message positif) et Guillaume a-t-il pu répondre en utilisant le niveau le plus affirmé ? » (voir ci-dessus).

Le thérapeute rappelle alors les principes de base de l'émission et réception d'un message positif, il les note au besoin au tableau pour aider les participants.

Thérapeute (s'adressant à Guillaume et à Didier) : « – Avez-vous besoin d'explications complémentaires ?

Didier : – Oui, comme on ne sait pas comment est le DRH, je peux jouer comme je le sens ?

Thérapeute : – Oui, le but est d'aider Guillaume à réussir son entretien quand il aura lieu, donc je vous conseille de jouer d'une manière affirmée sans apporter de difficulté particulière. L'objectif est pour vous de vous entraîner à émettre un message positif. »

Le but est de donner confiance à Guillaume, il n'est donc pas conseillé de compliquer la situation inutilement. Le thérapeute doit toujours veiller à rendre la scène réaliste, mais pas trop difficile pour que le niveau d'anxiété soit supportable pour celui qui joue.

Thérapeute (au groupe) : « – Avez-vous des questions avant de commencer ?

Le groupe : – ...

Thérapeute (à Guillaume et à Didier) : – On démarre la scène lorsque le DRH vous complimente sur vos compétences linguistiques, OK ?

Guillaume et Didier : – OK. »

Le thérapeute a choisi ici de jouer seulement un petit morceau d'une scène, car il veut aider Guillaume à dépasser sa difficulté à accepter des compliments. Il aurait pu décider de jouer une scène plus longue dans une autre situation. Quand on démarre les jeux de rôle, il vaut mieux jouer des scènes très courtes, qui demandent une concentration plus brève et qui permettent aussi de travailler un comportement précis. Ici, le thérapeute a deux objectifs : faire travailler l'émission et la réception d'un message positif.

Thérapeute : « – Allez-y.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Didier : – J'ai vu dans votre CV que vous parliez couramment l'anglais et l'allemand, je tiens à vous complimenter car c'est assez rare de nos jours de trouver des candidats complètement trilingues.

Guillaume : – Euh, oui, enfin c'est normal aujourd'hui de parler des langues... (Il s'arrête, rougit, regarde par terre et ne sait plus comment enchaîner.)

Thérapeute (à Guillaume et Didier) : – Bravo à tous les deux, vous avez eu le courage de démarrer le jeu de rôle, ça n'est jamais facile. »

Quoiqu'il arrive, le thérapeute doit toujours renforcer avant d'aller plus loin. Le niveau d'anxiété est en effet, comme dans cet exemple, parfois très élevé à ce stade du jeu de rôle. Rappelons que le patient doit reprendre confiance en lui, et le rôle du thérapeute est de l'amener progressivement à son objectif. Ici, il doit parvenir à répondre correctement au compliment du DRH.

Thérapeute (à Guillaume) : « – Qu'est-ce qui fait que vous vous êtes arrêté ?

Guillaume : – Je me suis rendu compte que je n'avais pas répondu comme il fallait, je crois que j'ai un peu paniqué.

Thérapeute : – Qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment précis ?

Guillaume : – J'ai été surpris de ce compliment si élogieux, ça m'a mis mal à l'aise...

Thérapeute : – Que pensez-vous de ce compliment, est-il justifié ou non à votre avis ?

Guillaume : – C'est vrai que je parle couramment trois langues.

Thérapeute : – Alors ?

Guillaume : Oui, il est justifié, il n'y a pas de raison que je ne l'accepte pas.

Thérapeute (au groupe) : – Qu'est-ce que Guillaume peut faire pour améliorer sa réponse ? »

Le thérapeute s'adresse volontairement au groupe pour que les personnes qui ne jouent pas s'impliquent dans ce jeu de rôle et qu'ils restent actifs. C'est une règle d'or à respecter : à chaque séance, chaque patient doit participer activement, même si ça n'est pas lui qui joue la scène. De plus, le groupe est toujours là pour donner un feed-back, ou pour aider celui qui joue. Cela crée un esprit d'équipe et celui qui joue se sent soutenu.

Sophie : « – Il pourrait regarder le DRH dans les yeux, parce que tout à l'heure, il a baissé les yeux et ça a montré qu'il était gêné.

Thérapeute : – Très bien, qu'est-ce qu'il pourrait améliorer encore ?

Alain : – Il pourrait peut-être expliquer comment il a appris ces langues.

Thérapeute : – Qu'en pensez-vous, Guillaume, seriez-vous prêt à vous concentrer sur ces deux objectifs : regarder le DRH et lui expliquer comment vous avez appris ces langues ?

Guillaume : – Je vais essayer. »

Lorsque le thérapeute fait rejouer une scène, il prend garde de ne pas donner trop d'objectifs à la fois. Deux objectifs semblent raisonnables dans une situation comme celle-là. Il vérifie également toujours auprès de celui qui joue si ces objectifs sont réalistes et pas trop difficiles. Le thérapeute a

toujours en tête que le patient doit sortir de cette séance en confiance, le but est donc de doser la difficulté et de l'aider à s'améliorer.

Thérapeute (au groupe) : « – Comment avez-vous trouvé le compliment de Didier ?

Laurence : – Il était très affirmé, il a osé dire "je", et le compliment était spécifique.

Thérapeute : – Très bien, Didier, voulez-vous rejouer la scène de la même manière ?

Didier : – D'accord. »

Le thérapeute fait ensuite rejouer la scène, jusqu'à ce que Guillaume ait atteint son objectif. Le thérapeute n'attend pas une prestation parfaite, il veut simplement aider le patient à acquérir un savoir-faire qui va l'aider à affronter la réalité, avec le moins d'anxiété possible.

Voici comment le thérapeute va ensuite conclure la séance :

Thérapeute : « – Merci à tous, grâce à ce jeu de rôle, nous avons vu d'une manière très concrète comment on s'y prend pour émettre et recevoir un message positif. Maintenant Guillaume, qu'avez-vous appris pendant cette séance qui pourra vous être utile mardi prochain ?

Guillaume : – J'ai compris que le but est simplement de montrer mes compétences, que je ne dois pas me dénigrer et que je dois donner des informations objectives sur ce que je sais faire.

Thérapeute : – Bien sûr, c'est le but de l'entretien d'embauche, il faut convaincre qu'on est compétent pour le poste. C'est à la fois dans votre intérêt de trouver du travail, et dans l'intérêt du recruteur d'embaucher la bonne personne. Vous sentez-vous mieux armé pour affronter cet événement ?

Guillaume : – Oui, je pense. Je vais continuer à me préparer pour cet entretien et noter les atouts qui pourraient m'aider à obtenir ce poste.

Thérapeute : – Pourriez-vous par exemple demander à un ami de vous y aider ?

Guillaume : – Oui, c'est dans mon intérêt, je suis très motivé pour décrocher ce poste ! »

En fin de séance, le thérapeute prescrit des tâches personnalisées pour chaque participant, sur le thème étudié. Le but est à chaque étape du programme, d'amener les patients à généraliser ce qu'ils ont appris en séance.

Pour conclure

La réponse affirmée à un message positif permet :

– d'accuser réception du message positif et de rester dans l'échange et la communication ;
– de valoriser l'interlocuteur en lui montrant qu'il a vu juste en émettant le compliment ;

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

– de se valoriser soi-même, lorsqu'il s'agit de mettre en évidence des actions positives ou des compétences en milieu professionnel par exemple ;
– d'encourager l'interlocuteur à continuer dans cette voie, ce qui favorisera les échanges positifs par la suite. Ah, ces fameux renforcements, véritables carburants du changement !

La compétence émotionnelle : l'empathie

Comment faire, face aux manifestations émotionnelles de l'autre ? Les réactions face aux comportements d'autrui déterminent l'évolution de son état et la qualité de la relation.

Nos décisions, nos attitudes ou tout simplement nos rapports avec les autres induisent inévitablement chez ces derniers des réactions émotionnelles. L'accordage émotionnel est fondamental, indissociable de l'entente sur les aspects concrets de la relation. Les émotions des autres peuvent en effet être de véritables obstacles à l'atteinte de nos objectifs. Ne pas vouloir voir l'obstacle n'est sans doute pas la meilleure façon de le franchir ou de le contourner.

Nous devons permettre que la « corbeille » des émotions négatives soit régulièrement vidée et être très attentifs aux états émotionnels de nos interlocuteurs. Néanmoins, il existe deux écueils possibles. Il est naturel d'être en résonance avec l'émotion de l'autre, dans une influence réciproque non raisonnée qui peut nous échapper : un comportement agressif aura tendance à générer de l'énervement en miroir, un état d'anxiété produira de la même manière de l'inquiétude ou de l'agacement. Inversement, notre sensibilité émotionnelle peut-être émoussée, anesthésiée, ce qui empêche l'accordage émotionnel avec l'autre. L'empathie est une attitude qui s'acquiert et pour laquelle il est bien souvent nécessaire de s'entraîner.

Les désaccords émotionnels sont fréquents et génèrent des cohabitations difficiles dans le milieu du travail ou dans la sphère privée. Dans les entreprises, la règle tacite est trop souvent « pas d'états d'âme », les seules émotions autorisées sont les émotions positives (enthousiasme, optimisme). Pourtant, certaines attitudes permettent à l'interlocuteur d'évacuer ses émotions hostiles, ce qui rendra l'échange plus facile et favorisera une bonne relation.

Il existe quatre types de réactions possibles face aux émotions chez l'autre :

1. La réaction *apathique* consiste à négliger l'émotion de son interlocuteur. L'émotion n'est pas perçue ou pas reconnue. L'interlocuteur pense ne pas avoir été entendu, encore moins compris. Cela peut aggraver un état émotif négatif et engendrer une rupture de la relation ;
2. La réaction *antipathique* minimise ou même contre les émotions de l'interlocuteur. Si l'état émotionnel de l'interlocuteur a été entendu, il n'est en tout cas pas respecté et là encore il peut y avoir rupture dans la relation ;
3. La réaction *sympathique* consiste à adhérer, ressentir les mêmes émotions que son interlocuteur. L'interlocuteur se sent écouté et compris, mais n'est pas aidé ; comme un noyé en détresse pour lequel on plonge sans moyen de secours, nous offrons de la compassion, mais l'émotion douloureuse perdure de part et d'autre ;
4. La réaction *empathique* consiste à reconnaître l'émotion, sans contrer, sans minimiser ni partager cet état. Faire preuve d'empathie permet d'aider son interlocuteur à se sentir en confiance ; il peut alors écouter à son tour. Il est ainsi possible de lui apporter dans un deuxième temps des éléments permettant de dépasser durablement son émotion.

L'attitude empathique aide à percevoir, comprendre, reconnaître ou imaginer les émotions de nos interlocuteurs, sans pour autant les partager. L'objectif de cette attitude est de les aider à dépasser ces émotions. L'empathie, on le voit, permet à l'autre d'évacuer ses émotions hostiles, ce qui le rendra plus ouvert à l'écoute et à l'échange, et favorisera une bonne relation.

L'attitude empathique est difficile à adopter spontanément : technique de découverte

On peut mettre en place un jeu de rôle où le thérapeute joue cette fois-ci un personnage agressif avec tour à tour trois ou quatre personnes différentes du groupe. Cela permet de découvrir que l'attitude empathique n'est pas adoptée spontanément. Face à l'agressivité, le comportement réflexe est le combat (antipathie) ou la fuite (apathie). Ce jeu de rôle permet par la même occasion de déculpabiliser les participants.

On peut également proposer ce jeu en entreprise, où les participants sont souvent persuadés qu'ils ont une attitude empathique. Il ne s'agit absolument pas de les piéger mais bien au contraire de leur montrer à quel point, face à des situations stressantes, cette attitude est très difficile à adopter. Et surtout cela permet de déculpabiliser en réalisant comme il est difficile pour tous les participants, même les plus doués

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

en communication. Prenons cet exemple d'une consultante au sein d'un groupe de managers.

> *Consultante* : « – Qui veut bien jouer avec moi ? Je suis une de vos collaboratrices, je vous avais demandé de parler de l'évolution de mon poste il y a déjà six mois, et depuis, il n'en a plus jamais été question. Vous pouvez imaginer facilement que je suis furieuse. Allez, qui veut bien jouer, il me faut quatre volontaires ; j'irai vous voir chacun à tour de rôle dans votre bureau pour exprimer à chaque fois, à peu près de la même façon, mon mécontentement. »
>
> Caroline, David et Christophe se dévouent. La consultante s'assoit successivement face à chaque participant ayant accepté de jouer, et demande aux autres participants de noter exactement tout ce qui est dit par Caroline, David, Christophe.
>
> En réaction, Caroline adopte une attitude a-pathique.
>
> *Consultante* (jouant la collaboratrice furieuse) : « – J'ai vraiment l'impression qu'on se fiche de moi dans cette boîte, tu as sans doute oublié que tu devais soi disant t'occuper de l'évolution de mon poste, mais ça ne te préoccupe pas vraiment !! Pour me donner des objectifs supplémentaires, c'est bon, tu sais être présente mais pour parler des problèmes il n'y a plus personne !!
>
> *Caroline* : – J'ai bien transmis ta demande aux Ressources Humaines qui l'étudie en ce moment et qui ne manquera pas de me communiquer les différentes possibilités. Je vais les contacter à nouveau pour savoir où cela en est et dès que j'ai des nouvelles nous en reparlons.
>
> *Consultante* : – Eh bien, voyons, c'est si facile de se défausser sur ses petits camarades des Ressources Humaines ! T'en as rien à faire des problèmes de ton équipe, j'ai vraiment l'impression que ma situation c'est bien le cadet de tes soucis ! »
>
> En réaction, David adopte une attitude anti-pathique.
>
> La consultante joue toujours la même collaboratrice furieuse.
>
> *David* : « – Tout d'abord il va falloir te calmer si tu veux que nous puissions discuter.
>
> *Consultante* : – Me calmer, tu en as de bonnes toi, c'est sûr que pour toi il n'y a pas de problème, mais je peux te dire que je n'ai pas du tout envie de me calmer surtout quand j'ai l'impression de me faire rouler dans la farine ! »
>
> En réaction, Christophe adopte une attitude sym-pathique.
>
> Là encore la consultante joue la même collaboratrice furieuse.
>
> *Christophe* : « – C'est vrai que dans la boîte en ce moment c'est difficile, c'est sûr qu'à ta place je réagirais comme toi, moi aussi tu sais, je suis sacrément embêté, avec ce service des Ressources Humaines qui ne réagit pas.
>
> Bien souvent aucun de vos interlocuteurs n'a spontanément une attitude empathique qui serait : « Je vois bien que tu es en colère, je comprends que tu sois agacé par cette situation, je dois dire que j'apprécie que tu sois venu m'en parler. »

> Cette attitude est ni plus ni moins un accusé de réception de l'émotion reçue « cinq sur cinq », qui aura le pouvoir d'apaiser l'interlocuteur et lui permettra d'écouter à son tour. Tant qu'il n'y aura pas d'accusé de réception, l'interlocuteur continuera à envahir la communication par son émotion.

Diverses conséquences des différentes attitudes

- *Les attitudes apathiques et antipathiques* peuvent avoir certains avantages : il n'y a pas de « perte de temps » à traiter des réactions émotionnelles et il s'agit là d'aller à l'essentiel. Cependant, les inconvénients peuvent être nombreux : l'autre ne se sent pas écouté et encore moins compris, il reste avec sa charge émotionnelle qui parasite sa pensée, perturbe la relation et gêne l'évolution vers un comportement plus adéquat ;
- *L'attitude sympathique* crée une ambiance positive et une relation chaleureuse. Mais cette attitude fige et n'apaise pas l'état émotionnel de l'interlocuteur, et ne permet pas de faire évoluer ses comportements ;
- *L'attitude empathique* présente quelques inconvénients : elle demande plus de temps, nécessite de faire de réels efforts et de comprendre non pas le ou les comportements de l'autre, mais ses émotions. Les avantages d'une telle attitude sont considérables : elle aide l'interlocuteur à s'exprimer librement, facilite l'évolution de ses états émotionnels et de ses comportements et consolide la relation.

Une attitude empathique nécessite de repérer les émotions de son interlocuteur, qu'elles soient exprimées directement, indirectement ou seulement suggérées par le contexte. En effet, selon la complexité des personnes et des situations, certains ne s'expriment pas toujours, ne laissent vraiment rien paraître de leurs émotions. Ils peuvent néanmoins donner des indices, à travers les mots ou les attitudes qu'ils adoptent. Il s'agit alors d'essayer de percevoir ce qu'ils ressentent en explorant la situation à laquelle ils sont confrontés.

Repérer et être à l'écoute des émotions de l'autre, pour ensuite les gérer efficacement par une attitude empathique, représente une véritable « compétence émotionnelle ».

L'attitude empathique est apaisante émotionnellement

Voici, sous forme de dialogue entre le thérapeute et ses patients, une autre manière d'aborder le sujet de l'empathie.

> *Thérapeute* : « – Il existe quatre façons de réagir face aux émotions de l'autre, nous allons jouer ensemble ces quatre possibilités. Pour cela, je

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

vais demander à plusieurs d'entre vous de me raconter un sujet qui vous préoccupe et je vais vous répondre en utilisant à chaque fois l'une des quatre approches. Ensuite, je vous demanderai si j'ai respecté les trois critères essentiels qui sont l'écoute, la compréhension et l'aide. OK ?

Christelle : – Par exemple, on peut vous raconter un problème qui nous est arrivé ?

Thérapeute : – Oui, tout à fait, qui veut commencer ?

Paul : – Moi, je veux bien.

Thérapeute : – Très bien, allez-y.

Paul : – Voilà, ce matin au moment de partir de chez moi pour venir rejoindre le groupe, la nourrice nous appelle pour prévenir qu'elle ne viendrait pas. Ca m'a obligé à faire un grand détour pour déposer le bébé chez mes parents, et cela a fait que je suis contrarié d'être arrivé en retard et d'avoir loupé la première partie de la séance.

Thérapeute : – C'est une nourrice agréée que vous avez ? Je vous pose la question parce qu'il n'y a pas beaucoup de places en crèche et il va falloir que je trouve une solution pour mon fils l'année prochaine !

Paul, l'air interloqué, ne trouve rien à répondre.

Thérapeute : – Que ressentez-vous quand je réagis de cette façon ?

Paul : – J'ai vraiment l'impression que vous n'en avez rien à faire de ce que je vous dis !

Thérapeute : – Vous êtes-vous senti compris ?

Paul : – Vraiment pas !

Thérapeute : – Et aidé ?

Paul : – Encore moins ! Quand ce type de situation m'arrive dans la vie, ça me révolte. Là, si je puis me permettre, vous avez été nul !

Thérapeute : – Archi nul, en effet, c'est le degré zéro de la communication, cela s'appelle l'apathie ! Lorsque je fais cela, je suis totalement indifférent à l'émotion que vous exprimez et c'est cela qui provoque votre révolte.

Bon, nous allons tenter une autre méthode. Est-ce qu'une autre personne voudrait me raconter un souci qui le préoccupe ?

Sylvie : – Moi, j'ai quelque chose à raconter. La semaine dernière j'avais pris ma demi-journée pour recevoir le réparateur de machine à laver chez moi. Mon employeur a tiqué parce qu'il y a beaucoup de travail en ce moment, et j'étais un peu ennuyée de m'absenter. Eh bien, figurez-vous que j'ai attendu tout l'après-midi et que le technicien n'est même pas venu ! Je suis furieuse car non seulement j'ai perdu une demi-journée de travail, mais en plus ma machine n'est toujours pas réparée !

Thérapeute : – Allez ! Ce n'est pas si grave, vous rattraperez bien votre travail en retard, et puis de toute façon, vous allez forcément trouver une solution pour faire réparer votre machine !

Sylvie sourit, mais ne répond rien.

Thérapeute : – Je vous ai écoutée cette fois-ci, non ?

Sylvie (sur un ton un peu ironique) : – Oui, il a bien fallu que vous m'écoutiez pour me faire cette réponse !

Thérapeute : – Alors qu'est-ce qui ne va pas ?

Sylvie : – Vous ne prenez pas au sérieux ce que je vous dis !

Thérapeute : – C'est normal que vous ressentiez cela, je ne fais que contredire tout ce que vous me dites ! Vous ai-je quand même un peu aidée ?

Sylvie : – Pas du tout et je me sens encore plus abandonnée avec mon problème !

Thérapeute : – Oui, c'est cela que produit l'antipathie. Je n'ai fait que vous démontrer que vous vous faisiez du souci pour pas grand-chose. J'ai donc contré votre émotion, c'est pour cela que vous ne vous sentez ni comprise ni aidée.

Nous allons donc tenter la troisième solution. Est-ce que quelqu'un d'autre pourrait me raconter un ennui qui le préoccupe ?

Nathalie : – Oui ! Voilà, mon mari vient d'apprendre que son entreprise allait déménager, et cela va l'obliger à avoir une heure de transports en communs par jour, alors que jusqu'à maintenant, il était à dix minutes à pieds de son travail ! J'ai peur qu'il rentre plus fatigué le soir et que cela nuise à notre vie de famille.

Thérapeute : – Oh la la, ma pauvre, je comprends que vous vous fassiez du souci ! Vous avez raison, les transports en commun c'est épuisant, c'est sûr que ça va le fatiguer, et ça risque du coup de stresser toute la famille ! Comme je vous plains !

Nathalie : – Là, on peut dire que vous prenez un malin plaisir à enfoncer le couteau dans la plaie !

Thérapeute : – Oui, c'est l'effet produit par la sympathie. J'adhère tellement à votre émotion, que je vous conforte dans votre problème et je pleure avec vous ! Vous êtes-vous sentie écoutée, lorsque j'ai réagi comme cela ?

Nathalie : – Écoutée et comprise oui, en revanche pas du tout aidée. Au contraire, ça me donne l'impression qu'il n'y a vraiment pas de solution à mon problème !

Thérapeute : – Alors que manque-t-il à votre avis pour que l'aide soit au rendez-vous ?

Nathalie : – Il aurait fallu que vous m'aidiez à ne pas voir tout en négatif.

Thérapeute (au groupe) : – L'un d'entre vous aurait-il une idée qui permettrait à Nathalie, non seulement de se sentir écoutée et comprise, mais aussi aidée ?

Christelle : – On pourrait dire, par exemple : " Je comprends que tu te fasses du souci pour ta famille, du fait du déménagement de l'entreprise de ton mari et des trajets qu'il va devoir faire. Avez-vous réfléchi à la manière la moins fatigante pour lui d'aborder ces trajets ? Penses-tu qu'il y aurait un moyen d'arranger son emploi du temps pour rendre ces trajets moins pénibles ?"

Thérapeute (*à Nathalie)* : – Que pensez-vous de cette réaction ?

Nathalie : – C'est beaucoup mieux.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Thérapeute : – Qu'est-ce qui est mieux par rapport à tout à l'heure ?

Nathalie : – Cette fois-ci je me sens non seulement écoutée et comprise, mais aussi vraiment aidée.

Thérapeute : – Alors qu'est-ce qui fait la différence ?

Nathalie : – Ce sont les pistes de réflexion que Christelle me donne. Elle m'amène à réfléchir aux solutions pour faire face.

Thérapeute : – Oui, l'attitude de Christelle s'appelle l'empathie. Elle reformule à la fois le problème et l'émotion que vous ressentez, puis elle vous invite à réfléchir aux solutions. En revanche, elle ne vous impose pas ses solutions à elle, car elle sait que la meilleure réponse viendra de vous.

Nathalie : – Finalement, elle joue un peu les psy !

Thérapeute : – L'empathie est en effet le comportement que nous devons adopter vis-à-vis de nos patients. C'est la seule manière d'avoir une écoute qui soit vraiment respectueuse et efficace. *Il s'adresse au groupe* : – Quels sont à votre avis les autres avantages de l'empathie ?

Paul : – Je pense que ça oblige à prendre un peu de distance. Cela nous protège sans doute des émotions trop fortes chez l'autre.

Thérapeute : – C'est exactement ça. L'empathie amène à comprendre ce que l'autre ressent, sans pour autant être l'autre. C'est ce recul qui favorise ensuite l'aide et la recherche de solutions. Là se trouve toute la différence avec la sympathie, où aucune distance n'est créée entre soi et l'autre et qui empêche cette aide.

Alors ce qui est intéressant, c'est d'analyser pourquoi, dans la vie quotidienne, nous sommes vous et moi parfois apathiques, sympathiques ou antipathiques vis-à-vis des autres. Prenons par exemple l'apathie, à quel moment avons-nous tendance à communiquer de cette manière ?

Christelle : – Moi, je suis apathique en général quand j'ai eu une journée stressante et que je n'ai plus envie d'entendre les problèmes des autres. En fait, ça arrive quand ma capacité d'écoute est saturée !

Thérapeute : – Oui, l'apathie, c'est finalement une réaction que nous avons tous, quand nous sommes préoccupés par nos propres problèmes et pas disponibles pour écouter ceux des autres. Qu'est-ce qui provoque l'antipathie à votre avis ?

Christelle : – C'est que parfois, on a envie de rassurer l'autre, de lui dire de ne pas s'inquiéter. Les personnes qui se font facilement du souci, on a tendance à vouloir les secouer pour qu'elles arrêtent de se prendre la tête !

Thérapeute : – Et cela part d'une bonne intention dans ce cas ! Mais il y a une autre manière d'utiliser l'antipathie, vous voyez laquelle ?

Sylvie : – Quand parfois, on se trouve en désaccord et que l'on agresse l'autre en lui disant qu'il a tort. Dans ce cas, on cherche à avoir raison, ou bien on se défend contre quelqu'un qui ne voit pas les choses comme nous.

Thérapeute : – Donc on peut dire que l'antipathie peut être soit bienveillante, soit agressive, mais dans tous les cas, comme nous l'avons vu, elle vient contrer l'émotion. Dans quels types de situations avons-nous tendance à être sympathiques ?

Paul : – Quand on est ému par ce qui arrive à l'autre, surtout si c'est quelqu'un de proche. La semaine dernière par exemple, un ami m'a raconté lors d'un déjeuner qu'il venait de perdre sa grand-mère, il en était vraiment triste et je me suis senti moi aussi bouleversé, comme si la même chose m'était arrivée, et je n'ai fait que le plaindre. Je me rends compte aujourd'hui que mon attitude n'a vraiment pas dû lui remonter le moral !

Thérapeute : – Vous avez fait de votre mieux à ce moment-là certainement, et votre propre émotion due à l'attachement que vous avez pour cet ami vous a maintenu dans cette attitude sympathique. En réalité, vous vous êtes identifié à lui et vous avez de ce fait absorbé sa tristesse. Cela a dû vous rendre triste vous aussi !

Paul : – Oui, j'en étais tout retourné et ça m'a perturbé dans mon travail tout l'après-midi.

Thérapeute : – Tous ces échanges nous montrent bien que le comportement empathique n'est pas forcément celui que nous choisissons spontanément. Il offre pourtant, nous l'avons vu, de nombreux avantages et facilite grandement la communication lorsque l'on a en face de soi quelqu'un qui, pour une raison ou une autre, exprime de fortes émotions. D'autre part, nous allons le voir, l'empathie est très efficace pour désamorcer l'agressivité. »

Afin de s'assurer que tous les membres du groupe ont bien intégré la technique, le thérapeute va proposer un petit jeu de rôle simple, dans lequel l'objectif va être de répliquer face à la colère.

Thérapeute : « – Imaginons que je suis votre supérieur hiérarchique, et que vous êtes arrivé en retard ce matin, alors que je vous avais bien spécifié hier d'arriver tôt pour accueillir un nouveau client. De votre côté, vous avez eu un problème dans le train qui est resté longtemps bloqué entre deux stations, ce qui a provoqué ce retard.

Je souhaiterais que l'un d'entre vous essaye de répondre d'une manière empathique à mon mécontentement.

Julien (qui n'est pas intervenu jusque-là se lance) : – Moi je veux bien essayer !

Thérapeute : – D'accord. Je vous propose que nous nous tenions debout, je me précipite vers vous, furieux, au moment où vous arrivez, avec vingt minutes de retard.

Thérapeute (se lève et mime la colère) : – Julien, je vous avais dit expressément hier d'arriver à 9 heures pétantes ce matin, et vous arrivez en retard comme une fleur alors que le client est arrivé lui, pile à l'heure. Cela fait 20 minutes qu'il patiente dans la salle d'attente. Vous vous rendez compte de l'image déplorable que ça véhicule, sur un nouveau client en plus ?

Julien (très calmement) : – Je comprends que vous soyez furieux contre moi, d'autant plus que vous m'aviez prévenu hier du rendez-vous très important avec ce nouveau client. Croyez-moi, j'ai pris mes dispositions pour arriver à l'heure, mais j'ai simplement eu un problème avec le train qui est resté bloqué entre deux stations ; c'est cela qui m'a mis en retard !

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Thérapeute (un ton en dessous) : – Bon, allons-y, on n'a plus de temps à perdre !

(Il s'adresse au groupe) : – Que pensez-vous de la réponse de Julien ?

Sylvie : – Ça calme forcément l'agressivité qu'il y a en face. Ça ne l'enlève peut être pas complètement mais en tout cas l'autre ne peut que baisser d'un ton !

Thérapeute : – Comment Julien s'y est-il pris pour produire cet effet ?

Paul : – Il a parlé calmement, ce qui a provoqué un contraste avec vous qui étiez en train de crier et il a bien reformulé, comme vous nous l'avez expliqué la situation et l'émotion en montrant qu'il la comprenait, puis il a expliqué la raison de son retard.

Thérapeute : – Vous voyez que dans une situation comme celle-ci, il n'y a que l'empathie qui puisse faire diminuer l'agressivité. Vous pouvez imaginer comme les trois autres comportements auraient rajouté de l'huile sur le feu ! »

Attitudes possibles face aux émotions	
« a-pathique » indifférence	Néglige l'émotion de l'autre
« anti-pathique » incompréhension	Contre l'émotion de l'autre
« sym-pathique » compassion	Adhère à l'émotion de l'autre
« em-pathique » aide	Reconnaît l'émotion de l'autre

Avantages et inconvénients des différentes attitudes L'autre se sent :			
	Écouté	**Compris**	**Aidé**
Apathique	non	non	non
Antipathique	oui	non	non
Sympathique	oui	oui	non
Empathique	oui	oui	oui

FAIRE DES REMARQUES NÉGATIVES OU L'EXPRESSION DES ÉMOTIONS HOSTILES

Si nous avons jugé nécessaire de souligner les dangers relationnels à ne pas prendre en compte les émotions de nos interlocuteurs, il est évident que nos maladresses dans l'expression de nos émotions hostiles sont dévastatrices, sachant que nous en voulons longtemps à celui qui nous a blessés, même involontairement.

De la critique à l'expression constructive des émotions hostiles

Passons à nouveau, voulez-vous, par la sémantique, pour clarifier ces concepts emmêlés. Les termes « faire des critiques positives, ou négatives, faire des remarques négatives ou exprimer ses émotions hostiles » sont utilisés assez indistinctement dans les livres sur l'affirmation de soi. Or, la définition du verbe critiquer étant « porter un jugement défavorable sur... », son premier synonyme étant blâmer, comment est-il possible d'imaginer faire une critique positive ? La critique appartient au champ des jugements de valeur négatifs sur l'autre, alors que la définition même de l'affirmation de soi contient le respect de la différence de l'autre. Nous avons donc choisi de garder le terme critique pour les réflexions vagues n'appartenant pas au champ des messages affirmés, mais malheureusement très courants dans ceux des conduites agressives et manipulatrices, pour parler de remarques négatives ou expression des émotions hostiles pour les affirmations impliquées, précises et constructives propres à gérer respectueusement les contrariétés. Nous approchons là, reconnaissons-le, d'un idéal éthique que la vie relationnelle malmène le plus souvent.

- *Les bénéfices attendus d'une remarque négative :*

– Être didactique, d'où la nécessité de décrire le comportement gênant et les conséquences matérielles avec beaucoup de précision ;
– Se soulager, d'où la nécessité d'exprimer la ou les émotions négatives ou hostiles et ainsi :
  – éviter le jugement négatif,
  – être irréfutable, indiscutable, en effet, il sera difficile de répondre « ce n'est pas vrai » à quelqu'un qui annonce « je suis mécontent ». Alors que répondre « ce n'est pas vrai » à quelqu'un qui annonce « vous ne faites pas correctement votre travail en ce moment » est très facile et même réflexe. N'est-ce pas Epictète qui disait : « Tu peux me mettre en prison, mais je suis le seul à pouvoir me mettre en colère. »,

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

  - casser les cercles vicieux de la communication et le non dit,
  - ouvrir la réflexion sur un problème commun sans présager de la solution souhaitée,
  - faire évoluer l'autre même si l'objectif de la remarque négative n'est surtout pas de changer l'autre (un travail d'assouplissement des schémas cognitifs est ici nécessaire). Un changement s'opère parfois chez l'autre ; en effet, du fait de notre propre changement de comportement, l'autre en arrive à modifier lui aussi son attitude.

• *Des moyens pour s'y préparer*

– Un certain état d'esprit est nécessaire :

  - une relation harmonieuse est un objectif quotidien dans laquelle la friction entre des points de vue différents est productive dans certaines conditions, comme le dit Guy Corneau :
    « Toute création naît d'un mouvement et donc d'une friction : l'archet sur les cordes, les doigts sur la glaise, la plume sur le papier... »
    Donc, il est important d'ouvrir les problèmes à débattre et d'accepter d'éventuellement contrarier l'autre,
  - j'ai de la valeur, mon interlocuteur a de la valeur. Cela signifie qu'il faut éviter de glisser vers un conflit de personne. Avant la discussion, je me remémore 5 de mes qualités et 5 qualités que je peux attribuer à l'autre. Deux personnes estimables débattent d'une différence de point de vue et de ressenti, dans un but de conciliation,
  - être équipé pour gérer le choc émotionnel : comment récupérer mon calme pour moins risquer de m'emporter ? On peut s'aider de la régulation respiratoire, rester attentif au non-verbal, garder un état d'esprit constructif, prendre son temps, ne pas vouloir convaincre l'autre, ni lui faire la morale (le mater),
  - assouplir les schémas cognitifs et discuter peu à peu ses pensées automatiques perturbatrices,
  - rester humble et réaliste : on ne peut pas réussir chaque fois à aplanir merveilleusement les problèmes.

• *Voici ce qu'il faut faire :*

– Rester factuel en s'appuyant sur des faits et ainsi éviter toute interprétation ;

– Dire « je » ;

– Rester dans le ressenti : « Qu'est ce que ça me fait ? » et non pas « Qu'est-ce que j'en pense ? » ce qui risquerait de produire un jugement de valeur ou « Que dois-je dire ? », ce qui paralyse ;
– Évacuer les émotions hostiles au fur et à mesure ;
– Montrer l'impact négatif du comportement sur l'environnement et sur nous-mêmes, de manière à révéler ses besoins ;
– Adopter un comportement affirmé : ni ironie, ni comparaisons blessantes, ni sous-entendus globalisants ;
– Rechercher ensemble des solutions réalistes concrètes et vérifiables, convenables pour les deux parties (et non pas les imposer).

• *Les conditions :*

– S'exprimer sans témoin dans la mesure du possible ;
– Faire une seule remarque à la fois ;
– Prévoir du temps, afin de pouvoir se mettre à l'écoute de notre interlocuteur, de son système de valeurs.

Tout ceci doit être transmis par le thérapeute car souvent les patients commettent les erreurs suivantes.

Les formulations pièges

Généralisent (toujours... tout le temps... jamais...)	« Vous arrivez toujours en retard. » « On ne peut jamais compter sur vous. »
Personnalisent	« Tu es lent. »
Véhiculent un jugement de valeur ou font référence à la loi.	Dans le train : « Vous ennuyez tout le monde avec votre téléphone et d'abord c'est interdit de téléphoner dans les voitures, il y a des endroits réservés pour cela. »
Ont pour objectif un changement de comportement avec une formulation qui n'est ni une demande ni une remarque négative.	« Vous auriez pu prévenir de votre retard, la prochaine fois, ce serait bien que vous y songiez » ou tout autre emploi du conditionnel.
Exigent l'accord de l'autre.	« Tu es d'accord avec moi, j'ai raison n'est-ce pas », « Mets-toi à ma place. »

Chers thérapeutes, attention ! L'ambiguïté de notre langue fait que certains mots employés pour exprimer un sentiment véhiculent également un jugement, comme le souligne Thomas D'Ansembourg, dans la dernière page *(last but not least !)* de son premier ouvrage (D'Ansembourg, 2001).

« Je me sens délaissé, blâmé, escroqué, floué, harcelé, ignoré, incompris, menacé, méprisé, négligé, pas accepté, rejeté, trahi, trompé... » qui est pourtant l'expression directe d'une émotion, signifie pour l'auditeur

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

« Tu ne t'occupes pas de moi, tu me juges mal, tu me voles, etc. ». Danger !!!

Le thérapeute doit aider le patient à choisir le moment adéquat pour s'exprimer et la formulation qui lui évitera de tomber dans ces pièges. Il devient donc « l'accoucheur » de l'émotion négative du patient.

La méthode utilisée est celle du questionnement. Au fil de celui-ci, le patient sera amené à exprimer beaucoup d'émotions négatives pour finir par formuler une remarque claire et argumentée avec une description du ou des comportement(s) gênant(s) et des conséquences qu'il(s) génère (nt).

Le préalable à la remarque négative ou comment assouplir les schémas

Que ce soit en groupe de thérapie ou en formation, il est indispensable de travailler cet aspect avant de débuter les jeux de rôle proprement dits, sinon les participants risquent de se bloquer et de se focaliser sur des exigences de changements de comportements.

Pour introduire cette dimension préalable au travail des remarques négatives, voici le dialogue qui peut s'instaurer entre le consultant ou thérapeute et les participants.

De l'exaspération à l'affirmation

Consultant : « – Quelles sont les situations qui vous mettent hors de vous dans la vie de tous les jours ?

Charlotte : – Les gens qui ne respectent pas les places pour handicapés.

Étienne : – Les gens qui me passent devant, l'air de rien, alors que je fais la queue au cinéma.

Gilles : – Les gens qui fument dans des lieux non-fumeurs ou qui téléphonent tellement fort dans le train qu'ils polluent tout le wagon.

Consultant : – C'est parfait, c'est tout à fait ce genre d'exemples que j'attendais. Je choisis la file d'attente au cinéma. Maintenant, qu'est-ce que vous vous dites dans ce genre de situations ?

Guy : – Je vais les voir et je leur demande si cela ne les gêne pas trop de passer devant tout le monde.

Consultant : – Non Guy, pas ce que vous leur dites mais ce que vous-*vous* dites

Guy : – Eh bien je me dis qu'ils se fichent du monde et qu'avec leur petit air de ne pas y toucher, ils ne sont vraiment pas gênés quoi ! En plus, c'est poli ce que je vous dis là !

Consultant : – C'est vrai nous pouvons être très virulents dans ces cas-là. Allez, on liste toutes les horreurs que nous pouvons nous dire dans ce genre de circonstances ! »

Le consultant liste sur le tableau toutes les pensées des participants qui veulent bien s'exprimer.

Consultant : « – Maintenant, certains ont-ils d'autres types de pensées ?

Jean-Paul : – Oui, moi je me dis que ce genre de comportements c'est un peu énervant mais que c'est la vie, que moi aussi parfois cela m'arrive de tricher et que je ne vais pas me gâcher mon film pour si peu.

Consultant : – Qu'est-ce qui fait la différence ? »

Le consultant leur fait élaborer par questionnement socratique les différentes représentations que nous pouvons avoir en fonction de nos modèles éducatifs, de l'ambiance familiale, de la génétique, du style relationnel, de la religion, de la culture dans laquelle nous avons baigné, finalement de notre histoire. Ce travail leur permet de prendre conscience de tout un système de valeurs, de règles de vie qui lorsqu'ils sont trop rigides génèrent des exigences absolues, des attentes irréalistes qui nous font percevoir la réalité à travers un prisme déformant – c'est ce que l'on appelle la distorsion cognitive.

Consultant : « – Finalement, se dire que c'est inadmissible, qu'ils sont égoïstes, que cela serait bien que quelqu'un leur fasse la réflexion à notre place, qu'ils pourraient être plus respectueux des autres, que les gérants du cinéma pourraient bien faire la police, etc. ...est-ce la réalité, Étienne ?

Étienne : – Non, c'est vrai, c'est un vœu pieux, en réalité dans ce genre de situation banale de la vie quotidienne, personne ne dit rien sinon cela finit en pugilat.

Consultant : – La réalité c'est quoi finalement ?

Jean-Paul : – C'est qu'il y a deux garçons qui se mettent devant moi dans la file du cinéma.

Consultant : – Et alors qu'est-ce que cela vous fait ?

Étienne : – Cela m'ennuie.

Consultant : – On est d'accord, la seule réalité c'est cela : deux personnes passent devant moi dans la queue du cinéma et cela m'ennuie, point. Tout le reste, « c'est inadmissible, ils le font exprès, ce ne sont que des égoïstes » etc., met une pression inutile et va automatiquement entraîner une communication sous forme d'exigence et de jugement de valeur car même si nous essayons d'y mettre les formes, ce qui est exprimé traduit directement ce que nous pensons.

Jean-Paul : – Alors cela veut dire que je dois me taire et tout accepter des autres, ce n'est pas de l'affirmation de soi ça.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Consultant : – Je vois bien que c'est difficile cette notion, mais ai-je suggéré qu'on devait tout accepter, Jean-Paul, et ne rien dire ? J'ai juste voulu vous faire prendre conscience que nous avions tendance à voir la réalité avec un prisme déformant du fait d'exigences absolues ou de croyances irréalistes, mais loin de moi l'idée que nous ne devons rien dire, au contraire. Maintenant vous vous intéressez aux faits, rien qu'aux faits et à ce que cela génère en vous. Imaginons que vous alliez faire une remarque à ces deux garçons, quelle forme cela pourrait-il prendre ?

Jean-Paul : – Je leur dirais qu'ils sont passés devant moi alors que je faisais la queue depuis un bon moment, que cela m'ennuie beaucoup et qu'ils devraient passer derrière.

Consultant : – Tout à fait d'accord avec le début de votre remarque, mais ne pensez-vous pas que la dernière phrase soit de trop ? Finalement qui êtes-vous pour vous permettre d'exiger des gens qu'ils changent de comportements ? S'ils ne s'exécutent pas, ne croyez-vous pas que vous serez encore plus énervé ? Le pire pour vous, Jean-Paul, serait qu'ils vous répondent quoi ?

Jean-Paul : – "Qu'est-ce que vous voulez que cela nous fasse", par exemple !

Consultant : – Si vous-vous contentez de leur signaler un comportement et les conséquences que cela a pour vous sans attendre de changement de leur part, dans la mesure où vous avez pu assouplir vos exigences, ne croyez-vous pas que cela serait plus confortable émotionnellement ?

Jean-Paul : – Oui, peut-être, mais c'est très difficile ce que vous proposez là ; c'est vraiment contre nature, j'ai vraiment envie de leur voler dans les plumes, moi !

Consultant : – Je sais bien que c'est difficile mais cela va permettre la diminution de l'intensité de l'émotion hostile, d'autant plus que vous n'attendez pas de changement de leur part. S'ils répondent "qu'est-ce que vous voulez que cela nous fasse", alors que vous n'attendez pas de changement ni de *mea culpa*, vous pourriez leur confirmer ce que vous venez de dire sous forme de résumé, non ?

Étienne : – Il pourrait leur répondre "oui je vois mais c'était important pour moi de vous le dire".

Consultant : Tout à fait, Étienne, et là, quel soulagement, non ? »

Cette réflexion préalable sur les schémas cognitifs est importante et ne doit pas être négligée afin que le travail sur les remarques négatives puisse se faire pleinement. C'est le moyen d'éviter les jugements de valeurs, le conditionnel, ou les formulations qui ne sont finalement ni des demandes ni des remarques négatives mais des OVNI (objets verbaux non-identifiés).

Étude de cas : Catherine, une femme sous pression

Cette femme de 43 ans, mère de deux enfants de 10 et 8 ans, a demandé, lors d'un groupe d'affirmation de soi, de travailler une situation-problème avec son époux.

Voici nos échanges lors de la mise en place du jeu de rôle :

Thérapeute : « – Accepteriez-vous de nous décrire très précisément la situation qui vous pose problème ?

Catherine : – Le plus souvent, je rentre du travail plus tard que mon époux. Le petit-déjeuner n'est jamais débarrassé, le repas du soir pas préparé, le couvert pas mis. Je lui ai demandé à plusieurs reprises de préparer le repas et me suis plainte également car il n'exige pas des enfants qu'ils débarrassent le petit-déjeuner du matin.

Thérapeute : – Comment vivez-vous cette situation ?

Catherine : – Je la supporte de plus en plus mal. J'ai l'impression d'être la boniche de la maison.

Thérapeute : – Je réalise que c'est très douloureux pour vous (*empathie*) mais qu'est-ce que cela vous fait là dans "les tripes" ? (*brancher sur l'émotion*)

Catherine : – Ça m'énerve... mais de toute façon, cela ne servira à rien ; je lui ai déjà demandé maintes fois de préparer le repas mais ça n'a jamais changé quoique ce soit, je suis dégoûtée.

Thérapeute : – Si je comprends bien, c'est une situation répétitive, très pénible pour vous. De plus, vous avez essayé de demander sans succès à votre mari qu'il change son comportement. Mais qu'est-ce que vous lui avez dit exactement ?

Catherine : – "Tu n'as pas préparé le repas" et il me répond "je ne savais pas quoi faire".

Thérapeute (à Catherine et au groupe) : – Est-ce vraiment une demande ?

Jean : – Non, elle ne dit pas "je" et c'est sous forme négative et pas affirmative.

Thérapeute (à Catherine et au groupe) : – Pensez-vous que la demande soit la bonne formulation pour cette situation ? »

Ce questionnement, cet échange avec Catherine, aidée par le groupe, permet de décortiquer cette situation très émotionnelle et de réaliser que ce dont Catherine a besoin, c'est d'abord de faire entendre son vécu douloureux à son époux. Actuellement elle utilise plutôt une formulation passive agressive qui ne lui permet ni de se soulager ni d'être didactique.

Catherine, en exprimant cette demande sous cette forme, donne à son mari la possibilité de répondre comme il le fait. C'est nous qui autorisons les autres à se conduire comme ils le font envers nous.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> *Catherine* : « – Tout ce que je sais c'est que quand je rentre, je ne fais que crier, je suis énervée, c'est le seul mode de communication que j'ai avec eux et j'ai l'impression que je passe pour une harpie. »

Il est très payant de travailler sur les changements de comportements au vif de l'émotion plutôt que de longuement débattre sur les parents. Cependant dans certains cas, cela doit être repris en individuel.

> *Thérapeute* : « – Et qu'est- ce que cela vous fait ?
>
> *Catherine* : – Je suis en colère, je suis malheureuse et après je me sens coupable.
>
> *Thérapeute* : – Bravo, avez-vous déjà dit tout cela à votre mari ?
>
> *Catherine* : – Non, pas comme ça, je "l'engueule".
>
> *Thérapeute* (à Catherine et au groupe) : – De quoi s'agit-il dans cette situation, d'une demande, d'une remarque ? Vous vous souvenez de ce qui nous permet d'opter pour la demande ou plutôt pour la remarque ? »

Catherine aborde la situation en pensant que le bon outil est une demande et nous la conduisons à comprendre qu'elle n'en fait pas véritablement une et que de toute façon ce ne serait pas la bonne stratégie.

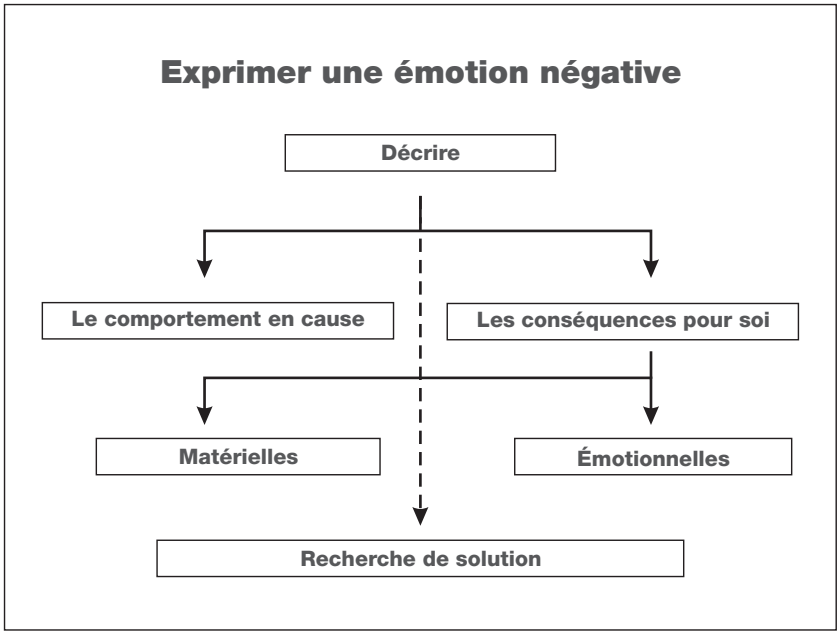
Cet échange avec le groupe permet de s'entraîner à être rapidement capable de choisir une formulation et de ne plus être dans le registre : « Je ne sais pas quoi dire ou quoi répondre » mais, si je ressens une émotion hostile j'opte pour la remarque car l'objectif est avant tout de m'apaiser. Il est important également d'être didactique, c'est-à-dire de décrire avec précision le comportement en cause et les conséquences que celui-ci génère. C'est finalement ce qui est le plus instructif pour l'autre et lui permet de comprendre ce qu'il a pu déclencher.

Mise en place du jeu de rôle

Le patient, éventuellement aidé du groupe, doit retrouver lui-même comment faire une remarque assertive. N'hésitez pas à écrire sur le *paperboard* la procédure, elle servira de fil conducteur, de guide, d'aide, voire même de souffleur tout au long du jeu de rôle. Soyez vivant, concret, faites votre show !

Le thérapeute demande à Catherine : « – Quand vous rentrez le soir quels sont les faits spécifiques (type enquête de gendarmerie) ? Soyez bien descriptive. Quelles sont les émotions ? Quel est l'intérêt pour vous de faire cette remarque ? Quelles sont les conséquences matérielles de cette situation ?

Petit à petit, les informations sont organisées selon ce canevas (découverte guidée). Catherine, avec l'aide du groupe, complète les cases de ce tableau.



Les patients n'ont jamais fait de remarques sous cette forme-là. Ils imaginent, de ce fait, souvent des réactions terribles. Si vous ne travaillez pas le pire, Catherine risque de répondre : « Là, cela a bien fonctionné mais mon mari ne sera jamais aussi gentil et cela ne se passera jamais de cette manière. »

Il est utile de bien insister sur l'intérêt de faire une remarque négative de cette façon, car cela va motiver les patients, les participants aux groupes ou les personnes que vous suivez en individuel, à faire des efforts car cette manière de procéder n'est pas naturelle. En effet face à la remarque de Catherine : « Tu n'as pas préparé le repas », son époux a tout le loisir de lui répondre : « Je ne savais pas quoi faire » et c'est parti pour une discussion sans fin. Si Catherine lui dit : « Je suis découragée », il pourra difficilement nier cette affirmation.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Thérapeute : « – Quand vous allez faire une remarque à votre mari, et lui dire que vous êtes malheureuse, en colère quand vous voyez l'état de la maison en rentrant et que rien n'est fait, au pire comment risque-t-il de réagir ?

Catherine : – Il va me dire que j'exagère, que je ne suis jamais contente, que lui aussi quand il rentre il est fatigué. Et vous voyez bien que cela ne sert à rien de faire une remarque avec lui.

Thérapeute (à Catherine et au groupe) : – À quoi sert une remarque, à changer le monde tel qu'on voudrait qu'il soit ?

Alice : – Non, ça sert à se soulager, se protéger en exprimant nos émotions, et à faire prendre conscience à l'autre en décrivant clairement la situation à quel point son comportement est gênant et peut-être alors trouver ensemble des solutions acceptables pour tout le monde.

Thérapeute (à Catherine) : – Votre mari a-t-il vraiment écouté la remarque que vous lui avez faite ?

Catherine : – Non, pas vraiment, il me critique et ne pense qu'à lui.

Thérapeute : – Qu'exprime-t-il finalement ?

Catherine : – Ses émotions.

Thérapeute : – Alors que pouvez-vous faire afin qu'il vous écoute à son tour ?

Catherine : – De l'empathie, je crois.

Thérapeute : – Tout à fait.

Thérapeute (*à Catherine et au groupe)* : – Maintenant, si Catherine adopte une attitude empathique, que peut-elle dire à son époux ?

Gilles : – "Je sais que tu as un boulot fatigant et que tu as besoin de te reposer quand tu rentres, euh... J'imagine bien que le fait que je me plaigne du manque d'aide de la famille te désole et que tu n'as sans doute pas les mêmes exigences que moi."

Thérapeute (*à Catherine et au groupe)* : – Que pensez-vous de cette attitude empathique ?

Catherine : – Je pense que ce serait bien de lui dire cela, mais finalement est-ce que cela ne veut pas dire que je baisse les bras et que finalement c'est lui qui a raison ? Auquel cas j'aurais mieux fait de ne rien dire ! Finalement, c'est plus fatigant de s'affirmer.

Thérapeute : – Catherine, pourquoi adopter une attitude empathique ?

Catherine : – Pour que mon mari se sente compris et que cela l'apaise.

Thérapeute : – Une fois votre mari apaisé quel est votre objectif ?

Catherine : – Qu'il comprenne dans quelle situation il me met.

Thérapeute (à Catherine et au groupe) : – Alors que peut faire Catherine ?

Al*ice* : – Elle peut confirmer sa remarque faite avec empathie par "c'était important pour moi de te dire à quel point cette situation me pesait et je suis contente d'avoir pu t'en parler".

Thérapeute (à Catherine) : – À votre avis, Catherine, que va répondre votre mari ?

> *Catherine* : – Je pense que là, il va m'écouter, et peut-être même discuter avec moi. Il ne peut pas dire,"c'est pas vrai, je ne veux pas le savoir", etc. C'est vraiment très bien d'insister et de se donner le droit de réitérer sa remarque. Je me rends compte que je ne le fais jamais, c'est déjà tellement difficile pour moi de faire une remarque que je n'ose pas insister. Mais je souhaite tout de même qu'on joue le personnage de mon mari vraiment comme je vous l'ai décrit : ce n'est jamais sa faute, je râle tout le temps, etc. »

Le thérapeute va maintenant pouvoir faire jouer la scène, on voit bien ici l'importance de la découverte guidée qui est ni plus ni moins du questionnement socratique.

Il n'est pas rare, alors que l'objectif n'était pas de changer l'autre, que celui qui joue le rôle du mari avoue avoir été dans l'obligation de changer alors que telle n'était pas la consigne, tellement la remarque était efficace.

La définition de la situation est en place. Philippe qui a accepté de prendre le rôle du mari a reçu comme consigne d'être opposant et de ne pas écouter Catherine.

> *Thérapeute* : « – Maintenant, Catherine, allez-y !
>
> *Catherine* : – Philippe, tu sais, je me rends compte que quand je rentre le soir, que le couvert du petit-déjeuner n'est pas débarrassé, que le repas n'est pas prêt ; je ne fais que crier, je suis énervée, c'est le seul mode de communication que j'ai avec toi et j'ai l'impression que je passe pour une harpie, cela me rend triste.
>
> *Philippe* : – Je ne sais pas quoi faire à manger moi, t'es marrante.
>
> *Catherine* : – Je sais bien que les activités ménagères ne sont pas évidentes pour toi mais vraiment, cette situation me pèse beaucoup et comme je te le disais, cela m'attriste.
>
> *Philippe* : – Tu râles tout le temps et puis quoi que je fasse cela ne sera jamais bien alors autant ne rien faire.
>
> *Catherine* : – Je vois que cette ambiance te pèse aussi, cela me conforte dans l'idée qu'il faut que nous trouvions une solution tous les deux car vraiment je n'aime pas ce qui se passe le soir quand je rentre, je n'aime pas crier.
>
> *Philippe* : – Bon et bien je ne sais pas trop comment on pourrait faire, tu as une idée toi ?
>
> *Thérapeute* : – Parfait, nous allons nous arrêter là. Merci à tous les deux, cette séquence est formidable. Dites-moi Catherine, Philippe s'est-il comporté comme vous imaginez que votre époux pourrait le faire ?
>
> *Catherine* : – Tout à fait. Au début j'avais l'impression d'avoir mon mari en face de moi comme si vous le connaissiez, incroyable ! et puis il s'est radouci.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> *Thérapeute* : – Et bien Philippe que vous est-il arrivé ?
>
> *Philippe* : – Catherine a tellement bien parlé d'elle-même, de ses émotions, elle m'a tellement bien écouté que je ne pouvais plus jouer le rôle tel que vous me l'aviez demandé, c'est fou ça ! »

Il est fréquent d'arriver à ce genre de situation, l'objectif premier n'est pas de changer l'interlocuteur mais inévitablement les comportements changent malgré les consignes qui étaient données.

Recevoir des critiques et des remarques négatives

Dans nos enseignements comme dans nos consultations, nombreux sont les exemples à traiter sur ce thème. Sans espérer une recette miracle réglant les conflits de toutes espèces, nous témoignons qu'avec plus de technique en communication, et en guidant les interlocuteurs de bonne volonté sur le chemin de cette règle d'or : « Toute remarque spécifique est bonne à prendre car elle permet de s'améliorer. » La seule condition est que cette remarque soit précise, factuelle ; de ce fait, elle nous renseigne sur un comportement que nous pourrions modifier » et évite beaucoup de brouilles et de rancunes.

> ***Monsieur Dupont rentre tard***
>
> *Thérapeute* : « Lorsque nous nous trouvons en conflit, en désaccord ou encore en opposition avec quelqu'un, il existe trois niveaux dans la communication. Le terme conflit vient d'ailleurs du latin *confligere* qui signifie lutter. Stuart a décrit trois niveaux de communication, en particulier dans les interactions au sein des couples :
>
> Niveau 1 : le comportement,
>
> Niveau 2 : la personne,
>
> Niveau 3 : la relation.
>
> Prenons un exemple. Monsieur Dupont avait annoncé à son épouse qu'il rentrait à 20 heures, en réalité il rentre, sans l'avoir prévenue de son retard, à minuit. Vous êtes Madame Dupont, devenue experte en communication que lui dites-vous ? »
>
> À travers cet exercice, vous aidez vos auditeurs à retrouver la démarche qui consiste à faire une remarque négative ou exprimer ses émotions hostiles, à savoir décrire le comportement gênant puis donner les conséquences émotionnelles et matérielles pour soi. Cela donne à l'issue de cette recherche en commun : « Tu arrives avec quatre heures de retard sans m'avoir prévenue, je me suis fait du souci, je suis en colère et le dîner est immangeable. »

> *Thérapeute* : « Là vous vous êtes exprimée au niveau 1, au niveau du comportement. Maintenant, que lui dites-vous si vous n'êtes pas expert en communication ? »
>
> Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de les aider à trouver, cela vient tout seul et cela donne par exemple : « Non, mais tu te crois à l'hôtel, tu n'aurais pas pu prévenir ? Tu n'es qu'un égoïste. Tu crois que c'est marrant pour moi, mets-toi un peu à ma place. »
>
> *Thérapeute* : « Vous êtes au niveau 2, c'est-à-dire que vous remettez en cause directement la personne. »
>
> C'est la personne qui est attaquée ici avec des jugements de valeur. La communication efficace, constructive est impossible, c'est un obstacle au dialogue. L'interlocuteur ne peut que se taire ou bien répondre au même niveau. D'autant plus que ce registre est extrêmement ambivalent, il est demandé à l'interlocuteur de manière implicite de changer et en même temps il est sous-entendu qu'il ne peut changer puisqu'il est comme cela (c'est-à-dire un égoïste).
>
> *Thérapeute* : « Que dites-vous à présent si vous vous placez au niveau 3, c'est la relation qui est en cause ? »
>
> Il s'agit de leur faire élaborer la réplique qui pourrait être dans ce cas : « Je me demande ce que je fais avec toi. Le jour où je t'ai rencontré j'aurais vraiment mieux fait de me casser la jambe, etc. »

Nous ne pouvons espérer recevoir une critique, une remarque de manière affirmée que si nous sommes capables de gérer l'émotion qu'elle génère. Or, bien souvent, les remarques tout au moins dans un premier temps sont vagues, ce sont des critiques, des OVNI, à savoir des objets verbaux non-identifiés, ce qui génère chez le récepteur déstabilisation, culpabilisation, évaluation inadaptée etc. Dans la mesure où une remarque est imprécise, elle suscite forcément de l'interprétation.

Les réactions « pièges » :

– Se culpabiliser ;
– Se justifier ;
– Parler trop ;
– Répondre par une autre critique ;
– Ne pas supporter le silence.

Comment répondre à une remarque négative vraie ?

Nous pouvons reconnaître les faits s'ils sont vrais, précis et décider ensuite de notre attitude ; le changement n'est peut-être pas envisageable, une autre solution doit alors être recherchée.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Il est intéressant de faire découvrir aux participants d'un groupe, que ce soit en thérapie ou en formation, qu'il est relativement facile de répondre et faire face aux remarques négatives « vraies », à savoir précises donc factuelles.

Pour cela, voici un petit exercice très utile.

Chantal est arrivée en retard

Demandez à la personne qui est arrivée en retard, il y en a toujours une, de bien vouloir jouer avec vous.

Thérapeute : « – Chantal, acceptez-vous de jouer avec moi ? Surtout utilisez toutes les stratégies que nous avons vues ensemble depuis le début de cet entraînement. Vous autres, notez bien ce que Chantal va me répondre.

Thérapeute : – Chantal, je voulais vous dire que lorsque vous arrivez en retard dans le groupe comme vous l'avez fait tout à l'heure, cela m'ennuie d'autant plus que je ne sais pas si je dois vous attendre ou pas et cela me perturbe un peu dans mon organisation.

Chantal : – Oui, c'est vrai, mais j'ai été prise dans un embouteillage totalement imprévisible. »

Chantal exprime son accord et explique par la même occasion son comportement mais elle n'a pas utilisé l'empathie et ne reconnaît donc pas mon émotion.

Thérapeute : « – Je me permets de vous en parler car vraiment cela m'ennuie et me met un peu en difficulté dans mon organisation.

Chantal : – Je comprends que cela ne soit pas facile pour vous. Je suis vraiment désolée. »

Chantal utilise l'empathie et fait même de la révélation de soi : « Je suis désolée. »

Thérapeute : « – La prochaine fois que nous nous retrouverons que va-t-il se passer ?

Chantal : – Je ne pense pas pouvoir être à l'heure si je suis encore prise dans un embouteillage, car cela m'est impossible de quitter mon travail plus tôt. »

Chantal exprime ici son intention de ne pas modifier son comportement.

Par ce jeu de rôle non préparé, vous montrez que, dans la mesure où une remarque négative est précise, factuelle, de niveau 1, elle ne déstabilise pas l'autre. Tout participant, bien qu'il ne se soit pas entraîné à ce jeu de rôle, saura répondre correctement à une remarque négative de ce type.

Chaque membre du groupe découvre en effet, grâce à ce tableau, la pertinence des réponses de Chantal, bien que le jeu de rôle n'ait pas été travaillé au préalable.

Recevoir des critiques

Remarques « vraies »	Critiques vagues	Remarques « fausses »
Exprimer son accord ↓ Reconnaître l'émotion de l'autre ↓ Expliquer son comportement ↓ Exprimer son intention ↙ ↘ Modifier son comportement / Maintenir son comportement		

Comment répondre à une critique sans se laisser déstabiliser ?

Nous subissons habituellement des critiques qui sont, en terme de communication affirmée, des remarques vagues et sous forme de jugements de valeur, comme par exemple « On ne peut pas compter sur toi », ou encore « Tu n'as pas été sympa hier. » Elles sont alors bien souvent destructrices et visent directement la personne. Elles peuvent comporter des jugements négatifs et apportent peu d'éléments factuels. Il est difficile de savoir quel comportement est en cause et il est alors impossible de décider ou non de le faire évoluer. Il est utile de convertir une critique de ce type en remarque précise (expression des émotions négatives) en demandant à notre interlocuteur des exemples et des précisions. De quel comportement précis s'agit-il ? Quelles en sont les conséquences ? Pourquoi nous fait-il cette critique ? On voit ici l'importance d'utiliser des questions ouvertes.

Marc fait du mauvais esprit

Demandez à chaque participant de citer un défaut qu'il pense avoir et qui le dérange. Défaut pour lequel il n'aimerait pas qu'on lui fasse une remarque. L'objectif est d'apprendre à se protéger en s'entraînant à répondre ; cela

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

va aussi réduire la fréquence de ce type de comportement chez les interlocuteurs. Chacun retient son défaut et, avant de jouer, vous donnez les explications suivantes

Thérapeute : « – À quoi nous servent, les *remarques* négatives que l'on nous fait ? »

Cette demande est essentielle, elle permet de *faire* prendre conscience que les remarques sont intéressantes car elles nous renseignent sur la manière dont les autres nous perçoivent, dans la mesure où elles sont précises. C'est par le biais du questionnement Socratique là encore que vous allez les amener à bien distinguer les trois types de critiques auxquelles ils ont régulièrement à faire face et pourquoi la critique vague (niveau 2 de Stuart) ne nous est pas utile et n'améliore pas la qualité de la communication, bien au contraire. Il faut accepter de passer du temps sur ces jeux de rôle, surtout sur l'explication, la préparation et de faire ainsi en amont un travail cognitif.

Marc a donné comme défaut « J'ai tendance à faire du mauvais esprit. »

Thérapeute (à Marc) : – Si je vous dis par exemple que vous faites du mauvais esprit, défaut que vous estimez avoir, que la communication avec vous est difficile, saurez-vous précisément ce qui me gêne dans votre comportement ? Pour vous, le mauvais esprit c'est quoi ? En quoi faites-vous du mauvais esprit ?

Marc : – Eh bien, j'ai tendance à chipoter à beaucoup discuter, je dirais presque parfois à ergoter. Si vous me dites que je fais du mauvais esprit, cela va m'énerver mais finalement vous aurez raison.

Thérapeute : – Qu'est-ce qui vous prouve que je ne pense pas à tout autre chose lorsque je parle de mauvais esprit ? Je peux faire référence à votre humour que je ne comprends pas toujours ou à tout autre chose. Le terme mauvais esprit est tellement vague et imprécis qu'il ne vous éclaire guère sur le comportement qui me gêne précisément. Répondre à des critiques vagues c'est un peu comme le jeu de "ni oui, ni non". Dans la mesure où votre interlocuteur ne vous renseigne pas avec précision sur ce qui le gêne, vous ne pouvez ni acquiescer ni nier. »

Il s'agit de faire prendre conscience à l'auditoire que toute remarque négative précise, factuelle, nous aidera à mieux comprendre certains de nos comportements gênants pour autrui. Par contre quel est l'intérêt d'une critique vague, imprécise, si ce n'est déstabiliser et déclencher des émotions extrêmement pénibles ? Que modifier dans mon comportement si quelqu'un me reproche de faire du mauvais esprit ? D'abord qu'est-ce que le mauvais esprit ?

La difficulté rencontrée par les thérapeutes, on le voit clairement ici, vient du fait que bien souvent, les patients se reconnaissent le défaut qu'ils viennent de nous confier et donc ne comprennent pas l'intérêt de cet exercice et éprouvent des difficultés à y adhérer.

Thérapeute : « – Alors si la seule remarque qui nous permette de changer, dans la mesure où on le souhaite et où cela est possible, est la remarque négative "vraie", à savoir précise et factuelle, que faire d'une critique vague ?

Marc : – Demander des précisions, des exemples.

Thérapeute : – C'est tout à fait ça.

Marc : – Oui, mais cela me gêne un peu car je sais très bien que souvent je fais du mauvais esprit.

Thérapeute : – Dites-moi Marc, savez-vous ce qui gêne exactement votre interlocuteur, quel est avec précision le comportement que vous allez tenter d'améliorer ?

Marc : – Non, mais quand même là si je pose des questions, j'aurais vraiment l'impression de chipoter et de jouer avec eux.

Thérapeute : – OK Marc, mais votre interlocuteur vous a-t-il précisé par exemple que l'autre jour, lors de la dernière réunion de service, vous aviez chipoté sur un certain nombre de propositions et notamment des propositions avec lesquelles vous étiez précédemment d'accord ?

Marc : – Non.

Thérapeute : – Alors vous pensez pouvoir deviner de quoi il s'agit exactement, quel est le problème de votre interlocuteur ?

Marc : – Non, c'est vrai. »

Par ce questionnement, pour lequel il faut accepter de passer du temps, vous faites découvrir aux participants qu'il ne s'agit pas ici d'un petit jeu manipulatoire mais, bien au contraire, d'une recherche avec une grande précision des comportements spécifiques gênants pour l'autre afin de pouvoir y remédier. C'est ce qui permettra de trouver des solutions satisfaisantes pour tout le monde.

Thérapeute : « – Bien sûr, dans la mesure où toute remarque est bonne à prendre à condition qu'elle soit précise, face à une critique "vague", il est toujours intéressant d'encourager notre interlocuteur à poursuivre. La reformulation, l'empathie parfois et l'écoute seront alors bien utiles et précieuses.

Thérapeute : – Maintenant Marc, imaginons que malgré vos demandes de précisions, ma critique reste floue, imprécise et vague, que se passe-t-il en vous, comment vous sentez-vous ?

Marc : – Cela commence à sérieusement m'énerver et puis je suis déçu.

Thérapeute : – Ce sont des émotions hostiles, n'est-ce pas ? Que faites-vous dès que vous percevez en vous de telles émotions face à un comportement d'autrui ?

Marc : – Je fais une remarque négative.

Thérapeute : – Quel est le comportement que j'adopte et qui déclenche l'énervement et la déception ?

Marc : – Vous me reprochez depuis un certain temps de faire du mauvais esprit, que la communication n'est pas facile avec moi mais sans jamais me donner d'exemple.

Thérapeute : – D'accord, ce que je vous dis là vous permet-il de comprendre de quel comportement il s'agit ?

Marc : – Non, pas précisément.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

> *Thérapeute* : – Vous m'avez dit que les émotions que vous ressentiez étaient l'énervement et la déception. Vous avez donc là les conséquences émotionnelles de la remarque. Maintenant que pouvez-vous me suggérer dans la mesure où toute remarque si elle devient précise est intéressante ?
>
> *Marc* : – Dès que vous constatez que je fais du mauvais esprit, me le signaler avec précision. »
>
> Par le biais du questionnement, il est possible d'une part de faire lever les réticences, et d'autre part de faire découvrir la méthode qui permet de se protéger des critiques qui restent vagues. Il est important de bien préciser qu'encore une fois le pire est envisagé. Mais il est rare qu'une critique reste vague à la suite d'une demande de précision efficace.

Vous demanderez ensuite à chaque participant de répondre tour à tour aux critiques vagues que vous allez leur faire. Vous vous servirez des défauts dont ils vous ont parlé auparavant. Ce jeu de rôle, ainsi que ceux qui mettent en évidence la découverte du non-verbal et de l'empathie sont les seuls où le thérapeute se met en scène. Il est essentiel ici de garder totalement le contrôle de la situation. Le travail sur la réception des critiques vagues peut être en effet déstabilisant car il renvoie à des techniques manipulatoires et cela réactive bien souvent des situations réelles vécues. De plus, quel est l'intérêt de les entraîner à faire des critiques vagues alors que votre souhait est qu'ils renoncent à ce type de fonctionnement !

Comment répondre à une remarque négative fausse sans se laisser déstabiliser ?

Parfois la critique est entièrement fausse. Il est alors important d'essayer d'élucider les faits pour lever définitivement le malentendu.

Prenons, cette fois-ci, un exemple en entreprise.

> ***Antoine face à son chef***
>
> Une situation amenée par un membre du groupe peut être choisie : Antoine avait prévenu son supérieur hiérarchique, Robert, qu'il prendrait exceptionnellement son vendredi cette semaine car il souhaitait rejoindre son épouse en vacances en province. Le lundi, alors qu'Antoine arrive au bureau, Robert se plaint de n'avoir pas été prévenu de son départ anticipé.
>
> Spontanément, le groupe est d'accord pour dire qu'il faut nier, qu'il faut persister.
>
> *Consultant* : « – Au pire, Antoine que va-t-il se passer ?
>
> *Antoine* : – Robert va s'énerver, me soutenir que je ne l'ai jamais prévenu.
>
> *Consultant* : – Que devez-vous faire maintenant ?

Thierry : – Normalement, étant donné que son chef est énervé, il faudrait adopter une attitude empathique, mais là franchement, moi je n'en aurais vraiment pas envie, je ne peux pas comprendre ce comportement.

Consultant : – L'attitude empathique consiste-t-elle à comprendre le comportement, à se mettre à la place des autres, Thierry ?

Thierry : – Non c'est vrai, il s'agit juste de faire "un accusé de réception" de l'émotion.

Consultant : – Eh oui, quel est l'intérêt pour vous, Antoine, d'adopter une attitude empathique ici ?

Antoine : – J'ai une chance d'apaiser l'émotion de mon supérieur hiérarchique et ainsi il sera plus facile de communiquer, de négocier avec lui et nous pourrons casser le cercle vicieux de la recherche de qui a tort, qui a raison.

Consultant : – Bien, imaginons que, quoi que vous fassiez, Robert continue à être submergé par son émotion hostile, n'écoute rien, n'est visiblement pas apaisé. Il est peut-être dans l'ambivalence au niveau de l'expression émotionnelle lui aussi et cette remarque qu'il vous fait n'est qu'un prétexte. En réalité, il a peut-être d'autres comportements à vous reprocher et ce qu'on appelle l'enquête négative sera ici bien utile. Elle consiste à lui réaffirmer que vous l'aviez prévenu mais que visiblement, malgré cette discussion et vos explications, il est toujours très contrarié et ne semble pas en croire un mot. Vous lui demandez alors s'il y a autre chose qui le contrarie.

Thierry : – Non là je ne suis pas d'accord ! On lui reproche quelque chose qui est faux et en plus il faut qu'il tende l'autre joue.

Consultant : – Si vous ne vous y prenez pas de cette façon, comment pensez-vous que cela va se terminer ?

Thierry et le groupe : – Robert va se fâcher, il ne va pas vider son sac, même s'il y avait un autre problème à aborder, et ils risquent de se séparer sur un malentendu.

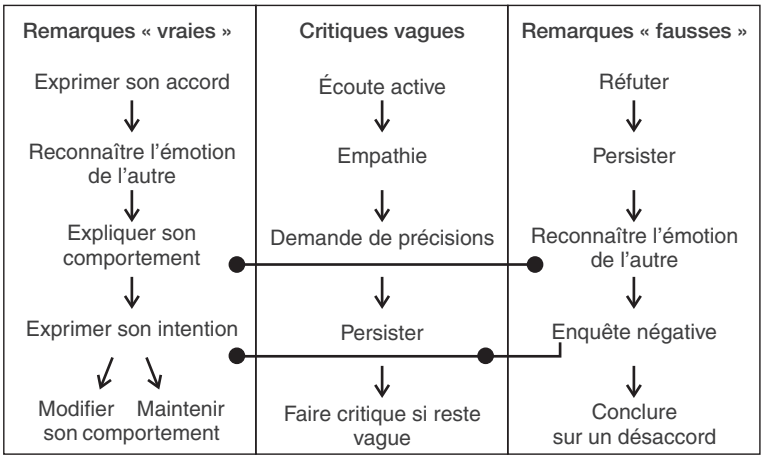
Consultant : – Et, surtout, Robert risque d'être persuadé qu'Antoine est de mauvaise foi, qu'on ne peut rien lui dire. Il ne se remettra pas du tout en cause et restera dans l'ambivalence dans l'expression émotionnelle. On peut imaginer que d'une part les relations risquent d'être tendues et que concrètement le problème restera entier. »

Après avoir relevé les réticences, le consultant fait ensuite jouer la scène pour qu'Antoine puisse tester cette stratégie, ce savoir-faire qui lui permettra d'affronter la réalité, avec le moins d'anxiété possible.

Le tableau suivant permet de résumer tout ce qui vient d'être dit.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Recevoir des critiques



DEMANDES ET REFUS

Nous avons vu à quel point il était important d'exprimer ses émotions ; il est tout aussi important de s'autoriser à faire, mais aussi à bien savoir faire des demandes et des refus. La demande est la clé de l'élargissement de son champ de possibilités et de relations. Le refus est la pierre angulaire de la liberté.

Une vision claire de ses priorités et des limites que l'on s'est fixées est essentielle. Lorsque la demande ou le refus sont décidés, il est important de l'exprimer fermement et de manière synthétique. Avant de découvrir des exemples de demandes et refus efficaces, nous allons étudier certains des freins rencontrés car demander ou refuser respectueusement est moins facile qu'il y parait.

Formulations « pièges » non-affirmées

1. Les besoins non respectés

Il est bien souvent difficile de déterminer ses objectifs, de se donner le droit de demander ou refuser tel comportement, tel service. Quel thérapeute, quel consultant n'a pas eu dans ses groupes une personne

souhaitant que l'autre devine ses besoins car elle ne s'autorisait pas à les exprimer ?

> *Carole*, secrétaire dans une administration, a un document d'une page à photocopier. Le collègue qui s'apprête à utiliser la photocopieuse avant elle a visiblement un document volumineux de plusieurs pages à dupliquer. Elle agite sa feuille mais ne dit rien. L'argument avancé est : « Il aurait dû se rendre compte, je ne devrais pas avoir besoin de demander, c'est tellement évident. »

Tous les jours, des exemples viennent illustrer les propos de cet ouvrage. À la terrasse d'un restaurant, au lieu de dire à sa voisine « Je souhaiterais que vous éteigniez votre cigarette, le vent dirige la fumée vers moi », cette femme qui se retourne à plusieurs reprises fait de nombreux mouvements avec la main pour chasser la fumée mais n'exprime pas son besoin.

2. Les non demandes, les non refus

Ce sont des demandes ou des refus très imprécis, très longs, l'interlocuteur ne sait pas où l'autre veut en venir. Le dialogue commence bien souvent par tout un argumentaire, le patient « tourne autour du pot » de la demande ou du refus, se noie dans de nombreux détails préalables, ce qui ne fait qu'augmenter son anxiété.

> ***La voiture de Michel***
>
> *Michel*, à qui le garagiste avait promis une réparation au plus tard pour le vendredi soir afin d'avoir sa voiture pour le week-end, vient d'apprendre que finalement la réparation sera plus longue que prévue. Il n'aura donc pas sa voiture ce week-end. Il va demander à sa sœur Julie de lui prêter la sienne.
>
> *Michel* : « Dis donc, Julie, tu sais, je suis très ennuyé, car pour une fois j'avais une invitation en Normandie ce week-end. Ce garagiste on ne peut vraiment pas compter sur lui ; il m'avait promis ma voiture pour ce soir et évidemment je me retrouve le bec dans l'eau. Ce sont les copains qui ne vont pas être contents quand je vais leur annoncer que je ne viens pas. »
>
> Et pour finir, après de nombreuses circonvolutions, Michel n'a toujours pas exprimé sa demande ! Voici ce qu'il aurait pu dire :
>
> *Michel* : « J'ai bien besoin, si toutefois tu ne t'en sers pas ce week-end que tu me prêtes ta voiture. »

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

3. Les demandes sans implication personnelle

Le « je » n'est pas employé et elles se font sous forme interrogative ou négative.

> *Juliette*, au lieu de demander tout simplement à son mari « J'ai envie que nous allions au cinéma cette semaine », va dire « Est-ce qu'on pourrait aller au cinéma ? » ou encore, sous forme de reproche, « On ne va jamais au cinéma ».

4. Les discussions sans fin qui n'ont plus rien à voir avec le sujet initial

> *Valérie* souhaite demander à Anne, sa fille adolescente de 17 ans, de mettre le couvert tous les soirs afin de l'aider quand elle rentre du travail.
>
> *Valérie* : « – Je souhaite, Anne que tu mettes le couvert le soir, je suis fatiguée quand je rentre et c'est important pour moi que tu me donnes un coup de main.
>
> *Anne* : – Pourquoi c'est toujours à moi que tu demandes sous prétexte que je suis l'aînée, finalement tu ne demandes jamais rien aux petits.
>
> *Valérie* : – Pas du tout et même les petits, contrairement à toi, aident bien souvent spontanément sans qu'on le leur demande. »
>
> Valérie rentre dans la discussion avec sa fille à propos de l'injustice au sein de la fratrie et très rapidement le sujet de la demande initiale – mettre le couvert – est totalement oublié et la discussion risque fort de s'enliser. Chacun reste persuadé qu'il a raison et que l'autre n'a rien compris. Malgré tout ce que le thérapeute raconte, Valérie a l'impression que ça ne sert à rien car cela ne changera jamais.

5. Les discussions sans fin pour savoir qui a tort, qui a raison, sans utiliser l'empathie qui permet d'être à l'écoute de l'autre.

> *Gérard,* le supérieur hiérarchique d'Alain, vient d'apprendre qu'un des collègues de ce dernier est malade, il lui demande donc de bien vouloir retarder ses vacances d'une semaine. Alain refuse.
>
> *Gérard* : « – Je suis obligé de te demander de bien vouloir retarder tes vacances d'une semaine, car ton collègue Matthieu est malade et nous devons boucler des projets importants avant le mois d'août.
>
> *Alain* : – Cela ne va pas être possible, j'ai réservé depuis longtemps une location que je ne vais pas pouvoir décaler.
>
> *Gérard* : – Si tout se passe bien, une semaine entière ne sera pas nécessaire et tu ne perdras que quelques jours.

Alain : – Pourquoi tu ne demandes pas à quelqu'un d'autre qui n'a pas forcément un impératif comme le mien ? C'est toujours aux mêmes qu'on demande !

Gérard : – On ne fait pas toujours ce qu'on veut dans la vie et ces projets doivent être bouclés pour la semaine prochaine, je souhaite donc que tu retardes tes vacances, moi aussi cela ne m'amuse pas car je suis obligé de rester. »

Cette discussion où aucun des protagonistes n'utilise l'empathie, peut s'éterniser et surtout se rigidifier sur des positions où chacun aura l'impression de ne pas être compris. Ce type d'échange est très fatigant et risque de ne pas déboucher sur une solution.

6. Faire une demande alors qu'en réalité il est préférable d'opter pour une remarque négative, du fait de l'émotion hostile générée par le comportement de l'interlocuteur

Le week-end de Gilbert

Gilbert raconte que, alors qu'il est encore au travail vendredi matin vers 11 heures, il demande par téléphone à sa fille Géraldine de prévenir son épouse Hélène, qu'il pourra finalement prendre son vendredi après-midi. Il lui annonce qu'il sera là vers midi, qu'elle prépare vite les affaires pour le week-end, ils pourront ainsi partir plus tôt. Hélas, quand il arrive à la maison, Hélène n'est toujours pas rentrée du marché, il souhaite lui demander de respecter les horaires afin qu'ils puissent tous profiter pleinement des week-ends sans perdre de temps.

Cette situation doit alerter les thérapeutes. Est-il possible d'imaginer que cet événement n'ait pas mis Gilbert en colère ?

Thérapeute : « – Gilbert, comment avez-vous fait votre demande ?

Gilbert : – Je lui ai dit qu'elle aurait pu se dépêcher, que ce n'était tout de même pas compliqué de se préparer pour un week-end et qu'elle n'était pas vraiment débordée que je sache. Bon, je m'y suis vraiment mal pris pour faire ma demande.

Thérapeute : – Et ensuite, que s'est-il passé ?

Gilbert : – Elle m'a dit que ce n'était pas prévu, qu'elle ne pouvait pas deviner que j'allais changer mes plans et que, quand j'ai téléphoné, elle n'était pas encore partie au marché. Ensuite on ne s'est plus parlé pendant tout le trajet ; elle boudait et je dois dire que je n'avais plus très envie de partir en week-end avec elle.

Thérapeute (au groupe) : – Gilbert a-t-il fait réellement une demande ?

Valérie : - Non, pas vraiment.

Thérapeute (au groupe) : – Qu'est-ce qu'il pouvait dire ?

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Jean-François : – « Je souhaite que tu ne traînes pas pour préparer le départ en week-end surtout quand je me presse de mon côté pour être prêt plus tôt. »

Thérapeute : – C'est une demande en effet, mais dites-moi Gilbert, dans quel état étiez-vous quand vous avez constaté que rien n'était prêt et qu'Hélène n'était toujours pas rentrée ?

Gilbert : – J'étais très énervé.

Thérapeute : – Si vous vous contentez d'une demande telle que Jean-François l'a d'ailleurs parfaitement formulée, allez-vous vous sentir apaisé ? Cela ne vous met-il pas dans l'ambivalence dans l'expression émotionnelle ?

Gilbert : – Si, c'est vrai

Thérapeute : – N'est-ce pas finalement le fait d'être submergé par l'émotion non exprimée qui entraîne une communication de votre part sous forme de reproche, de jugement de valeur, avec l'utilisation du conditionnel "tu aurais pu" ?...

Gilbert : – Oui mais ce n'est pas facile, j'étais furieux d'autant plus que de mon côté, je m'étais dépêché et j'avais imaginé qu'elle allait être contente que je me sois organisé.

Thérapeute : – Alors finalement quel est le mode d'expression qui pourrait vous soulager le mieux et qui doit devenir une sorte de réflexe ?

Gilbert : – Faire des remarques négatives car cela me permet d'exprimer mon émotion hostile et cela me soulage, m'apaise et c'est vrai qu'ensuite il me sera plus facile de communiquer plus sereinement si je ne suis plus submergé par l'émotion. »

Ce que le thérapeute doit transmettre à ses patients

- Faire une demande ou un refus nécessite une technique identique (puisque ce sont les deux faces de la même pièce de monnaie) et la conviction de son droit à défendre ses propres besoins, même si cela contrarie l'autre. Mais ce n'est pas imposer ses désirs à l'autre ;
- Oser dire non ou demander quelque chose permet de réduire voire d'éviter des situations comme :
  - la dissonance cognitive : quand nos propres valeurs sont en désaccord avec les règles que notre supérieur hiérarchique nous demande de suivre. Par exemple, proposer à une personne âgée que nous connaissons bien un nouveau produit financier pour lequel notre établissement bancaire veut faire du chiffre alors que nous sommes convaincus que cela ne lui convient pas,
  - la surcharge de travail : savoir demander de l'aide ou refuser un travail supplémentaire mettra des limites à l'autre, nous incitera à déterminer notre objectif et dans bien des situations nous évitera de nous retrouver submergés,

  - la culpabilité : en n'ayant pas osé dire non, nous nous retrouvons dans une situation où nous mentons ou bien nous ne tenons pas nos promesses,
  - la rage de ne pas avoir osé demander tel service, tel poste, tel conseil, telle augmentation de salaire, alors que d'autres l'ont fait avec un succès à la clef ;
- Faire prendre conscience que ce que faisaient jusqu'à présent les participants au groupe n'était pas toujours une véritable demande ;
- Déculpabiliser en expliquant que bien souvent les difficultés à faire des demandes ou des refus viennent du fait qu'on ne se donne pas le droit de demander ou de refuser et que l'on a des pensées automatiques telles que :
  - « Ma demande, mon refus sont-ils indispensables, nécessaires ? »
  - « Que va-t-on penser de moi ? »
  - « Si l'autre réagit mal je ne saurai que répondre. »
  - Dans le cas d'une demande : « L'autre va se sentir gêné de refuser. »
  - « Je ne devrais pas avoir besoin de demander, de refuser, mon interlocuteur devrait deviner ce dont j'ai besoin. »
  - « Je vais déranger. »
  - « Mon refus ou ma demande peut vexer, faire de la peine. »
- Une mise au clair des arguments pour et contre est essentielle.

Savoir formuler une demande

La gêne de Sonia

Sonia est étudiante en médecine, elle souhaite demander à Juliette, une amie étudiante comme elle, de lui expliquer le dernier cours de physique qu'elle n'a pas compris.

Thérapeute : « – Lui avez-vous déjà demandé de l'aide ?

Sonia : – Non je n'ose pas, cela me gêne, vous savez, c'est un concours, c'est chacun pour soi et les étudiants n'ont pas beaucoup de temps à consacrer aux autres. Ça m'énerve pourtant de ne pas comprendre, je suis persuadée que mes amies sont plus à l'aise que moi en physique.

Thérapeute : – En êtes-vous certaine, leur avez-vous demandé ?

Sonia : – Non, mais elles ne me demandent jamais d'aide.

Thérapeute : – Vous ne pensez pas qu'elles sont peut-être comme vous et qu'elles n'osent pas vous demander un coup de main, elles aussi ?

Sonia : –Oui, peut-être, mais je n'en suis pas sûre.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Thérapeute : – Le meilleur moyen serait peut-être de le leur demander. Alors imaginons que vous sollicitiez une de vos amies pour obtenir ce service ; comment allez-vous vous y prendre ?

Sonia : – Je vais lui dire "dis donc Juliette, tu as compris le dernier cours de physique, pour moi c'est du chinois, tu ne pourrais pas m'aider" ? »

Le thérapeute incite le groupe à faire des commentaires sur tout ce qui était positif dans le jeu de Sonia : le langage non-verbal, le courage de tenter une demande alors qu'elle ne s'est jamais autorisée à le faire jusqu'à présent.

Thérapeute (à Sonia et au groupe) : « – Maintenant, voyons ce qui peut être amélioré.

Alexandre : – Elle n'avait pas vraiment l'air à l'aise.

Thérapeute : – Qu'est-ce que veut dire "à l'aise" ? Pourquoi à votre avis donne-t-elle cette impression ?

Francine : – Je crois que c'est parce qu'elle n'a pas vraiment fait une demande, elle a tout juste posé une question, comme si elle avançait sur la pointe des pieds.

Thérapeute : – Bravo, c'est ça ! Alors Sonia comment pouvez-vous formuler votre demande ?

Sonia : – Je voudrais bien que tu me donnes quelques explications concernant le dernier cours de physique, je n'ai rien compris.

Thérapeute : – Tout à fait, on y va ? »

Le thérapeute, après avoir fait préciser comment Sonia imaginait le pire comportement de Juliette, face à cette demande, incite les participants à jouer cette scène : « – Qui veut bien prendre le rôle de Juliette ?

Karine : – Je veux bien. »

Le jeu démarre après toutes les mises au point habituelles.

Karine, dans le rôle de Juliette : « – Tu vas bien ? On ne te voit pas beaucoup en ce moment.

Sonia : – Les cours de physique, tu as compris toi ? Moi je ne comprends rien, ce n'est vraiment pas facile en ce moment.

Karine : – J'ai fini par comprendre mais ce n'est pas facile, c'est vrai.

Sonia : – J'aimerais bien que quelqu'un m'aide. »

Le thérapeute interrompt le jeu et fait un feed-back en sollicitant le groupe d'abord sur les aspects positifs, puis les interroge sur les aspects qui pourraient être améliorés.

Karine : « – Elle ne m'a rien demandé précisément.

Thérapeute : – Comment ça ?

Karine : – Elle a demandé à la cantonade que quelqu'un puisse l'aider mais elle ne m'a rien demandé à moi.

Thérapeute : – Sonia, quel est réellement votre objectif dans cette situation ?

Sonia : – Avoir des explications sur un cours de physique.

Thérapeute : – Au pire, que craignez-vous, Sonia ?

Sonia : – J'ai peur de la déranger, elle est débordée, elle aussi.

Thérapeute : – Votre amie est-elle très timide ?

Sonia : – Non.

Thérapeute : – Alors pensez-vous que si cela la dérange réellement elle ne saura pas vous dire non ? Le pire qu'il puisse vous arriver n'est-il pas tout simplement qu'elle refuse de vous expliquer ce fameux cours ? Si vous ne lui demandez pas, c'est finalement ce qui va arriver. Vous n'aurez pas d'explications puisque vous ne les aurez pas demandées ou alors de manière tellement indirecte que personne ne se sentira concerné par votre demande. »

Par ce jeu de questions, le thérapeute essaie d'aider le patient à déterminer ses objectifs, à se donner le droit de demander ou de refuser.

Sonia : « – C'est vrai ce que vous dites mais, malgré tout, cela me gêne de lui demander.

Thérapeute (au groupe) : – À votre avis comment peut-elle s'y prendre ?

Alexandre : – Elle peut commencer par exprimer son émotion, par "ça me gêne de te demander cela mais..."

Thérapeute : – Je pense en effet que cela peut soulager considérablement Sonia si elle exprime son émotion. »

Savoir exprimer un refus

L'art de savoir dire non n'est enseigné nulle part. Alors, beaucoup de nos patients finissent par accepter des choses qu'ils n'avaient pas souhaitées au départ comme par exemple, garder le chat de leur voisine, prêter « ce cours pour lequel je me suis donné beaucoup de mal alors que peu d'étudiants ont fait l'effort de se déranger pour l'écouter ». Que de frustrations en perspectives, que d'agacement après soi-même lorsqu'on n'a pas été capable de refuser ! Et certaines personnes se protègent par des refus agressifs, cassants, délabrants pour les relations : pas question de toucher à mes affaires !

Docteur Gérald et son patient

Dr Gérald, en groupe de formation continue sur la relation thérapeutique : « Je suis ennuyé quand quelqu'un me demande un arrêt de maladie alors que cela ne me semble pas justifié, toujours les mêmes en plus... »

Animateur : « – Vous pensez à une situation précise ?

Gérald : – Oui, à un employé de mairie, vite bloqué du dos ou épuisé, mais dans un petit village, les grandes gueules ont une sacrée influence sur la clientèle.

Animateur : – Voici un exemple parfait pour travailler dans le détail la manière affirmée de refuser. Qu'avez-vous fait jusqu'à maintenant ?

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Gérald : – Je tente de lui réduire au maximum la durée, ou je fais celui qui ne comprend pas son allusion, pourtant bien lourde. Je dérive sur un autre sujet, les nouvelles de sa famille...

Animateur : – Au fond, pourquoi tenez-vous vraiment à refuser ?

Gérald : – La dernière fois, il exagérait franchement ! Demander dix jours pour une petite contracture alors qu'il est derrière son guichet. Je lui ai donné trois jours. Mais en plus, on m'a dit qu'il va se vanter d'obtenir tout ce qu'il veut de moi. »

On définit plus précisément la situation, l'interlocuteur, le contexte...

Jean-Raymond : – J'te l'aurais éjecté, celui-là !

Gérald : – Mais toi, tu es en ville, c'est pas pareil.

Animateur : – Bon, médicalement c'est exagéré et il semble important de mettre les choses au clair avec lui à la prochaine occasion. Qu'est ce qui vous retient ? (Définir les arguments contre le refus.)

Gérald : – En même temps, c'est un brave bougre, pas très futé. Les finasseries de l'affirmation de soi, il ne mesurera pas. Et je ne voudrais pas me disputer non plus, je le connais depuis sa naissance.

Jean-Raymond : – Raison de plus pour qu'il te respecte dans tes décisions.

Animateur : – Imaginons qu'il revienne pour une autre broutille, comment pourriez-vous lui refuser ?

Gérald : – Écoute, là, ça fait trop. Tu sais, maintenant avec la Sécu, je ne peux plus faire tous les arrêts que tu veux.

Annick : – Moi aussi j'explique souvent les contraintes que nous pose la Sécu. "Ça fait trop", c'est pas un vrai non !

Gérald : – Si tu veux...

Animateur : – Voulez-vous bien essayer ensemble ?

Annick et Gérald : – D'accord. »

L'animateur met en scène les composantes du jeu quand la décision du refus est bien clarifiée.

Annick (jouant le patient) : – Avec cette bronchite, je ne pourrai pas travailler pendant au moins dix jours ! Comme la dernière fois, hein, docteur ? (Le groupe sourit.)

Gérald : – Écoute, je te donne un traitement et ça devrait passer vite. Là, tu demandes trop, tu sais que la Sécu n'est plus d'accord.

Annick :- Allez, c'est pas mes dix jours qui vont les faire tousser avec les millions qu'ils brassent, tous ceux qui s'en mettent plein partout, et moi petit fonctionnaire, petit salaire, mais plein d'emmerdes.

Gérald : – Tu m'ennuies, tu sais.

Animateur : – Stop. Vos commentaires constructifs ? Annick d'abord, s'il vous plaît.

Annick : – Je le sens très à l'écoute, très soignant. Et il a exprimé son émotion. Mais sa voix qui baisse, son air embarrassé m'incitent presque à insister, et son argumentation est trop théorique.

François : – Je dirais “Je ne veux pas, c’est pas d’accord pour cette fois !”, en insistant au besoin.

Animateur (après avoir recueilli plusieurs contributions, fait participer le maximum de personnes) : – Gérald, vous vous sentez prêt à reprendre avec ces axes-là ? La voix plus forte, l’énoncé du refus plus net “je ne veux pas”, en insistant “pas d’accord”. »

Le thérapeute reformule, rabâche les bonnes formulations, valorisant celui qui les a prononcées, et relance le jeu de rôle...

Gérard : « – Non, je ne veux pas te donner dix jours pour cette simple bronchite.

Annick (rejouant le patient) : – Mais je comptais bien sur ce repos pour me remonter.

Gérald : – Je vois que tu y comptais, mais cette fois-ci, c’est pas d’accord, n’insiste pas.

Annick : – Quand même, depuis le temps qu’on se connaît...

Gérald : – C’est sûr et j’ai beaucoup d’affection pour toi, mais dans ton état, l’arrêt n’est pas nécessaire, fais-moi confiance. Passe me revoir dans dix jours à la fin du traitement.

Annick : – D’accord docteur, si vous le dites.

Animateur : – Bravo, Gérald (puis au groupe) Et quels commentaires avez-vous à faire ?

François : – Je trouve qu’il a très bien repris les arguments avancés par le patient, et rétorqué point par point : “Je comprends que tu... mais je ne veux pas”. Et il a bien pris soin de la relation en terminant positivement.

Animateur : – Prenez François comme animateur la prochaine fois, je n’ai rien à ajouter. »

L’animateur inscrit au tableau, au fur et à mesure de leur apparition dans le débat, les points suivants qui constituent le schéma.

Schéma d’une demande ou d’un refus

- Déterminer exactement son objectif
- L’exprimer
- S’impliquer
- Prendre en compte les émotions de l’autre
- Persister

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

LA TECHNIQUE DES COULOIRS

Voici un outil qui constitue une protection efficace contre les deux principaux écueils qui sont l'agressivité et l'inhibition, quelle que soit la situation rencontrée : demande, refus, émission ou réception d'une remarque négative.

Nous utilisons le couloir affirmé lorsque nous nous trouvons dans une interaction difficile, susceptible de générer chez nous du stress.

Concrètement, ce couloir sera très utile quand :

– L'interlocuteur est de mauvaise foi ;
– L'interlocuteur est agressif ou manipulateur ;
– La négociation est « serrée » ;
– Nous ressentons une émotion négative comme la colère ou la peur.

Nous partons du principe que nous pouvons naviguer dans trois couloirs possibles :

- Le couloir *passif* : il n'est pas utile, nous allons donc le condamner d'office ;
- Le couloir *affirmé* : il va être très utile, si on sait l'utiliser judicieusement. Il constitue une zone de sécurité ;
- Le couloir *agressif* : on le garde en « joker », mais la plupart du temps, il sera inutile car dangereux sur le plan relationnel.

Prenons comme exemple la conversation entre Philippe et le chef de rayon d'une grande surface de bricolage.

Philippe défend ses droits

Philippe a acheté la semaine précédente un ventilateur en solde, mais arrivé chez lui, il s'est aperçu que l'article ne fonctionnait pas. Il retourne donc au magasin pour obtenir un échange.

Philippe, face à la mauvaise volonté du vendeur, va devoir recourir à la technique du couloir.

Voici le dialogue entre les deux hommes :

Philippe (sur un ton très cool, comme s'il s'adressait à un ami, tout en bas à gauche du couloir affirmé) :
« – Bonjour monsieur, j'ai acheté cet article dans votre magasin la semaine dernière, mais lorsque je le branche, il ne démarre pas, donc je viens pour que vous me fassiez un échange, s'il vous plaît.

Le vendeur : – Comment ça il ne démarre pas ? Je n'ai jamais eu aucun problème sur ce genre d'article !

> *Philippe* (un léger cran au-dessus, au niveau non-verbal, tente son deuxième essai) : – Je l'ai branché plusieurs fois à différents endroits de mon appartement, il ne fonctionne pas du tout, vous pouvez le tester vous-même, je souhaite donc que vous me l'échangiez.
>
> *Le vendeur* (légèrement agressif) : – Vous voyez le panneau ici ? Il est écrit « les articles en solde ne sont ni repris ni échangés ! »
>
> *Philippe* (monte d'un niveau, augmente la fermeté de sa voix, et soutient d'une manière plus insistante le regard du vendeur, c'est le troisième essai) : « – Je pense que même si j'ai acheté un article soldé, je suis en droit d'attendre un produit qui fonctionne, or celui-ci est défectueux, j'insiste, mais je vous demande de me l'échanger !
>
> *Le vendeur* (de plus en plus agressif) : – Je suis sûr qu'il fonctionne cet appareil, vous n'avez pas dû savoir l'utiliser !
>
> *Philippe* (monte un cran au-dessus, quatrième essai, mais se trouve toujours dans le couloir affirmé) : – Je vous ai proposé de le tester, j'insiste pour que vous le fassiez tout de suite, et vous verrez qu'il faut me le remplacer.
>
> *Le vendeur* (à bout d'argument) : – OK, je le branche... (il baisse d'un ton) Ah oui, c'est vrai, c'est bizarre, il ne marche pas. Bon, je vais à titre tout à fait exceptionnel vous faire un avoir pour que vous puissiez en prendre un autre. »

Commentaires

Le but est de pouvoir reformuler en toute sécurité sa demande, autant de fois que nécessaire.

En première intention, dans ce type de situation, on utilisera le couloir affirmé, à son niveau minimum. C'est ce que fait Philippe lorsqu'il s'adresse pour la première fois au vendeur. Le niveau d'affirmation de soi doit être bas au démarrage, afin de se laisser de la marge de manœuvre en cas de difficulté.

À chaque nouvelle interaction, tant que Philippe n'a pas atteint son objectif qui est d'obtenir un échange du produit défectueux, il va devoir mettre habilement mais fermement la pression sur le vendeur. Pour cela, il joue progressivement sur le registre non-verbal : la fermeté du ton, le volume de la voix, la distance interpersonnelle, le regard, etc. Il va ainsi montrer qu'il est déterminé dans sa demande, et qu'il ne se laisse pas impressionner par l'agressivité de son interlocuteur. Philippe reste malgré tout courtois, ne devient pas agressif, et prend le moins de risque possible de provoquer un conflit. Il faut jouer crescendo sur ce registre non-verbal, et surtout éviter de commencer trop haut pour ensuite redescendre. Si la pression diminue, l'impact recherché sera évidemment raté et l'effet produit sera celui d'un soufflet qui retombe !

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Par ailleurs, s'il avait d'emblée initié le dialogue tout en haut du couloir affirmé, le vendeur ne se montrant pas coopérant, Philippe serait tombé dans le piège de l'agressivité très rapidement, il aurait risqué de braquer le vendeur, et n'aurait peut-être rien obtenu du tout.

Le couloir agressif, nous l'avons dit, peut servir de « joker » quand on a tout essayé dans le registre affirmé et lorsqu'il n'y a plus rien à perdre.

Si Philippe, malgré une attitude parfaitement affirmée n'avait obtenu aucune concession de la part du vendeur, il aurait pu tenter son « va-tout » en provoquant un scandale dans le rayon. Le succès n'est pas garanti, mais cela peut marcher. On le sait, l'agressivité, ça passe ou ça casse !

Rappelons également que pour des raisons évidentes, le joker est déconseillé avec les personnes que nous sommes amenées à côtoyer régulièrement, surtout avec nos proches !

Le tableau ci-dessous résume toute la technique des couloirs :

Couloir passif	Couloir affirmé	Couloir agressif
Couloir condamné !	La pression va crescendo ● 5ème essai ● 4ème essai ● 3ème essai ● 2ème essai ● 1er essai	**Joker !** **Attention, danger !**

Chapitre 4

MONTER UN GROUPE D'ENTRAÎNEMENT À L'AFFIRMATION DE SOI

LES techniques de jeux de rôle trouvent leur plein épanouissement dans la pratique en groupe.

Selon votre sensibilité et les problématiques des participants, vous créerez un groupe original, mais voici les principes généraux constamment nécessaires à son organisation.

La participation personnelle à un groupe est très enrichissante pour mesurer l'implication sollicitée. Dans l'optique d'acquisition du savoir-être d'animateur, l'idéal reste de pouvoir co-animer avec un référent expérimenté.

LA CONSTITUTION DU GROUPE

Un groupe d'affirmation de soi procure une expérience inoubliable de socialisation stimulante (mais protégée), occasion de réaliser que d'autres personnes partagent des problèmes similaires et font peu à peu

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

des progrès. Au fil des séances, les jeux de rôle dédramatisent peu à peu la communication et montrent la puissance de changement que procure l'entraînement organisé.

Il est préconisé d'animer un groupe à deux thérapeutes.

Le nombre optimal de participants semble être de huit, pouvant varier entre six et douze, des deux sexes, sans distinction d'âge ou de catégorie sociale, présentant des indications variées.

Les groupes à thématiques particulières (troubles addictifs, développement des habiletés sociales chez les psychotiques, les patients bipolaires ou anxieux, gestion des troubles alimentaires, adolescents...) imposent alors un recrutement sélectif.

Le nombre de séances pour un module varie entre dix et vingt, généralement à un rythme hebdomadaire, réparties donc sur un à deux trimestres. L'allongement dans le temps nuit à l'assiduité. Les séances durent en moyenne deux heures, pouvant varier de une à trois, avec alors une « pause café » particulièrement favorable à la convivialité et à l'extinction progressive de l'anxiété. Une reprise individuelle en fin de séance est nécessaire, elle peut être associée éventuellement au règlement.

Le thérapeute pourra utiliser les différents niveaux de participation suivants et en informe les candidats : incitation à la prise de parole en groupe, tour de table, dialogue en face à face, mise sur la sellette par un exercice en jeu de rôle aux différentes places d'acteur ou de commentateur, utilisation de la vidéo pour montrer des scènes types ou comme outil au sein du groupe (enregistrement des jeux effectués puis projection-commentaires).

Les entretiens individuels préalables, le recrutement des patients

Déterminer l'indication fonctionnelle

Pour préciser les domaines de déficit en compétence sociale, engagez le patient à s'auto-observer dans ses domaines de difficulté (entrer en contact, engager une conversation, se présenter, se révéler, exprimer ou recevoir des compliments, formuler une demande, émettre un refus, exprimer sa gêne ou une émotion négative, recevoir une critique, poursuivre ou arrêter une conversation, gérer un désaccord ou un conflit...) (voir échelles d'évaluation).

Diagnostic médical

L'étape d'un diagnostic médical est indispensable (trouble d'anxiété sociale ? addiction ? trouble de l'humeur ? trouble de la personnalité ?). Les états délirants ou dépressifs majeurs et les perturbations marquées de la personnalité (paranoïa, psychorigidité, schizoïdies) contre-indiquent en principe la participation à un groupe standard (Bellack).

Rappelons que les benzodiazépines modifient les expériences émotionnelles et nuisent à leur mémorisation.

Évaluation de la motivation, de la dynamique de vie

Lorsque vous effectuerez la présentation du fonctionnement du groupe ou recevrez une demande de participation, ne cherchez pas à convaincre ou à enrôler ! Au contraire, discutez la solidité de la motivation. Par l'étude de son parcours de vie complète, évaluez l'opportunité actuelle d'un travail en groupe : « Est-ce le moment de participer à un groupe d'affirmation de soi ? »

Dès cette étape, envisagez les problèmes susceptibles de nuire à la participation :

– « Pourquoi voulez-vous faire ce travail en groupe, quelles expériences de groupe avez-vous ? »
– « Qu'en attendez-vous, comment votre entourage voit-il ce projet ? »
– « Qu'est-ce qui pourrait vous inciter à quitter le groupe, qu'est-ce qui pourrait vous arriver de négatif ? »

La prévention du risque d'abandon en cours de thérapie relève d'un travail cognitif sur les pensées inhibitrices de la participation.

petit jeu de rôle-test en individuel est fort instructif pour soi et pour le patient :

« Je vous propose un petit exercice pratique comme nous en ferons progressivement dans le groupe. Reprenons l'exemple dont vous me parliez. Imaginez que je suis votre employeur et que vous me parlez directement... »

Il faut en général commencer la première phrase assez vite, plutôt que de se lancer dans de longues explications anxiogènes.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Mesures initiales de l'assertivité et analyse fonctionnelle partagée

À partir de quelques exemples fournis par le patient, engagez avec lui une analyse fonctionnelle situationnelle (schéma interactionnel circulaire type Cungi, 1996). Il conviendrait que le patient perçoive déjà ses blocages liés à ses schémas cognitifs, la perturbation due à ses émotions et à son anxiété sociale et le maintien du problème du fait de ses comportements relationnels.

L'utilisation initiale d'échelles de mesure d'assertivité est recommandée (voir page 135) ainsi qu'une information préalable par bibliothérapie ou documents personnels remis (Cungi 1996, Fanget 2000, D'Ansembourg 2001, Chalvin 2004).

Modalités pratiques d'adhésion au groupe et contrat

D'expérience, les contingences matérielles de la participation sont une source importante d'obstacles au bon déroulement du groupe. Abordez explicitement d'emblée les questions de disponibilité régulière sur la période requise, de capacité à résoudre les obstacles prévisibles (enfant malade, horaires de travail irréguliers...), de paiement des honoraires. « Quels obstacles pourraient empêcher votre participation ? »

Un contrat d'engagement de participation complète est recommandé, avec un intervalle de temps de réflexion. Ce contrat d'engagement commun peut se faire oralement, en s'appuyant sur la notion d'esprit d'équipe ou par écrit.

La mise en place du canevas des séances

Voici un modèle proposé pour l'animation de groupes thérapeutiques d'entraînements à l'affirmation de soi en ambulatoire pour une population d'adultes prévu sur un gros trimestre (12 séances). Ce canevas s'inspire des modèles déjà validés (Andrews, Bellack, Fanget 1994, Guerin, Turner 1994).

Détail du contenu des séances

Première séance

- *Accueil personnalisé* des participants par leur prénom (secret professionnel partagé) ;

- *Présentation* des thérapeutes, de leur motivation (modèles imparfaits mais confiants et impliqués) et du fonctionnement du groupe (notamment ses buts, la confidentialité partagée et la liberté d'expression sur soi), entendu comme un atelier d'entraînement en communication. Bien conserver le contact avec chacun et dispenser beaucoup d'encouragements ;
- *Pour vous, qu'est-ce qu'être affirmé ?* Découverte guidée vers la définition, sorte de cahier des charges auquel chacun adhère ;
- *Quels sont les obstacles à l'affirmation de soi ?* L'objectif est ici de commencer à faire réfléchir les participants à l'importance des comportements, des émotions et des pensées. Tous ces paramètres vont, selon les cas, perturber ou au contraire faciliter la communication ;
- *Évaluation* éventuelle du niveau d'anxiété de chacun, entre 0 et 10 en début, puis en fin de séance, afin de voir si le phénomène d'habituation s'est produit ;
- *Échange* en binômes sur leurs raisons à venir dans le groupe. Selon le temps dont on dispose, une mise en commun peut être proposée, chacun décrivant brièvement... son binôme ! (Favoriser l'interconnaissance.) Le thérapeute souligne, malgré la diversité des gens, la similitude des problèmes et la dynamique positive à venir, surtout pour les plus anxieux ;
- *Quels sont les quatre différents comportements communicationnels ?* Recherche d'exemples (ou apport par le thérapeute et/ou par la vidéo) conduisant à la notion de travail en situation-problème cible. Le thérapeute encourage et incite à la révélation de soi et à l'implication personnelle ;
- *Pourquoi utilisons-nous tour à tour les différents comportements ?* Les comportements inhibés pour être accepté, les comportements agressifs et manipulateurs pour les bénéfices matériels, les comportements affirmés pour les bénéfices sur le plan matériel, relationnel et émotionnel ;
- *Tour de table* général de conclusion, avec partage des difficultés et des intérêts rencontrés. Le thérapeute dispense des encouragements généraux en même temps que les tâches pour la séance suivante ;
- *Évaluation individuelle* consécutive.

Deuxième séance

- Bien débuter par le *partage en groupe des consignes* (le relevé de situations de communication ciblées) et des commentaires de la semaine précédente. Les thérapeutes se montrent bienveillants, tissent des ponts avec les contributions de la première séance : « Vous

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

aviez parlé de votre chef... Qu'avez-vous observé de nouveau ? » et renforcent la cohésion du groupe en soulignant les contributions des autres participants, les thèmes communs, les complicités. Évaluation de l'anxiété à l'arrivée, en soulignant les progrès ;

- *Jeu de rôle d'un thérapeute* sur l'attitude empathique : reprise sur l'état d'esprit assertif et le confort ou l'inconfort que cela déclenche ;
- *Jeu de rôle des thérapeutes* sur la communication non-verbale. Tableau récapitulatif élaboré en commun ;
- *Partage en binôme* avec un interlocuteur différent de celui de la fois précédente sur la recherche des situations personnelles de gêne relationnelle et les paramètres de la communication non-verbale (CNV) qui se modifient ;
- *Exercices* en groupe ou demi-groupe sur le paramètre individuel de CNV ;
- *Consigne* individualisée.

Troisième séance

- *Compte rendu* individuel de la semaine : exemples personnels ciblés sur le dérèglement de la CNV.
- À partir des exemples, *développements* sur la CNV involontaire ;
- *Liste* des manifestations parasites involontaires de la communication, puis recherche des moyens possibles de gestion, en demi-groupes pour disposer de plus de temps et permettre plus d'intimité :
  - re-régler la CNV volontaire quand elle est parasitée,
  - identifier et atténuer ses pensées automatiques bloquantes (travail cognitif participatif),
  - régulation respiratoire et relaxation brève,
  - s'entraîner en situations de difficulté progressive,
  - dire son émotion +++ « Cherchez une phrase réflexe qui vous convienne » ;
- *Encouragements* à partager la démarche avec des « alliés ».

Quatrième séance

- À partir du relevé des consignes, *découverte des techniques d'écoute active* ;
- *Exercices* possibles au choix ou successivement :
  - circulaire de récit bref → question ouverte, pour montrer le côté ouvrant,

  - jeu du « téléphone arabe » pour montrer la déformation des messages sans reformulation,
  - exercice de l'interrogatoire policier, pour montrer l'importance de la réaction émotionnelle en miroir. Il s'agit d'entraîner les participants deux par deux à poser de nombreuses questions rapides à réponses rapides, comme « Comment t'appelles-tu ? Quelle est ta profession ? Quel est ton plat préféré ? », etc. Chacun à tour de rôle pose les questions et y répond,
  - partage en binôme, en attitude alternée d'écoute active ;
- *Conclusion* sur le décentrage : *écoutez vraiment !* et implication.

Cinquième et sixième séances

- Pendant le *partage* de la semaine, centrez sur l'expression des émotions ;
- *Exercice* sur des messages positifs :
  - « Donnez l'exemple d'une situation agréable partagée avec quelqu'un », (notez au tableau chaque exemple) puis « Qu'avez-vous manifesté ? » Faites apparaître la progression d'implication dans les réactions entre « Rien dit/remerciements/jugements positifs/messages émotionnels positifs »,
  - demandez à ceux qui n'ont pas été au bout : « Qu'auriez-vous pu dire en vous impliquant émotionnellement ? » ;
- *Partage en binôme* sur les règles éducatives relatives à l'expression des émotions (la plupart inhibitrices). Un débat de groupe sur ce thème permet souvent aux plus gênés de s'exprimer plus amplement ;
- *Recueil des exemples* de messages positifs et ouverture vers leur intérêt. Repérage des situations agréables du quotidien et ressenti des émotions positives, augmentation du degré d'expression émotionnelle et acquisition d'influence positive sur les autres.

À mi-parcours, les deux animateurs font la synthèse de la dynamique du groupe et, pour chaque participant, de son aptitude à généraliser les acquis.

Septième et huitième séances

- Après le partage des expériences de la semaine, recueillir les exemples personnels de demandes et refus de chacun ;
- En demi-groupe, à partir des premiers essais, reconstituer le canevas équilibré entre l'expression claire de sa demande (ou de son refus) et la reconnaissance de la position de l'autre ;

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

- Tous les participants doivent jouer à chaque séance et finir sur un succès, même relatif ;
- Mise en commun en groupe complet, pour reformuler les acquis et donner les consignes ;
- Voici un exercice que nous proposons : refuser de répondre à une question, notamment personnelle. Exemple : « Daniel, combien gagnes-tu ? » ou « Pourquoi es-tu suivi en psy ? »

Neuvième et dixième séances

- Émettre une critique de façon assertive. La critique assertive est en fait un message négatif, c'est-à-dire l'expression impliquée du désagrément subi et des conséquences négatives pour soi, de ce qu'a fait autrui. Choisir adroitement des exercices de difficulté progressive ;
- Travail en demi-groupe, sur les exemples recueillis, avec découverte guidée du canevas. S'appuyer sur le ressenti du participant qui reçoit la critique, sur les commentaires constructifs des observateurs et sur le soulagement du critiquant quand il a pu exprimer son émotion négative ;
- En prescrivant les consignes, bien rappeler les règles d'implication sincère et d'équilibration d'une critique par deux messages positifs adressés séparément à la même personne.

Onzième séance

- Après le recueil des expériences de la semaine, reprendre l'état d'esprit de l'assertivité (« toute critique constructive est bonne à recevoir pour progresser ») avant les exercices de découverte du canevas de réponse aux critiques :
  - un thérapeute fait une critique spécifique vraie (plus ou moins fictive) à un participant qui y répond naturellement → en extraire le canevas naturel et surtout l'état d'esprit,
  - un thérapeute fait une critique fausse (plus ou moins fictive, sentir les connivences) à un participant → en extraire le canevas de réponse aux critiques fausses,
  - en demi-groupe, le thérapeute utilise un des défauts pour faire une critique générale floue au nom d'un proche et inciter le participant à guider l'interlocuteur par « je ne demande pas mieux que d'évoluer, mais j'ai besoin de connaître les faits précis qui t'ont touché et comment ».

Douzième séance

- Recueil de la semaine et des réactions à la réception des critiques ;
- Ouverture vers les cas difficiles ou retour sur les situations que les patients souhaiteraient retravailler ;
- Bilan partagé du groupe, en incitant à des remarques constructives pour les thérapeutes.

Séance de rappel[1]

Le sentiment d'insécurité face aux acquis et la « douleur » habituelle de la séparation du groupe sont atténués par la proposition d'une séance de suivi dans le trimestre suivant. Chaque participant est invité à revenir avec un exemple à aborder. Nous vous conseillons de fixer d'emblée une date et de solliciter un coordinateur qui relance les uns et les autres la semaine précédente et vous tienne informé...

Programme-type d'un groupe d'affirmation de soi

Séance	Contenu	Résultats attendus
Séance 1	Accueil, présentation des animateurs et des aspects pratiques du déroulement du groupe ; Définition de l'affirmation de soi, de ses obstacles, des différents comportements relationnels, leur comparaison ; Échanges en binômes.	Cohésion de groupe avec participation de chacun ; Perspectives de changement comportemental progressif individuel ; Aptitudes à entrer en contact.
Tâches	Recueillez des exemples précis des différents types de comportements, si possible sur un carnet personnel.	Développement de l'observation comportementale ciblée.
Séance 2	La communication non-verbale : Exemple joué par les animateurs puis recherche des paramètres de CNV volontaires.	Progression de l'auto-observation comportementale et du sentiment d'appartenance au groupe.
Tâches	Auto-observation de la CNV et exercice quotidien sur le paramètre personnel choisi.	Premier constat de changement comportemental ciblé.

1. À deux mois d'écart.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

(suite)

Séance 3	La communication non-verbale involontaire ; Découverte participative et recherche des outils de correction.	Révélation de soi avec charge émotionnelle, reprise concrète des outils cognitifs et de la relaxation, interactivité collaborative au sein du groupe.
Tâches	Recherche d'un souvenir de gêne partageable en groupe, recherche des pensées parasites et discussion ; Transposition *in vivo* des exercices graduels de gestion de la gêne avec les gens de confiance (les alliés de sa démarche de changement).	Perception de la graduation des difficultés et relativisation du danger relationnel ; Premières applications *in vivo*.
Séance 4	L'écoute active, mise en place des premiers jeux de rôle structurés.	Habituation aux jeux de rôle, technique d'écoute, participative et décentrage.
Tâches	Exercices d'écoute active.	Chacun découvre le point qui pêche pour lui.
Séances 5 et 6	Partage des moyens d'expression des émotions ; Réception des messages positifs et des compliments ; Un leitmotiv : « Qu'est-ce que ça me fait ? »	Repérage des situations agréables du quotidien et ressenti des émotions positives, augmentation du degré d'expression émotionnelle et acquisition d'influence positive sur les autres.
Tâches	Exprimer des messages positifs ; Faire une liste des moyens d'expression de son bien-être, faire une liste de 10 de ses qualités (Rechercher un exemple de demande et un de refus pour la 7e séance).	Augmentation de l'implication émotionnelle ; Orientation cognitive positive ; Facilitation de l'expression.
Séances 7 et 8	Demandes et refus ; Jeux de rôle en demi-groupes.	Aptitude à défendre ses droits et à créer des échanges ; Aisance dans les canevas de communication.
Tâches	Effectuer en réalité les exercices travaillés en groupe et pratique de demandes et de refus.	Extension *in vivo* ; Encouragements mutuels par les succès rapportés.

(suite)

Séances 9 et 10	Émettre une critique constructive (passage de la critique-jugement de valeur globalisant au message négatif précis et impliqué) ; Jeux de rôle en demi-groupe	Gros travail préparatoire sur chaque jeu de rôle (bien définir la situation) et dans les reprises ; S'exprimer à propos de faits précis et passage du tu au je malgré la contrariété.
Tâches	Pratiquer des critiques aux personnes les plus accessibles, en respectant la règle 1 pour 2 ! (Relever 2 défauts pour la 11e séance)	Découverte de la légitimité à exprimer son ressenti négatif ; Recueil fréquent de témoignages de changement.
Séance 11	Réception des critiques : jeux de rôle guidés par les thérapeutes.	État d'esprit constructif des critiques.
Tâches	Étude des situations de critiques ; Préparer le bilan des séances et l'exercice à retravailler.	Passer du conflit de personne à la gestion des tensions relationnelles.
Séance 12	Récapitulatif et reprise selon les besoins ; Comment répondre aux agressions verbales et aux conduites manipulatrices selon les exemples proposés ; Remise d'un document de synthèse.	Souligner les acquis et es marges de progression « L'affirmation de soi ne répond pas à tout, mais améliore beaucoup les relations, surtout avec les personnes de bonne volonté ! »
Tâches	Prendre régulièrement quelques notes sur des exemples précis jusqu'à la réunion facultative de rappel, ou un entretien bilan ultérieur.	Stabilisation des acquis et repérage des points à approfondir en individuel ou avec un groupe de perfectionnement.

Techniques d'animation

Les animateurs veillent aux contingences matérielles, sièges confortables, disposition en cercle, horaires et déroulement de la séance (*timing*).

Ils apportent parfois une *information technique*, en veillant à ne pas créer une relation professorale.

Mais les animateurs privilégient la découverte par les participants :

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

– utilisation de *questions ouvertes orientées* pour une découverte socratique (exemple : « Nous venons de parler à plusieurs reprises d'obstacles à l'affirmation de soi. Vous, Marie-Hélène, qu'est ce que cela signifie pour vous ? ») ;
– ou d'*appels directs à participation*, envers les plus silencieux au moment où ils manifestent par un mouvement leur implication sur le sujet (« Sophie, vous n'avez pas encore eu l'occasion de donner votre point de vue. Qu'en pensez-vous ? »).

Ils tendent à *renvoyer en miroir* les questions qui leur sont adressées, soit au questionneur lui-même s'il semble capable d'y répondre, parfois en le guidant dans la reformulation, soit à un autre participant, soit même à tout le groupe.

Les animateurs restent tout au long de la séance, attentifs à l'état émotionnel et à l'engagement communicationnel de chaque participant : une *attention particulière est à porter au non-verbal* (Beauchamp).

Il faut parfois exprimer pour un patient la gêne ressentie : « Vous ne semblez pas à l'aise, ou pas d'accord, ou pas adhérer à... » C'est la *technique du reflet-élucidation*.

Elle peut également porter sur une ambiance ou une problématique due aux interactions dans le groupe (Cungi 20006).

> *Guillaume*, entrepreneur en bâtiment assez « brut de décoffrage », vient de dire que « dans l'administration, tout le monde se la coule douce et personne ne prend ses responsabilités ! » Or, sans qu'il le sache encore, il y a dans le groupe deux institutrices consciencieuses et un agent administratif réservé. Leur mimique exprime qu'ils se sentent visés mais aucun membre du groupe ne relève... L'animateur peut reprendre ainsi : « Guillaume vient de dire des choses plutôt raides sur les fonctionnaires. Je crois que certains dans le groupe se sentent gênés ou attaqués. Je propose qu'on en parle brièvement entre nous pour éclairer le point de vue de chacun, dans un esprit de respect mutuel ; sinon, on risque de traîner un pénible malaise. »

Il est facilitateur de l'implication, et de la progression des échanges. Il reformule les contributions productives, orientées vers les buts de la séance, en *encourageant les participations spontanées*, laisse parfois glisser les interventions parasites.

La reformulation attentive et respectueuse est indispensable pour vérifier la bonne compréhension des messages. Elle souligne la signification individuelle de chaque expérience et la complexité de l'exprimer clairement. Utilisée en groupe, elle oblige les autres à écouter, puis à être plus attentifs à leurs propos. La reformulation consiste à redire ce qui

vient d'être dit, soit explicitement en reprenant les termes (manière de marquer son attention et de rendre la parole à l'autre), soit implicitement (ce qui était sous-entendu), soit ce qui colore le message dans l'attitude non-verbale. L'entraînement à la reformulation est un travail primordial et permanent des animateurs.

Ils *font des synthèses* périodiques, orales ou écrites (un tableau est nécessaire) à partir des contributions : tantôt pour fixer un point à retenir, tantôt pour ouvrir un débat en laissant chance égale à tous points de vue d'être pris en compte par le groupe...

Ils *vérifient* auprès des participants la compréhension et l'adhésion aux propos clés : « Comment percevez-vous maintenant l'expression des émotions dans les relations ? »

Les animateurs conservent une *attitude empathique*, ce que nous avons amplement développé précédemment. Les écarts préjudiciables sont d'être trop jugeant, en référence avec une norme idéalisée (« Ce n'est pas ça ») ou trop interprétatif, trop explicatif lors des contributions des participants (« Ce que vous dites signifie que dans votre enfance... »), ou trop soutenant, trop rassurant (« Ne vous inquiétez pas, ça va aller... »), enfin trop suggestifs, à trop vite apporter les solutions, les conseils (« Voici ce qu'il faut faire ! »).

L'implication personnelle est essentielle, par *le reflet de ses émotions* en séances (« Je suis très content que vous ayez tous trouvé un exemple »).

Une certaine dose de révélation de soi est appréciée, limitée à quelques exemples personnels (pas trop parfaits !) ou particuliers à la situation. Exemple : « Veuillez m'excuser si je suis interrompu en cours de séance aujourd'hui. J'attends un appel important pour moi à propos d'un problème de santé d'un de mes enfants... (...) Non, ce n'est pas grave, mais il passait des radios de...et j'attends les résultats avec impatience. » Par contre, mieux vaut laisser ses opinions personnelles au vestiaire, pour porter toute son attention à la compréhension des participants.

Ils font apparaître aux participants leurs progrès, en *favorisant l'auto-observation* (« Auriez-vous exprimé les choses de cette manière-là auparavant ? ») et en *incitant aux commentaires positifs* des uns sur les prestations des autres (« Dans ce que vient de jouer Martine, qu'est ce qui correspondait à ce que nous venons de travailler ? ») Pour effectuer une reprise (*feedback*) efficace, le thérapeute répartit son attention entre le patient qui joue sa situation-problème, ce qu'il dit et ce qu'il manifeste, et le partenaire de ce jeu et le groupe, qui a été sollicité pour une tâche d'observation précise.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Au fur et à mesure de son expérience d'animateur, chacun développe son aisance à :

– *Être vraiment attentif, à écouter réellement* les participants avec chaleur et tolérance (au lieu d'être inquiet de son rôle, craintif du regard des autres ou d'anticiper des incidents aléatoires) ;
– *Rester émotionnellement équilibré dans les diverses crises de groupe* (notamment grâce aux outils techniques que nous allons aborder dans la gestion des écueils) ;
– *Faire des synthèses évolutives*, reprenant les contributions des participants en distinguant l'essentiel de l'accessoire, et en suivant les objectifs fixés pour le groupe ;
– *Cultiver le sens du droit à l'erreur* pour apprendre en se trompant autant qu'en réussissant, il importe qu'un climat non pénalisant soit présent et que des indications pour les corriger soient mises à disposition au rythme de chacun. Ainsi, autant de thérapeutes, autant de nuances de fonctionnement : à vous de trouver votre style ;
– *Repérer la dynamique relationnelle du groupe*, à savoir
  – la polarité positive ou négative des interventions de chacun,
  – la dynamique des relations (affinités privilégiées, tensions et isolement),
  – les rôles de chacun (leader, amuseur, bouc émissaire, opposant, marginal...)

En lien avec cet état d'esprit, voici nos indications-clés pour le succès de vos animations.

Chapitre 5

LES « PLUS » INDISPENSABLES ET QUI CHANGENT TOUT DANS L'ANIMATION DE GROUPE

Le savoir-être du thérapeute

Que nous en soyons conscients ou non, nos auditeurs nous observent, nous jugent et le modèle que nous représentons pour eux est essentiel. Chacun avec notre personnalité propre, nous adoptons un mode de relation avec eux, sur lequel nous nous appuyons pour les guider dans leur démarche thérapeutique. Cet aspect se situe au premier plan dès lors que l'on aborde le thème de l'affirmation de soi. On se trouve en effet ici au cœur du sujet qui est la communication interpersonnelle, le savoir-être et le savoir-faire. Après l'aspect technique de la mise en place des groupes, nous mettrons en évidence les sept points qui nous paraissent essentiels, quant au savoir-être du thérapeute.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

1. Le thérapeute doit insuffler une bonne ambiance et mettre chaque personne à l'aise

La première condition essentielle au bon fonctionnement d'un groupe est l'aptitude du thérapeute à permettre à chaque personne d'y trouver sa place. On est loin du cours magistral où les participants doivent écouter le professeur. Ici, ce sont les interactions entre les personnes qui priment. La « magie du groupe » va pouvoir opérer, dès lors que le thérapeute se montre suffisamment chaleureux, souriant, accessible. Le cadre doit également le favoriser : pièce claire et aérée, sièges en cercle, distance suffisante entre les personnes. Il est important que tous les participants puissent prendre la parole devant les autres lors de chaque séance. Pour cela, le thérapeute pourra utiliser tour à tour plusieurs stratégies : proposer à chacun de se présenter, faire réagir le groupe en posant des questions, mettre en place des sous-groupes, confronter les différents avis, tout cela dans une atmosphère positive, respectueuse et bienveillante. Le renforcement positif sera largement utilisé par le thérapeute, tant dans les échanges informels, que dans les jeux de rôle organisés.

Tout au long de notre pratique, nous avons de nombreuses fois remarqué l'importance du rire, qui non seulement dédramatise, mais aussi rassemble et allège une ambiance parfois lourde. À chacun de nous d'utiliser l'humour avec notre sensibilité propre, même s'il n'existe pas à proprement parler de recette pour cela. Moqueries, sarcasmes et ironie ne sont évidemment pas de mise.

2. Le thérapeute doit représenter un modèle accessible

Comme nous venons de le souligner, nous représentons pour nos patients un modèle identificatoire, et notre manière de communiquer, de nous affirmer constitue un repère qui ne doit être ni trop éloigné de leur réalité, ni trop écrasant. Les cyclistes s'identifient plus aisément à Poulidor, l'éternel second, les footballeurs davantage encore à Zidane depuis qu'il a donné un coup de tête de trop, et s'est ainsi humanisé. Il ne s'agit pas pour nous thérapeutes, de leur faire une magnifique démonstration de ce qu'est un comportement affirmé, mais de rester proche d'eux, par une attitude simple et naturelle. L'état d'esprit de l'affirmation de soi est de prendre sa place respectueusement en acceptant ses propres limites.

Parfois, lors des jeux de rôle, le thérapeute sera amené à montrer des comportements pour aider le patient à modifier tel aspect, verbal

ou non-verbal de sa communication. Là encore, il devra « doser » ces comportements en fonction des compétences du patient.

3. Le thérapeute doit rester directif, mais pas trop

Chaque séance comporte un ou plusieurs objectifs précis, et le thérapeute doit savoir à tout moment où il va. Ceci nécessite d'adopter un comportement relativement directif. Mais l'on sait aussi que chaque groupe va apporter son lot de surprises et évoluera de manière unique. L'art et la manière de guider un groupe consistent au fond à mêler habilement souplesse, écoute, disponibilité, avec fermeté et efficacité. Savoir-faire face à des situations d'agressivité (comme nous le verrons ci-après) et savoir « mettre en veilleuse » ses idées personnelles, écouter respectueusement pour laisser aux participants le maximum de chance d'exprimer les leurs.

Quoiqu'il arrive dans le groupe, le thérapeute devra pouvoir reprendre le contrôle au moment opportun. Il s'agira, par exemple, de recadrer une discussion qui s'éloigne trop de l'objectif, de veiller à ce que les échanges soient équilibrés entre les participants ou encore de veiller à maintenir l'attention de chacun. Il y a toujours dans un groupe des personnes qui participent plus volontiers que d'autres, il faudra donc s'appuyer sur ces personnes pour amener les plus réticents à s'impliquer.

4. Le thérapeute doit être empathique

L'empathie est l'ingrédient principal de toute relation thérapeutique. Elle garantit à la fois une écoute de qualité, une bonne compréhension de la problématique des patients, mais aussi une aide efficace. L'attitude empathique passe essentiellement par la reformulation des situations, des propos et des émotions, qu'elles soient directement exprimées, suggérées ou non dites.

Le thérapeute doit en permanence vérifier qu'il a bien compris ce qu'exprime le patient, à la fois par son discours, mais aussi à travers son attitude et ce qu'il ne dit pas.

Nous avons vu que lorsque le thérapeute met en place un jeu de rôle, l'empathie permet de construire un exercice « sur mesure » par rapport à l'objectif de travail du patient. Des expressions telles que « Si je comprends bien, vous voulez dire que... », ou « J'ai l'impression que vous avez ressenti... », ou encore « Je comprends que cette situation vous ait semblé difficile à cause de... » sont des marques d'empathie.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

5. Le thérapeute doit rester à sa place de thérapeute

Au bout de quelques séances, une certaine convivialité ne va pas manquer de s'installer, ce qui va favoriser un espace de travail agréable, sécurisant, dans lequel chacun, nous l'avons vu, va pouvoir trouver sa place. Il arrive même souvent que des amitiés se forment au sein des groupes et que les personnes se retrouvent en dehors des séances planifiées. Parfois des liens existaient antérieurement.

Là encore, le professionnalisme du thérapeute est essentiel, puisqu'il va à la fois devoir assurer la sécurité affective et l'équilibre du groupe, tout en gardant la distance nécessaire qui le maintient quoi qu'il arrive dans son rôle de thérapeute. Les techniques d'affirmation de soi peuvent se révéler nécessaires pour nous parfois, lorsque les participants tentent de dépasser les limites : « Je suis touché que vous souhaitiez me connaître davantage mais je vais refuser votre proposition » ou « J'entends votre attitude comme une marque de proximité mais je souhaite maintenir un cadre professionnel ».

6. Le thérapeute tente de jouer à chaque entretien un rôle affirmé

Le thérapeute comportementaliste ne cherche-t-il pas au fond une dynamique de relation affirmé-affirmé ? N'est-il pas en permanence en train de travailler à rester dans le registre de l'affirmation de soi ? Pour ce faire, il doit faire preuve de beaucoup d'imagination : « Je veux faire découvrir à mes patients tel concept, comment m'y prendre de manière ludique, en m'amusant et en les amusant ? » Place à une certaine spontanéité !

Autre polarité de l'attitude affirmée : supporter de contrarier autrui. Le thérapeute n'est pas un gentil organisateur de club de vacances qui se plie en quatre pour satisfaire à toutes les exigences des participants. Tenir un cadre, des objectifs de changement, c'est accepter certains désaccords constructifs : « Reprends une fois de plus, je te prie » ou « Désolé de vous interrompre, mais nous allons en rester là pour aujourd'hui ». C'est accepter aussi de pouvoir faire des messages négatifs constructifs : « Je regrette que tu n'aies pas réalisé les exercices proposés en fin de séance dernière, car j'ai alors de la difficulté à enchaîner... »

7. Le thérapeute est un manager encourageant : l'art du renforcement

Les renforcements positifs sont des moyens puissants pour augmenter la participation d'un patient : reconnaître la difficulté rencontrée, la

souffrance de l'interlocuteur, complimenter, encourager, souligner les réussites et les qualités, mais aussi inciter à auto-observer ses résultats positifs, son savoir-faire ou son aisance. On peut renforcer un comportement précis, soit juste après son émission, soit après une séquence complète. Il est scientifiquement démontré que la production irrégulière, c'est-à-dire, variable et intermittente de renforcements est plus efficace que les encouragements constants et répétitifs.

Les renforcements négatifs (diminution ou extinction d'une conséquence négative) sont aussi très puissants. En incitant le patient à prendre conscience que son malaise diminue avec l'entraînement, le thérapeute augmente l'engagement du participant.

FAIRE FACE AUX DIFFICULTÉS

Les réticences personnelles à engager des jeux de rôle

C'est pas sérieux !

Nous avons tous joué à « On dirait qu'on serait des explorateurs, des princesses... » au cours de notre enfance, avec un bonheur et un bénéfice immense. Utilisé à bon escient, cet outil vivant, créatif et imaginatif, reste très utile à la découverte de soi (quand on s'y autorise, il franchit les résistances psychiques), de l'autre (dont on endosse le rôle) et à l'apprentissage technique de la communication. Les jeux de rôle peuvent avoir des fonctions exploratoires, d'apprentissage et de changement.

C'est scolaire, on doit réciter une technique !

Sitôt les bases assimilées, les canevas, comme les gammes pour le musicien, deviennent des repères et des tremplins vers une découverte personnelle. Mais comme en musique, une certaine rigueur pédagogique est nécessaire au départ, pour s'affranchir des contraintes techniques.

Je ne le sens pas, ça me gêne !

Malgré les repères techniques disponibles, les jeux de rôle impliquent un certain lâcher prise, l'animation de groupe implique une part d'exposition supplémentaire au regard des autres. Nous évoquons entre nous les émois de nos premiers essais en jeux de rôle, de nos premiers groupes... Abordez les obstacles de manière progressive, comme vous le sentirez raisonnable pour vous, au moment présent. Précisez votre gêne, pour la discuter et cherchez l'exercice le moins exposant à même

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

de vous convenir. Être thérapeute implique de s'être soi-même entraîné auparavant, sans oublier que chaque jeu de rôle contient à nouveau une part aléatoire de risque : j'ai moi-même vu Aaron Beck, père fondateur des thérapies cognitives, buter sans succès en public sur un exercice délicat proposé par une étudiante. On apprend de tout ce qui survient, même et surtout de ses difficultés.

Je ne me sens pas capable, pas « légitime »

Certains événements peuvent vous remettre en question. N'oubliez pas qu'un groupe a besoin d'un animateur, même s'il est parfois interpellé vigoureusement. Il contribue à tenir le cap vers les buts fixés, à évaluer ce qui est fait, parfois à identifier des besoins nouveaux, à assurer la coordination entre les participants, à motiver chacun d'eux, à réguler certains phénomènes de groupe et à proposer son apport technique. Les compétences requises sont du domaine des techniques d'animation (structurer le travail d'équipe, faire face aux diverses situations relationnelles délicates, savoir garder pour lui ses idées personnelles pour laisser les participants développer les leurs et s'impliquer) et des connaissances des thèmes abordés, que vous pouvez retrouver dans différents passages du livre.

Les difficultés liées à la façon d'animer un groupe

Nous avons amplement décrit *l'attitude empathique, démocratique*, respectueuse de l'animateur (ni juger, ni cataloguer). Elle est stimulante pour les contributions participatives, attentive des indices non-verbaux, accueillante du point de vue de chacun compte tenu de ce qu'il est, de son contexte de vie, de ses sentiments. Elle aide le groupe à bien poser ses questions et à y travailler collectivement.

Ce cap démocratique doit continuellement être entretenu, retravaillé. Chacun de nous, selon les situations, risque de dériver vers plus d'autoritarisme ou plus de passivité.

- ***Votre style d'animation devient trop autoritaire, trop directif, trop agressif.*** Imaginez cela : vous prévoyez tout à l'avance par vous-même, imposez le planning et les thèmes de discussion quoiqu'il arrive, restez hermétique aux suggestions, n'acceptez pas les déviances, dirigez tout et limitez les initiatives, restez constamment au centre du débat (au détriment des échanges entre les participants directement), ignorez les tensions larvées ou l'agressivité latente, arc bouté sur l'obsession d'efficacité selon votre point de vue, sourd aux commentaires et évaluations du groupe...

Il est établi scientifiquement (Beauchamp) qu'un climat d'hostilité est trente fois plus fréquent dans ce type de groupe que dans un groupe animé de façon empathique, souplement participative. Les réactions agressives entre les membres du groupe sont également huit fois plus fréquentes, les tensions impossibles à évacuer face à l'animateur écrasant ! Les attitudes de passivité sont aussi beaucoup plus fréquentes, naturelles quand tout est déjà prévu et décidé sans partage de responsabilité, alors qu'un animateur participatif trouvera appui et enrichissement dans la présence de meneur ou co-expert parmi les participants, à condition de bien les tempérer.

- ***Votre style d'animation devient trop passif, laxiste, débonnaire :*** vous n'avez à peu près rien prévu pour la séance, et après quelques points généraux, vous la laissez se dérouler à la guise du groupe ; vous ne proposez guère d'exercices ou d'activité précise, vous laissez venir naturellement les participations et fonctionner l'autodétermination du groupe, vous n'intervenez pas dans l'utilisation du temps imparti, vous vous effacez le plus possible des échanges ou y prenez part égalitairement en votre nom propre, vous ne pensez pas à l'évaluation, si ce n'est de façon générale, superficielle, émotionnelle...
  Ce style libertaire permet par moment quelques *happening*s, qui satisfont certains participants et peuvent être source de créativité, mais peut fruster la majorité. Les objectifs réels du groupe ne sont pas poursuivis ; quelques leaders s'emparent du temps de parole et des orientations de travail, des clans se forment, source de tensions d'autant plus violentes que non exprimées et non encadrées. Ceux qui n'ont pas capacité de prendre des initiatives tombent dans la passivité, l'obstruction ou même quittent le groupe en cours de route. L'absence d'évaluation empêche de tirer parti des expériences partagées.

L'animation de groupe est un exercice de dosage délicat, à ajuster sans cesse au gré des rencontres et des circonstances.

La gestion des écueils et des pannes

Certains problèmes dans la dynamique du groupe peuvent survenir : au-delà du rationnel, les relations interpersonnelles créent des courants affectifs, susceptibles de changer ou de se structurer au fur et à mesure de la durée du groupe. L'animateur va donc devoir réagir de manière adéquate. Voici les principales dérives possibles :

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Au moment d'aborder un problème délicat, le groupe change de sujet, ironise, renvoie à plus tard, développe des généralités

L'animateur pointe respectueusement le processus d'évitement, et revient sur le sujet envisagé ou en ouvre un autre, important pour la dynamique commune.

> *Thérapeute* : « – J'aimerais que nous réfléchissions aux difficultés que vous avez eu cette semaine à effectuer les tâches à l'extérieur.
>
> *Nicole* : – Moi, je souhaiterais revenir sur ce refus d'une invitation amicale que vous avez joué. Quand même, ça ne se fait pas.
>
> *Pierre* : – Je suis d'accord, c'était gênant. Si être affirmé, c'est se couper de ses amis, ça pose problème.
>
> *Thérapeute* : – J'entends que le jeu de rôle de démonstration que nous avons effectué vous a interrogé, et soulève la question des limites de l'affirmation de soi. Chacun va justement se la fixer, en s'y essayant.... »

Un piège technique, face à un exercice précis, est l'enlisement dans le débat général

Le danger est de passer beaucoup de temps à discuter du pourquoi de la situation, de ce que chacun en pense et... de ne pas s'y exposer rapidement en la jouant. Une forte anxiété anticipatoire apparaît, qui conforte dans l'évitement. Le thérapeute doit engager assez vite le groupe dans l'action, pour ne réfléchir ensuite que sur les éléments tangibles du jeu de rôle. Ce problème est courant dans les groupes de supervision ou d'intervision. Mieux vaut vite mettre le cas en scène que de longuement discourir en vain.

Tout le groupe reste en silence après proposition d'un exercice (personne ne parle)

L'animateur doit supporter le silence comme un temps de concentration, reformuler la demande au bout d'un moment, ou interviewer le groupe entier sur son silence si cela se répète, pour comprendre la tension ou la gêne.

> *L'animateur* : « Nous allons aborder le partage des qualités. Des regards embarrassés s'échangent. Silences assourdissants. Il faut attendre néanmoins. Serge lance pour détendre l'atmosphère : – Pour les défauts, j'aurai moins de problèmes à trouver !
>
> *Catherine* : – Mais qu'appelle-t-on une qualité au juste, parce qu'à l'extrême, toute qualité peut déboucher sur du négatif.

> *L'animateur* : – À quel exemple pensez-vous ?
>
> *Catherine* : – ...Rien de précis.
>
> *L'animateur* : – Je conçois la gêne provoquée par la demande d'énoncer devant le groupe dix de ses qualités, et même de se les formuler. Mais c'est un exercice que je juge très important pour gagner de l'aisance relationnelle et pour faire évoluer son dialogue intérieur, surtout s'il est très volontiers critique. Pouvez-vous, Catherine, proposer avec le moins de réserve possible, les idées que vous avez pu avoir ?... Ou qui peut l'aider ?... »

Tension entre deux participants

De multiples variantes existent, du non-dit aux éclats violents... Il est essentiel alors de se poser en modérateur désireux d'aborder le problème, en offrant la parole à chacun, selon des conditions de respect des formes et d'autrui, de reprendre éventuellement les susceptibilités en individuel.

> « – Évidemment, Claire va encore trouver que ce que je dis est nul et se moquer, commence Isabelle. Claire rétorque : – Pas du tout, enfin si tu ne dénigres pas à nouveau les mères au foyer. Isabelle enchaîne immédiatement : – Mais pas du tout, chacun vit comme il l'entend, j'ai seulement dit que tu ne pouvais pas comprendre mon « ras-le-bol » des enfants en rentrant d'une journée de boulot hyper stressée. Claire : – Parce que tu crois qu'en gardant 3 enfants à la maison, c'est le nirvana permanent ?...
>
> *L'animateur* : – Stop, s'il vous plaît, nous n'arriverons à rien sur ce ton. Je constate que vous avez gardé un contentieux depuis une séance précédente. Je pense que nous n'avancerons pas sereinement avant de l'avoir clarifié. Pourriez-vous, à tour de rôle, dire précisément ce qui vous a blessé ? Nous écouterons tous attentivement. Voulez-vous commencer, Isabelle ?... »

Une personne se met en opposition avec les autres membres du groupe.

Cet incident sera atténué par l'énoncé clair des règles de fonctionnement et des buts du groupe, avant même son début.

Au delà, concernant les initiatives du groupe, la liberté individuelle est la règle.

> Alors que tous les participants échangent leur numéro de téléphone en envisageant de se contacter pendant la coupure des vacances de février, Pauline se montre réticente.
>
> *Pauline* : « – Je n'aimerais pas qu'on risque d'appeler chez moi, mon conjoint n'est pas trop au courant de la cause réelle de mes sorties du mardi soir. Je lui ai dit que c'était une formation professionnelle.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Thérapeute : – Nous pouvons comprendre, Pauline, votre soucis de confidentialité. Que proposez-vous ?

Pauline : – Pourrais-je contacter moi-même l'un d'entre vous pour savoir quel jour on irait boire un coup ?

Thérapeute : – Vous souhaiteriez venir si un rendez-vous s'organise, et avoir un contact pour le savoir, c'est bien ça ?

Pauline : – Oui. »

Julien, étudiant « scotché » à son portable, se propose volontiers, étant en vacances pour la période.

Problèmes d'un participant avec l'animateur-thérapeute

Nous détaillerons quelques points spécifiques, et vous renvoyons pour l'essentiel à l'utilisation de vos outils d'affirmation de soi en tant que thérapeute.

Les reproches et l'agressivité

Les remarques sont certes constructives, mais il est délicat d'être pris à parti, particulièrement en séance. Face au choc émotionnel, nous sommes tentés de répliquer par une attaque identique. Il est utile de garder à l'esprit que nous-même employons parfois un comportement agressif lorsque nous nous sentons en désarroi, démuni devant une difficulté réelle ou imaginée.

Marine ne veut plus sortir

Marine entame ainsi la 8e séance : « – Votre truc, cela ne marche pas, j'ai essayé et cela n'a rien donné, c'est même pire qu'avant.

Thérapeute : – Voyons ensemble dans le détail ce que vous avez entrepris, si vous le voulez bien.

Marine : – J'ai voulu refuser à mon copain de sortir un soir au cinéma, et ça a tourné en dispute, et finalement, j'y suis allée quand même pour qu'on se réconcilie !

Thérapeute : – Je comprends votre contrariété. Acceptez-vous, Marine, de partager avec le groupe le détail de votre refus ?

Marine : – Oui, sans les noms d'oiseaux...

Thérapeute : - Bien sûr, pas la partie intime de votre altercation. Quand ceci a-t-il eu lieu ?

Marine : – Nous devions aller rejoindre des amis, comme assez souvent. Mais je suis rentrée très mal après un entretien houleux avec mon chef et du travail urgent à faire pour le lendemain. Quand je le lui ai dit...

Thérapeute : – Comment l'avez-vous exprimé ?

> *Marine* : – Je ne sais plus, attendez... Ah oui, j'appréhendais sa réaction et j'ai attendu qu'il me demande pourquoi je traînais à me préparer. Ça m'a agacée. Il s'était mis sur l'*ordi* en entrant et nous n'avions même pas échangé trois mots. Je lui ai dit que j'étais crevée, qu'il pourrait faire un peu attention à moi (vous voyez, je parle de moi, je demande, non ?), qu'il n'était plus question que j'aille au ciné tellement j'avais de boulot urgent... mais il n'a rien voulu comprendre et s'est énervé, style "t'es comme tes parents, y'a que le boulot qui compte".
>
> *Thérapeute* : – Je sens que vous avez dû passer un mauvais moment. Avec du recul, que pouvez-vous retenir de cette situation ?
>
> *Marine* : – Que les hommes sont égoïstes ! Non, sérieusement... je réalise maintenant que je m'y suis mal prise. Certes, j'ai osé dire que je ne voulais pas venir, mais, par crainte, je n'ai pas engagé la discussion à temps, et après, tout s'est mélangé.
>
> *Thérapeute* : – Bien, concernant les conditions procurant le maximum de chances de réussite. Et quant à la formulation, quel commentaire constructif auriez-vous ?... »
>
> (Voir sur les refus : chapitre 3, page 99.)

La démarche consiste ici, à leur faire exprimer le plus précisément possible les exemples de situations (recontextualiser et décrire précisément) et les réponses qu'ils ont adoptées lorsque cela n'a pas fonctionné. Cela permettra, avec l'aide du groupe, de démontrer que ce qu'ils ont fait n'était pas correctement affirmé et de réfléchir avec eux aux stratégies affirmées qu'ils auraient pu mettre en place. Il ne s'agit surtout pas ici d'essayer de convaincre, mais d'ouvrir des pistes d'amélioration.

Parfois, le patient peut se sentir en échec et nous le reprocher, alors qu'il a bien utilisé les techniques. Par exemple, il a demandé une augmentation à son patron, après avoir travaillé la scène en séance, mais il ne l'a pas obtenue. C'est l'occasion pour le thérapeute de rappeler qu'on n'obtient pas *tout* avec l'affirmation de soi et que le premier objectif n'est pas le résultat concret ou matériel, mais l'expression de ses demandes, refus, et de ses émotions. L'affirmation de soi permet avant tout de gérer son stress, d'évacuer le non-dit. Si l'on obtient ce que l'on a demandé ou si la personne que l'on a critiquée modifie son comportement, il faut considérer que c'est la « cerise sur le gâteau » ! Si l'on a précisé cet objectif dès le départ, on a toutes les chances d'éviter ce type de reproche et ainsi de couper court à certaines attentes irréalistes de nos patients.

Blocages à jouer un jeu

L'émotion générée par l'idée d'avoir à s'exprimer (faire une remarque, une révélation de soi, un compliment...) fait que le patient ne parvient

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

pas à jouer le rôle tel qu'il a été travaillé. Même au bout de deux ou trois essais, il n'y a aucune amélioration. Ce jeu de rôle est bloqué par une méta émotion, qu'il est alors utile de rechercher avec le patient. Cela le gêne, le met mal à l'aise, lui fait peur ou bien le contrarie d'avoir à dire et dévoiler ce qu'il passait auparavant sous silence.

- *Travail émotionnel* : Identifier l'imbroglio émotionnel. En ressentant telle émotion, la personne imagine des conséquences très négatives, ce qui génère une autre émotion avec laquelle elle n'est pas à l'aise. Exemple : s'interdire de ressentir, et *a fortiori* d'exprimer sa jalousie ou sa colère.
- *Travail comportemental* : Tenter de rendre l'exercice plus simple, plus facile. Les petits ruisseaux font les grandes rivières, les petits succès les grandes victoires. Durant le jeu de rôle, on peut utiliser la technique du souffleur qui vise, dans un climat de connivence, à rajouter un peu de matière au dialogue. Le souffleur est (presque) toujours un thérapeute. Si le patient parvient, avec l'aide du groupe, à adhérer à l'intérêt d'exprimer ses émotions dans ce contexte, le thérapeute peut lui conseiller de commencer sa remarque par « Cela me gêne de te dire cela, mais quand tu..... » Pour faire ressentir l'acceptabilité d'un tel dévoilement de soi, il est parfois intéressant de jouer le jeu en inversé avec lui, c'est-à-dire prendre sa place et lui donner celle de son interlocuteur.
- *Travail cognitif* : Les changements comportementaux vers l'affirmation de soi impliquent des mouvements cognitifs, souvent limités par la rigidité des schémas. Ce travail cognitif sera fait soit peu à peu avec le groupe, soit entre deux séances en entretien individuel.

Un participant reste dans le silence ou refuse de participer

Il revient à l'animateur d'impliquer délicatement le silencieux, sans le brusquer. Dans l'intérêt de la dynamique du groupe, le thérapeute doit veiller à ne pas négliger un patient trop discret, sans oublier qu'il peut néanmoins tirer profit à sa manière de sa présence.

Profiter des pauses pour lui donner la parole, provoquer des exercices en groupe restreint, lui adresser des incitations non-verbales, l'encourager dès l'essai le plus minime... Au besoin, chercher avec lui hors séance le motif de son blocage (phobique) ou de son refus (opposition) et réexprimer clairement les objectifs, sans juger son attitude, en insistant sur l'apprentissage par l'essai. Si, aux jeux Olympiques, « l'important, c'est de participer », dans un groupe thérapeutique, l'important, c'est que les essais soient constructifs.

Un participant monopolise la parole

Sous l'effet de phénomènes de groupes activés par l'émotion partagée, il est fréquent qu'un des membres se mette plus en avant. Ce leadership n'appartient d'ailleurs pas à un participant en propre, contrairement à l'opinion courante ; il circule et se partage au gré des interactions entre les personnes, selon les moments.

En fonction de la personnalité du bavard, valoriser son engagement (« Je suis heureux de constater combien vous êtes déjà à l'aise, Daniel, dans ce domaine-ci ») en canalisant peu à peu son temps de parole dans le sens d'un partage harmonieux. Lui demander explicitement d'être bref, proportionnellement aux nécessités de partage du temps de parole (« Je souhaiterais que ce soient maintenant les autres qui expriment leur point de vue »), éventuellement résumer ses propos pour montrer que ce qu'il a développé peut être dit plus succinctement et passer la parole à quelqu'un d'autre (« Si je t'ai bien suivi, tu as rencontré telle difficulté en effectuant les tâches, et tel exemple nous permet de bien le comprendre. Et toi, Cyril ? »). En cas de préjudice, s'impliquer en exprimant la gêne pour soi et le groupe (« Daniel, quand vous prenez à nouveau la parole le premier dans cette réunion alors que cinq autres ne se sont pas exprimés, je suis ennuyé pour l'avancée harmonieuse du groupe. »)

Une crise d'angoisse ou de larmes

Il est conseillé d'accueillir l'émotion en positif, comme un témoignage d'investissement envers le groupe. Proposer un lieu de calme pour récupérer avec l'un des deux animateurs, qui pratiquera l'écoute active. Le retour dans la séance est bien évidemment préférable à un départ anticipé, probablement entaché d'une ombre d'échec.

Léa fond en larmes

Thérapeute : « – Et vous, Léa, que pouvez-vous partager de votre semaine ? »

Léa est dépressive chronique, en grand déficit d'habiletés sociales. Elle a engagé le groupe d'affirmation de soi dans un moment de relative stabilisation de l'humeur, dans l'objectif de rompre son isolement. Manifestement, cette question si directe la déstabilise : son visage se ferme, elle se crispe et malgré ses efforts, fond en larmes.

Thérapeute (après un silence respectueux) : « – Nous sommes témoins de votre émotion douloureuse, et des efforts que vous faites.

Léa : – Excusez-moi, j'ai honte de me montrer comme ça.

Thérapeute : – Dans ce groupe, nous accueillons les émotions comme une marque de sincérité et de confiance. Mais j'entends votre gêne.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Léa : – Je suis nulle, je n'ai rien à dire et je bloque tout le groupe.

Thérapeute : – Nous avons le temps pour chacun. Pouvez-vous partager avec nous un essai de votre semaine ?

Léa (se mouchant, évitant le contact visuel) : – Je voulais engager la conversation avec ma voisine comme je m'y étais exercée, et j'ai raté.

Thérapeute : – Comment cela ?

Léa : – Je n'ai pas osé, je l'ai seulement saluée, sans réussir à parler de banalités ou à lui poser de question ouverte. Pourtant, avec le bruit que font les travaux dans le quartier actuellement...

Thérapeute : – Je vois votre déception.

Thérapeute (à une participante assez réservée également, et bienveillante) : – Qu'en pensez-vous, Amélie ?

Amélie : – Ça m'arrive souvent de voir après ce que j'aurais pu faire mieux. Je crois que Léa a bien compris et n'est pas loin de réussir.

Léa (qui a bien écouté Amélie) : – Peut-être...

Thérapeute : – Votre exemple peut nous servir à tous. Merci de l'avoir partagé. »

Les menaces d'abandon

La gestion du risque d'abandon est avant tout préventive. Nous l'avons vu sur le plan organisationnel, le questionnement réflexif sur le vécu, à l'issue de chaque séance est primordial. Il permet d'identifier tôt les problèmes et les traiter. Le thérapeute peut ressentir un sentiment d'échec ou de trahison si le patient envisage d'interrompre, malgré le contrat de départ et son investissement attentionné. Il lui faudra gérer cette réaction pour garder une attitude professionnelle ! (Certains thérapeutes sollicitent le payement anticipé de toutes les séances, ce qui est évidemment très incitatif d'assiduité et sécurisant pour eux sur le plan matériel.) Voici, à titre d'exemple :

Le patient (peu affirmé) appelle peu avant la séance pour se dédouaner : « – Allo, docteur, je ne vais pas pouvoir venir ce soir. Je suis fatigué et j'ai un travail important très tôt demain.

Thérapeute : – Je suis contrarié, comme vous le savez, mon projet est de conduire tous les participants au terme des réunions. Que se passe-t-il exactement ?

Le patient : – Et bien voilà, je m'aperçois que ça me fait beaucoup, ces réunions chaque semaine en plus de mon travail, par rapport à ma famille, et ça ne m'apporte pas autant que je l'espérais.

Thérapeute : – Je comprends que cela s'ajoute à un emploi du temps chargé, mais nous l'avions programmé pour un trimestre. Vous me dites que vous n'en retirez pas ce que vous espériez ?

> *Le patient* : – Oui, ça me crée plutôt des complications avec mes proches de vouloir m'y prendre autrement. Ma femme n'apprécie pas...
>
> *Thérapeute* : – J'entends... C'est très important pour moi de prendre en considération ce que vous me dites là. Nous avions bien déterminé les raisons pour lesquels vous entrepreniez de modifier votre manière de communiquer, mais les périodes de changement sont délicates.
>
> *Le patient* : – Oui, et avec les tensions du boulot...
>
> *Thérapeute* : – Je vois. Je voudrais vous demander l'effort de venir quand même ce soir, parce que c'est notre engagement et là je me sens coincé. Je vous propose que nous prenions le temps avant la séance d'aborder ces difficultés liées aux changements de conduites relationnelles. »

Un participant partage un problème personnel d'intensité émotionnelle extrême : nos capacités d'écoute peuvent être débordées face à la détresse d'autrui.

Une méthode simple et brève est proposée par Stuart et Lieberman : les questions de l'ELFE.

La technique comporte cinq étapes successives, que rappellent les majuscules du titre.

Cette technique « elfique » peut, tel un conte de fée, transformer un récit douloureux et embarrassant en un instant magique, authentique et profond.

- *Q* pour « *Que s'est-il passé ?* », « *Que vous est-il arrivé ?* » Écoutez attentivement (contact visuel, brèves marques d'intérêt, disponibilité attentive...) sans interrompre la personne (ou le moins possible) pendant 3 vraies minutes. Attention, il est extrêmement difficile de ne pas interrompre quelqu'un qui souffre à cause du désir de lui venir plus vite en aide !
  Mais le génie de la méthode est d'avoir souligné que l'essentiel n'est pas dans les faits mais dans les émotions !
- *E* pour *Émotion*, à laisser venir ou à solliciter par une question : « *Quelle émotion avez-vous ressenti ?* »
- *L* pour *Le plus difficile* ! Osez : « *Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous ?* » Au lieu de se noyer dans l'émotion, plongez jusqu'au fond, au cœur de la douleur, pour trouver l'appui qui permettra de remonter. Le thérapeute doit également apprendre « à être à l'aise avec son malaise » (Cungi), oser partager le désarroi le plus profond et s'appuyer sur des techniques personnelles de reprise de calme (respiration abdominale, ancrage serein, discussion préalable des pensées intrusives parasitantes).

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

- *F* pour *Faire face*. Après avoir recueilli l'émotion et permis de concentrer l'énergie sur la source principale de la détresse, il vient naturellement : *« Qu'est-ce qui vous aide le plus à faire face ? »* Nous aidons alors le sujet à retomber sur ses pieds, à prendre conscience de ses ressources, sans nous substituer à lui.
- *E* pour *Expression de ses sentiments*, c'est-à-dire de conclure le dialogue par des mots empreints d'émotions propres à traduire que nous avons pleinement accueilli la douleur de la personne sans nous y confondre, par exemple, « Je suis désolé de ce qui vous est arrivé, je suis ému par votre souffrance, touché de votre confiance... »

Faire face à un comportement manipulateur

Il est important de distinguer les petites manipulations maladroites venant de personnes mal affirmées, des véritables procédés utilisés par des personnes dangereuses pour vous. S'agit-il d'établir une bonne relation avec la personne ou de vous protéger ?

Il sera possible par une attitude d'écoute active, de repérer en soi le malaise interne significatif de manipulation et d'en détecter ses différentes formes.

Pour limiter les comportements manipulateurs, adoptez une attitude d'organisateur :

- Rappeler le but de la rencontre, les limites de temps pour ne pas se laisser embarquer ;
- Clarifier les sous-entendus : « Vous voulez dire... » ;
- Redresser les déformations et les interprétations ;
- Lui faire prendre position sur un point concret ;
- Conclure devant témoin ou écrire l'accord plutôt que de s'en tenir à l'oral ;
- Conservez le sens de l'humour : avec un sourire, il peut par jeu devenir votre allié.

Limites de l'affirmation de soi relative à certaines indications

L'affirmation de soi est à privilégier tant que nous supposons une bonne volonté relationnelle chez notre interlocuteur et qu'une marge d'expression sincère nous est autorisée. Certains interlocuteurs ont manifestement une conduite qui nous est nuisible. Des stratégies relationnelles spécifiques sont alors requises (voir les ouvrages sur les personnalités difficiles – André 1997 –, les manipulateurs –Nazare-Aga 1997).

Chapitre 6

ÉVALUATION DES COMPÉTENCES SOCIALES, LES ÉCHELLES D'ÉVALUATION

NOUS ne vous proposerons pas la présentation exhaustive des outils d'évaluation de l'assertivité sociale, mais plutôt la description critique de quelques échelles validées en français, explorant différentes dimensions de ce large domaine.

ÉVALUATION DE LA PERCEPTION DE SES PROPRES HABILETÉS SOCIALES

- *L'échelle d'affirmation de soi de Rathus* est historiquement prépondérante (1973, traduite et validée par Cottraux en 1979), donne une note globale d'affirmation de soi (envisageant les dimensions émotionnelle, comportementale et cognitive), sensible au changement thérapeutique, et distingue les sujets anxieux sociaux d'une population témoin. Mais

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

des disparités dans les systèmes de cotation (de +3 très caractéristique à –3 vraiment non caractéristique), les manques dans le domaine de l'affirmation de soi positive et surtout la confusion dans certains items entre affirmation de soi négative (ex. : défendre ses droits) et agressivité en a limité peu à peu l'utilisation (voir Servant, 2002, p. 143) ;

- *L'échelle d'assertion pour adultes* (Gay, 1975, traduite par Bourque, 1978) corrigerait ce dernier défaut ;
- *L'autoquestionnaire d'affirmation de* (Chalvin, 1980), validé récemment par Pihet, Page et Bryois), explore et distingue bien les quatre types de comportements relationnels (affirmé, inhibé, agressif et manipulateur) ;
- *L'échelle de communication* (10 items sur l'écoute active) et *l'échelle d'affirmation de soi* (14 items sur les différents chapitres de l'entraînement aux habilités sociales) développées par Cungi, Bouvard et Rey (1998) sont des outils francophones très pratiques avant l'organisation d'un groupe ;
- *Le questionnaire d'expression émotionnel* (*F.E.E.Q.,* de King et Emmons, traduit par Lammertyn-L'hote, 2004) cible spécifiquement les manifestations d'émotion (affection, estime, colère, peur, déception...) ;
- *La grille d'évaluation des habiletés sociales nécessaires aux relations interpersonnelles (EHSRI)* est un outil descriptif de 24 comportements relationnels, centré sur la concordance émotion-conduite développé de manière empirique par Gattegno et coll. (présenté en 2004) pour le suivi des thérapies de patients Asperger ;
- *Le questionnaire d'autoefficacité sociale (QAES)* est en cours de développement à l'université de Lille (Dauxert et Delevallez). Il s'agit d'un autoquestionnaire de 40 items, notés sur 20, relatifs au sentiment de capacité.

ÉVALUATION COUPLÉE CONDUITE ET ANXIÉTÉ RESSENTIE

- *Le questionnaire des conduites interpersonnelles* (développée par Arrindell depuis 1984) évalue l'aptitude à réaliser 50 comportements affirmés et la tension ressentie dans les différentes actions, avec 4 sous-domaines : exposer des sentiments négatifs et défendre ses droits, expression d'une limitation personnelle, initiative de l'assertivité et donner et recevoir des compliments. Elle permet, en spécifiant les déficits, la planification des traitements et marque bien l'évolution. Une adaptation a été faite pour les adolescents par Perroud. Son usage

doit solliciter l'accord de l'éditeur en Hollande (Swets et Zeitlinger B.V., Heereweg 347, 2161 CA Lisse, The Netherlands) ;

- *L'échelle de phobie sociale de Liebowitz* n'évalue que les dimensions d'anxiété et d'évitement dans 24 situations d'interactions sociales (3e édition, Bouvard et Cottraux, *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*). Elle est actuellement l'échelle la plus utilisée dans la phobie sociale. Une forme abrégée a été développée par Légeron et André (dans *La peur des autres*, 1995) ;
- *Le test « passif, agressif ou affirmé »* de Fanget (2000) explore la manière de voir, de réagir et de raisonner sur 10 situations-type.

ÉVALUATION COGNITIVE

- *Le test d'autoévaluation des pensées en interaction sociale (TAPIS)* évalue la dimension cognitive (fréquence de 15 pensées facilitatrices positives et de 15 pensées inhibitrices négatives avant, pendant ou après une rencontre). Glass l'a développé en 1982 sur la base de jeux de rôle situationnels, puis il fut adapté à des évocations de situations. Les cognitions négatives sont sensiblement influencées par une altération de l'humeur (voir Bouvard, Cottraux, 1998) ;
- *Le Fear of negative evaluation* (*FNE* de Watson et Friend, 1969, traduit en 1998 par Musa) propose 30 assertions à évaluer en vrai ou faux sur la crainte du jugement négatif par autrui (voir Servant, 2002)
- *Pour un dépistage rapide, le questionnaire des peurs* (de Marks et Mathews) permet de spécifier l'anxiété sociale (5 items : manger et boire avec les autres, être regardé ou dévisagé, parler à des supérieurs hiérarchiques..., être critiqué et parler ou agir en public) corrélativement à l'agoraphobie, la phobie du sang et un score anxiété-dépression. Il permet également l'évaluation du changement.
- L'évaluation peut être situationnelle, notamment la partie phobie sociale de l'*échelle des peurs pathologiques* (Cottraux, Bouvard et Légeron, 1985)

La meilleure méthode demeure la *mesure individuelle des conduites sociales* par auto-observation (relevés), en jeu de rôle ou en accompagnement-test *in vivo* ou pendant le travail de groupe, adossée à l'analyse fonctionnelle.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

La constitution d'une *liste individuelle des difficultés*, éventuellement graduée, utile pour le programme de soins, peut aussi être un outil comparatif d'évaluation.

RÉSUMÉ

Les 10 points essentiels à retenir si on a lu trop vite ce livre :

1. Pour être plus clair, faites en moins !

> « C'est lorsqu'il y a trop à dire qu'il faut s'efforcer d'être le plus court possible. Le légendaire Cambronne l'avait compris bien avant moi. » (G. Bernanos)

L'un des secrets des techniques d'affirmation de soi, c'est d'aller à l'essentiel, d'être concis et précis, quelle que soit la situation. Le message ne doit pas être dilué dans un flot d'informations, autrement, il perdrait de sa force ! C'est l'exemple que nous, thérapeutes, devons donner. Loin des longs discours et des grandes démonstrations théoriques, nous nous efforçons d'aller droit au but, d'être clair en donnant des exemples, et de donner des consignes simples et applicables immédiatement.

2. Laissez-les travailler et découvrir

Rien ne vaut l'expérience, et c'est en jouant que l'on apprend ! Vous l'aurez compris, nous ne sommes pas là pour faire un cours, notre but est de montrer, mettre en scène, guider et encourager, et tout cela se fait à travers le jeu, à partir des objectifs et des besoins de chacun. C'est après avoir joué une scène, que nous amenons tout naturellement les patients à mettre en évidence les outils utilisés. La technique que nous préconisons ici est la découverte guidée. Il ne s'agit pas de leur apprendre à débiter des formules toutes faites mais bien au contraire de leur faire découvrir que contrairement à ce qu'ils expriment fréquemment, « je ne sais pas quoi dire », en s'autorisant à transmettre ce qu'ils ressentent, ils trouvent le mot, la formule juste et affirmée.

3. Faites-les participer de manière équitable

Nous l'avons dit, l'un des principes fondamentaux de la communication consiste à équilibrer le temps de parole et d'écoute entre les interlocuteurs. De ce point de vue, le thérapeute doit toujours veiller à la répartition harmonieuse de la participation de chaque membre du groupe.

Il y a toujours des personnes qui ont tendance à parler davantage, et d'autres, plus réservées qui préfèrent rester en retrait. L'art du thérapeute est ici de veiller à faire s'exprimer les plus réticents, et à canaliser les plus bavards. En ce sens, il devient un véritable chef d'orchestre.

Lorsque le cas d'un patient est traité à travers un jeu de rôle, le thérapeute doit impliquer tous les membres du groupe, surtout ceux qui ne jouent pas !

Les patients ne doivent pas s'ennuyer, nous devons leur donner des missions, faire appel à leur sens de l'observation. Les observateurs deviennent alors des « experts », dont l'avis est précieux au moment de débriefing. C'est lorsque l'on est actif dans un groupe que l'on apprend, et il y a différentes manières de l'être, tantôt en jouant, tantôt en observant, tantôt en apportant son point de vue.

Par ailleurs, à tour de rôle et d'une séance à l'autre, chaque patient aura l'occasion de travailler et de jouer les situations qui le concernent.

4. Soyez précis dans vos consignes par rapport au jeu de rôle

Plus la consigne est précise, plus elle est facile à appliquer ! La technique du jeu de rôle amène le thérapeute à répéter plusieurs essais, jusqu'à ce que le patient soit satisfait et se sente capable de mettre en pratique ce qu'il a appris. Pour l'aider à progresser, le thérapeute va transmettre une, voire deux nouvelles consignes entre chaque essai. Pour cela, il ne dira pas « la prochaine fois, faites attention à être plus convaincant ». Cette consigne est floue et donc inutilisable pour le patient. Il devra dire : « Pour être plus convaincant la prochaine fois, je vous conseille de regarder votre interlocuteur droit dans les yeux et de parler un peu plus fort. »

5. Écoutez-les

Une bonne écoute de la part du thérapeute permet de viser juste, et de s'adapter à 100 % aux situations décrites par les patients. Comme nous l'avons souligné de nombreuses fois, les scènes jouées doivent se rapprocher le plus possible de leur réalité. Chaque détail est important, et le metteur en scène qu'est le thérapeute va pouvoir proposer un jeu de rôle sur mesure, à condition qu'il ait parfaitement bien écouté, vérifié et intégré toutes les informations données par le patient.

Il est également essentiel de rappeler que l'écoute active fait partie intégrante des outils d'affirmation de soi, et que là aussi, le thérapeute représente un modèle vivant.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

6. Reformulez pour ne pas interpréter abusivement

Pour cela, nous avons en permanence recours à l'empathie. Non seulement nous devons l'enseigner, mais nous devons aussi l'utiliser comme outil de base dans notre métier. Elle nous protège en effet des interprétations erronées, et là encore, elle sert de modèle comportemental. La reformulation des situations et des émotions vécues par le patient est la seule manière de s'assurer que le jeu de rôle va être efficace et parfaitement ciblé.

7. Ayez le souci de l'autonomie du patient

Le but essentiel des techniques comportementales et cognitives, c'est toujours de guider le patient vers l'autonomie. Les apprentissages réalisés en séance n'ont pour objectif que de l'aider à mieux gérer les situations de communication qu'il va rencontrer dans sa vie. Toute la stratégie du thérapeute consiste alors à déclencher la généralisation des acquisitions faites pendant les séances. On peut considérer que le travail en groupe constitue un entraînement, comparable à celui d'un sportif, et que ça n'est qu'à travers les tâches *in vivo* répétées, que le patient va vraiment acquérir de nouvelles compétences utilisables dans sa vie réelle. Le changement s'opère progressivement, au rythme du patient, et c'est ainsi que la sensation de contrôle va augmenter, ce qui va automatiquement faire remonter l'estime de soi.

8. Deux petits pas valent mieux qu'un grand : mettre la barre à portée judicieuse dans les consignes de jeu

Nous venons de le dire, l'apprentissage et le processus de changement comportemental se font forcément pas à pas. C'est la condition essentielle qui permet d'avancer et d'éviter le découragement, et le thérapeute doit absolument respecter cette règle et lutter contre la tentation d'aller trop vite !

À chaque essai et lors de chaque jeu de rôle, il ajoutera un ou deux éléments nouveaux, qui à chaque fois, constitueront une étape supplémentaire. Cette « méthode douce » respecte le rythme de chacun, elle permet des progrès sûrs et réguliers, et se maintient en permanence dans un processus de renforcement positif.

9. Finissez sur un succès même partiel

Ne jamais laisser un patient sur un échec constitue une consigne absolue pour nous thérapeutes ! Nous disposons pour cela de nombreuses

techniques : la restructuration cognitive, le *modeling*, la découverte guidée, l'empathie, le renforcement positif... De plus, la progressivité que nous venons d'évoquer constitue également une excellente protection contre ce risque. En réalité, le succès repose en majeure partie sur le savoir-faire et le savoir-être du thérapeute (voir page 119, « Le savoir-être du thérapeute »). Mais attention, succès ne signifie pas perfection ! Dans le domaine de la communication et des relations humaines, nous ne sommes jamais parfaits (même nous les thérapeutes, nous sommes bien obligés de l'admettre...). Ce que nous visons, ce sont les progrès, même minimes, c'est le regain de confiance en soi chez nos patients, c'est aussi le plaisir d'échanger, qu'ils découvriront à travers le jeu.

10. Mettez en avant le positif

Notre œil averti doit nous permettre de noter, de mettre en évidence leurs progrès et ainsi de les encourager à dépasser leurs difficultés. Cet aspect est très important, dans la mesure où souvent, certains patients ont du mal à identifier le positif, lorsqu'ils ne sont focalisés que sur leurs problèmes ou leurs défauts.

Nous avons insisté pour cela sur le fait qu'après chaque séquence de jeu de rôle, le thérapeute doit immédiatement renforcer ce qui vient d'être fait. Autrement dit, il va non seulement féliciter les participants qui ont joué, mais également tout de suite poser la question au groupe : « Qu'est-ce que vous avez apprécié dans le comportement de X ? », ou encore « Qu'est-ce qui vous semble mieux que tout à l'heure ? » Ensuite seulement, le thérapeute abordera les points à améliorer, en posant la question au groupe : « Si on refait un autre essai, qu'est-ce que X peut modifier pour faire encore mieux ? » Nous éviterons évidemment tous les mots à caractère négatif comme « difficulté », « problème », « échec ». Au lieu de dire « à quel moment X a-t-il eu des difficultés à dire non ? », le thérapeute tournera sa phrase autrement et dira : « Comment la prochaine fois X pourrait-il s'y prendre pour dire non plus efficacement ? » Voici une nuance qui fait toute la différence, auprès de nos patients !

CONCLUSION

On apprend toute sa vie... en agissant ! Alors, à vous de jouer.

Les outils d'affirmation de soi ne règlent évidemment pas tous les tracas relationnels, et les jeux de rôle méritent une place de choix parmi

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

les outils du psychothérapeute. Mais si nous avons pu vous aider à les utiliser plus et mieux, à bon escient, vous nous en voyez ravis.

Le travail en affirmation de soi est une étape. L'état d'esprit assertif et les comportements affirmés sont un référentiel de fonctionnement comparé, grâce auquel chacun peut mettre à jour ses obstacles personnels : pourquoi n'ai-je pu être simplement affirmé dans telle ou telle situation ? Ensuite, « chacun sa route, chacun son chemin »...

Mais, sans ignorer la dure réalité des rivalités et des haines humaines, nous formulons tous les trois ce vœu : « Si tous les gars du monde s'affirmaient davantage, nous pourrions vivre sans doute ensemble plus en paix... »

ANNEXE

Points forts d'une relation efficace

Non verbal			Paraverbal		
Adapté	À améliorer		Adapté	À améliorer	
❑	❑	Contact visuel	❑	❑	Hauteur de la voix
❑	❑	Mimique	❑	❑	Intensité
❑	❑	Posture	❑	❑	Intonation
❑	❑	Gestes	❑	❑	Temps de réaction
❑	❑	Distance interpersonnelle	❑	❑	Débit

Verbal		
❑	❑	Je m'implique (maniement du je).
❑	❑	J'exprime mes intentions.
❑	❑	J'exprime un sentiment positif.
❑	❑	J'exprime un sentiment négatif.
❑	❑	Je prends en compte les émotions de l'autre.
❑	❑	Je donne de l'information.
❑	❑	J'insiste.
❑	❑	Je demande de l'information.
❑	❑	Je fais une nouvelle proposition.
❑	❑	Je décris un comportement précis.
❑	❑	Je fixe des délais et des objectifs.
❑	❑	Je termine positivement.
❑	❑	Je suis bref.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Autodiagnostic

Répondez spontanément en mettant une croix correspondant à votre réponse dans la colonne :
– *Plutôt vrai* si vous pensez ou agissez de cette façon la plupart du temps ;
– *Plutôt faux* si vous ne faites ou ne pensez que rarement ce qui est décrit.
N.B. Ne trichez pas avec vous-même. Cet exercice engage la suite de l'entraînement

	Plutôt Vrai	**Plutôt Faux**
1. Je dis souvent oui alors que je voudrais dire non.	_____	_____
2. Je défends mes droits, sans empiéter sur ceux des autres...	_____	_____
3. Je préfère dissimuler ce que je pense ou ressens si je ne connais pas bien la personne.	_____	_____
4. Je suis plutôt autoritaire et décidé.	_____	_____
5. Il est en général plus facile et habile d'agir par personne interposée que directement.	_____	_____
6. Je ne crains pas de critiquer et de dire aux gens ce que je pense.	_____	_____
7. Je n'ose pas refuser certaines tâches qui manifestement ne relèvent pas de mes attributions.	_____	_____
8. Je ne crains pas de donner mon opinion, même en face d'interlocuteurs hostiles.	_____	_____
9. Quand il y a un débat, je préfère me tenir en retrait pour voir comment cela va tourner	_____	_____
10. On me reproche parfois d'avoir l'esprit de contradiction.	_____	_____
11. J'ai du mal à écouter les autres.	_____	_____
12. Je m'arrange pour être dans les secrets des dieux ; cela m'a bien rendu service.	_____	_____
13. On me considère en général comme assez malin et habile dans les relations.	_____	_____
14. J'entretiens avec les autres des rapports fondés sur la confiance plutôt que sur la domination ou le calcul.	_____	_____
15. Je préfère ne pas demander de l'aide à un collègue, il risquerait de penser que je ne suis pas compétent.	_____	_____
16. Je suis timide et je me sens bloqué dès que je dois réaliser une action inhabituelle.	_____	_____
17. On me dit « soupe au lait » ; je m'énerve et cela fait rire les autres.	_____	_____
18. Je suis à l'aise dans les contacts « face à face ».	_____	_____
19. Je joue assez souvent la comédie ; comment faire autrement pour arriver à ses fins ?	_____	_____
20. Je suis bavard et je coupe la parole aux autres sans m'en rendre compte à temps.	_____	_____
21. J'ai de l'ambition et je suis prêt à faire ce qu'il faut pour arriver.	_____	_____

(suite)

22. Je sais en général qui il faut voir et quand il faut le voir : c'est important pour réussir.	_____	_____
23. En cas de désaccord, je cherche les compromis réalistes sur la base des intérêts mutuels.	_____	_____
24. Je préfère jouer « cartes sur table ».	_____	_____
25. J'ai tendance à remettre à plus tard ce que je peux faire le jour même.	_____	_____
26. Je laisse souvent un travail en train sans le terminer.	_____	_____
27. En général, je me présente tel que je suis, sans dissimuler mes sentiments.	_____	_____
28. Il en faut beaucoup pour m'intimider.	_____	_____
29. Faire peur aux autres est souvent un bon moyen de prendre du pouvoir.	_____	_____
30. Quand je me suis fait avoir une fois, je sais prendre ma revanche à l'occasion.	_____	_____
31. Pour critiquer quelqu'un, il est efficace de lui reprocher de ne pas suivre ses propres principes. Il est forcément d'accord.	_____	_____
32. Je sais tirer parti du système, je suis débrouillard.	_____	_____
33. Je suis capable d'être moi-même, tout en continuant d'être accepté socialement.	_____	_____
34. Quand je ne suis pas d'accord, j'ose le dire sans passion et je me fais entendre.	_____	_____
35. J'ai le souci de ne pas importuner les autres.	_____	_____
36. J'ai du mal à prendre parti et à choisir.	_____	_____
37. Je n'aime pas être la seule personne de mon avis dans un groupe : dans ce cas, je préfère me taire.	_____	_____
38. Je n'ai pas peur de parler en public.	_____	_____
39. La vie n'est que rapport de force et lutte.	_____	_____
40. Je n'ai pas peur de relever des défis dangereux et risqués.	_____	_____
41. Créer des conflits peut être plus efficace que réduire les tensions.	_____	_____
42. Jouer la franchise est un bon moyen pour mettre en confiance	_____	_____
43. Je sais écouter et je ne coupe pas la parole	_____	_____
44. Je mène jusqu'au bout ce que j'ai décidé de faire	_____	_____
45. Je n'ai pas peur d'exprimer mes sentiments tels que je les ressens.	_____	_____
46. Je sais bien faire adhérer les gens et les amener à mes idées.	_____	_____
47. Flatter tout un chacun reste encore un bon moyen d'obtenir ce que l'on veut.	_____	_____
48. J'ai du mal à maîtriser mon temps de parole.	_____	_____
49. Je sais manier l'ironie mordante.	_____	_____
50. Je suis serviable et facile à vivre ; parfois même je me fais un peu exploiter.	_____	_____
51. J'aime mieux observer que participer.	_____	_____
52. Je préfère être dans les coulisses qu'au premier rang.	_____	_____

(suite)

53. Je ne pense pas que la manipulation soit une solution efficace.	_____	_____
54. Il ne faut pas annoncer trop vite ses intentions, c'est maladroit.	_____	_____
55. Je choque souvent les gens par mes propos.	_____	_____
56. Je préfère être loup plutôt qu'agneau.	_____	_____
57. Manipuler les autres est souvent le seul moyen pratique pour obtenir ce que l'on veut.	_____	_____
58. Je sais en général protester avec efficacité, sans agressivité excessive.	_____	_____
59. Je trouve que les problèmes ne peuvent être vraiment résolus sans en chercher les causes profondes.	_____	_____
60. Je n'aime pas me faire mal voir.	_____	_____

Dépouillement de l'autodiagnostic[a]

Chaque phrase correspond à un exemple d'attitude de fuite passive, d'attaque agressive, de manipulation ou de comportement « assertif ». Les phrases, indiquées par un numéro, ont été classées en quatre colonnes, correspondant aux quatre attitudes. Vous mettez un point à chaque item où vous avez répondu oui, plutôt vrai Le total des points indique le degré de votre tendance à utiliser l'attitude indiquée.

Attitude de fuite passive		**Attitude d'attaque agressive**		**Attitude de manipulation**		**Attitude assertive**	
1		4		3		2	
7		6		5		8	
15		10		9		14	
16		11		12		18	
17		20		13		23	
25		21		19		24	
26		28		22		27	
35		29		31		33	
36		30		32		34	
37		39		41		38	
50		40		42		43	
51		48		46		44	
52		49		47		45	
59		55		54		53	
60		56		57		58	
Total	/15	**Total**	/15	**Total**	/15	**Total**	/15

a. CHALVIN D. (1984), *L'Affirmation de soi*, 3e éd., Paris, ESF.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERT E., EMERY J.-L. (1998), *Le Manager est un psy*, Paris, Organisation.

ALBERTI R., EMMONS M. (1970), *Your perfect right*, San Luis Obispo, CA, Impact Publishers, trad. fr. *S'affirmer, savoir prendre sa place,* Montréal, Le Jour, 1992.

ALBERTI R., EMMONS M. (1974), *Affirmez-vous : Petit guide d'entraînement aux aptitudes sociales*, trad. fr. , St.-Hyacinthe, Edisem, 1978.

ANDRÉ C., LELORD F. (1996), *Comment gérer les personnalités difficiles,* Paris, Odile Jacob.

ANDRÉ C., LEGERON P. (1995), « La Phobie sociale : Approche clinique et thérapeutique », *L'Encéphale*, 21, 1-13.

ANDRÉ C., LEGERON P. (1997), *La Timidité*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, n° 3200.

ANDRÉ C., LEGERON P. (2006), *Imparfaits, libres et heureux, pratique de l'estime de soi*, Paris, Odile Jacob.

ANDREWS G., CRINO R., HUNT C., LAMPE L., PAGE A. (1994), *The treatment of anxiety disorder. Clinician's guide and patient manuals*, Cambridge University Press.

APFELDORFER G. (1997), *Maigrir, c'est dans la tête*, Paris, Odile Jacob.

BANCROFT J. (1979), « The nature of the patient therapist relationship : its relevance to behaviour modification for offensers », *British Journal of Criminology*, 19, 416.

BANDURA A. (1977), *L'Apprentissage social*, Bruxelles, Mardaga, 1995.

BEAUCHAMP A., GRAVELINE R., QUIVIGER CL. (1976), *Comment animer un groupe*, Montréal, L'Homme.

BEAUDRY M., BOISVERT J.M. (1988), *Psychologie du couple, quand la science se met à parler d'amour*, Montréal, Méridien.

BECKER R., HEIMBERG R., BELLACK A. (1987), *Social skills training treatment for depression*, New-York, Pergamon press.

BELLACK A.S., HERSEN M. (1979), *Research and practice in social skills training*, New York, Plenum Press.

BOISVERT J.-M., BEAUDRY M. (1979), *S'affirmer et communiquer*, Montréal, L'Homme.

BOISVERT J.-M., BEAUDRY M. (1988), *Psychologie du couple*, Montréal, Méridien.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

BOURQUE P., LADOUCEUR R. (1978), « Validation de l'échelle d'assertion pour adultes de Gay, Hollandsworth et Galassi », *Revue canadienne des sciences du comportement*, 10, 351-355.

BOUVARD M., COTTRAUX J. (1998), *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Paris, Masson, 2002.

BOUVARD M., GUÉRIN J., COTTRAUX J. (1998), « La Prédiction de l'abandon et de la réussite d'une thérapie cognitive et comportementale d'affirmation de soi *», Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, vol. III, 2, 1-7.

CHALVIN D. (2004), *L'Affirmation de soi*, Paris, ESF.

CHALVIN D. (2004), *Optimisez vos relations avec les autres*, coll. les guides Management, Paris, ESF.

CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (1992), *La Réadaptation sociale des psychotiques chroniques*, Paris, PUF.

CHANEY E.F., O'LEARY M.R., MARLATT G.A. (1978), « Skill training with alcoholics », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.

CHIFFRE J.-D., RUBAUD C. (1995), *L'Affirmation de soi*, Paris, Morisset, coll. Essentialis.

CHNEIWEISS L., TANNEAU E. (2003), *Maîtriser son trac*, Paris, Odile Jacob.

CORRAZE J. (1988), *Les Communications non-verbales*, Paris, PUF.

COTTRAUX J. (1990), *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson, coll. Médecine et santé.

COTTRAUX J., NOTTE Y.D., ALBUISSON E. et coll. (2000), « Cognitive behavioural therapy versus supportive therapy in social phobia : a randomised controlled trial », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 137-146.

CUNGI C. (1995), « Thérapie de groupe de patients souffrant de phobie sociale ou de trouble de la personnalité », *Journal de Thérapie comportementale et cognitive,* 5, 2 45-55.

CUNGI C. (1996), *Savoir s'affirmer*, Paris, Retz.

CUNGI C. (2005), *Faire face aux dépendances*, Paris, Retz.

CUNGI C. (2006), *L'Alliance thérapeutique*, Paris, Retz.

CUNGI C., BOUVARD M., REY M. (1998), « Deux échelles brèves et pratiques d'autoévaluation de la communication et de l'affirmation de soi. Étude de validation », *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, vol. III, 1, 7-15.

CYRULNIK B. (1988), *Mémoire de singe et paroles d'homme*, Paris, Hachette.

D'ANSEMBOURG T. (2001), *Cessez d'être gentil, soyez vrai !*, Montréal, L'Homme.

DUCHESNE N., PERNEY P. (2002), « Présenter les exercices d'exposition au patient phobique social : difficultés, propositions cliniques et perspectives possibles », *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 4, 137-142.

ECKMAN T.A., LIBERMAN R.P. (1991), « Déficit et entraînement aux compétences sociales : l'approche cognitive et comportementale », *Psychologie Médecine*, 23-11, 1291-1298.

FANGET F. (1999), « Traitement des phobies sociales : efficacité des thérapies comportementales et cognitives en groupe », *L'Encéphale*, XXV, 158-168.

FANGET F. (2000), *Affirmez-vous !*, Paris, Odile Jacob.

FANGET F. (2003), *Oser, thérapie de la confiance en soi*, Paris, Odile Jacob.

FANGET F., CHAMBON O. (1994), « Groupe d'affirmation de soi : méthodologie, résultats », *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 4, 116-126.

FAVROD J., BARRELET L. (1993), « Efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales avec les personnes atteintes de schizophrénie », *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 3, 84-94.

GARDNER H. (1993), *Les Intelligences multiples. Pour changer l'école : la prise en compte des différentes formes d'intelligences*, trad. fr., Paris, Retz, 1996.

GATTEGNO M.-P., DE FENOYL C. (2004), « L'Entraînement aux habiletés sociales chez les personnes atteintes du syndrome d'Asperger », *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 3, 109-115.

GEORGE G. (2000), *Mon enfant s'oppose*, Paris, Odile Jacob.

GEORGE G., VERA L. (1999), *La Timidité chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Dunod.

GORDON T. (1976), *Parents efficaces*, Montréal, Le Jour, trad. fr. de J. Roy et J. Lalanne, Paris, Marabout, 1990.

GRAZIANI P., ERALDI-GACKIERE D (2005), *Comment arrêter l'alcool ?,* Paris, Odile Jacob.

GUERIN J. (1994), « L'Affirmation de soi en groupe dans les phobies sociales et les troubles de la personnalité », *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 4, 108-115.

GUERIN J. (1998), « L'Animation de groupes d'entraînement à l'affirmation de soi », Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, vol. III, 1, 16-21.

GUICHENEZ P., PERRIOT J. *et coll* (2006), « La conduite de sevrage tabagique », *Sang, thrombose, vaisseaux*, 18,3, 136-148.

GUIMON J., WEBER-ROUGET B. (2002), *Thérapies de groupe brèves, conduites et illustrations cliniques*, Paris, Masson.

HAHUSSEAU S. (2003), *Comment ne pas se gâcher la vie*, Paris, Odile Jacob.

HAHUSSEAU S. (2006), *Tristesse, peur, colère, agir sur ses émotions*, Paris, Odile Jacob.

HAMZAVI M., PHILIPPOT P. (1999), « Validation de l'échelle de compétence et d'anxiété sociale », Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, vol. III, 1, 5-13.

HAWTON K., CATALAN J., FAGG J. (1992), « Sex therapy for erectile dysfonction : Characteristics of couple, treatment outcome, and prognosis factors », *Archives of Sexual Behavior*, 21, 161-175.

HEIMBERG R.G., LIEBOWITZ M.R., HOPE D.A., SCHNEIER F.R. (1995), « Social phobia : diagnosis, assessment, and treatment », New York, The Guilford press.

JANIS I.L., MANN L. (1965), « Effectiveness of emotionnal role-playing in modifiing smoking habits and attitudes », *Journal of Experimental Research in Personality*, 1, 84-90.

JOULE R.-V., BEAUVOIS J.-L. (2002), *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Grenoble, Presses Universitaires.

KATZ I.M., CAMPBELL J.D. (1994), « Ambivalence over emotional expression and well-being : nomothetic and idiographic test of the stress-buffering hypothesis », *Journal of Personality and Social psychology*, 3, 513-24.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

KING L. A., EMMONS R.A. (1990), « Conflict over emotional expression : Psychological and physical correlates », *Journal of Personality and Social psychology*, vol. 58, 5, 864-877.

KUTASH I.L., WOLF A. (1990), *The group psychotherapist's hand-book*, New-York, Columbia university Press.

LADOUCEUR R., MARCHAND A., BOISVERT J.-M. (1999), *Les Troubles anxieux, approche cognitive et comportementale*, Paris, Masson.

LAMMERTYN-L'HOTE C. (2004), « L'Ambivalence dans l'expression émotionnelle : une nouvelle perspective de compréhension du stress dans les organisations », *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 14, 1, 15-23.

LAVOIE M-P., MONFETTE M-E., BOISVERT J.-M. « Efficacité comparative de l'exposition *in vivo* et de l'entraînement aux habiletés sociales chez les adolescents atteints de phobies sociales », *RFCCC*, Septembre 2005, X, 3, 7-16.

LIBERMAN R.-P, DE RISI W.J., MUESER K-T. (2004), *Entraînement aux habiletés sociales pour les patients psychiatriques*, Paris, Retz.

MANN L., JANIS I.L. (1968), « A follow-up study on the long-term effects of emotional role-play », *Journal of Personality and Social psychology*, 8, 339-342.

MARKS I.M. (1985), « Behavioral treatment of social phobia », *Psychopharmacology*, 21, 615-618.

MARLATT J.A., GORDON J.R. (1985), *Relapse Prevention*, New York, Guilford Press.

MAYER J.D., SALOVEY P., CAPUSO A. (2000), « Models of emotional intelligence », *in* Steinberg R.J., *Handbook of intelligence*, Cambridge University Press.

MC MULLIN R.E. (1999), *The new handbook of cognitive therapy techniques*, New York, Norton professional book.

MCINTOSH J. (1974), « Processes of communication, information seeking and control associated with cancer », *Social science and Medecine*, 8, 167-187.

MIHAESCU G., SÉCHAUD M.C., DELSIGNORE A. (1998), *Précis de thérapie comportementale et cognitive*, Génève, Médecine et Hygiène.

NAZARE-AGA I. (1997), *Les Manipulateurs sont parmi nous*, Montréal, L'Homme.

NAZARE-AGA I. (2004), *Approcher les autres, est-ce si difficile ?,* Montréal, L'Homme.

OEI T.P.S., JACKSON P.R. (1982), « Social skills and cognitive behavioural approaches to the treatment of problems drinking », *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 532-547.

PENNEBAKER J.W. (1997), « Writing about emotional experiences as a therapeutic process », *Psychological Science, 8, 162-166.*

PIHET S., PAGE D., BRYOIS C. (2005), « Profil d'utilisation des comportements affirmé, inhibé, agressif et manipulateur : éléments de validation de l'échelle d'affirmation de soi AS4 », *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, X, 4, 2-11.

PRIESTER J. R., PETTY R.E. (1996), « The gradual threshold model of ambivalence : Relating the positive and negative bases of attitudes to subjective ambivalence », *Journal of Personality and Social psychology*, vol. 71, 3, 431-449.

RATHUS S.A. (1973), « A thirty items schedule for assessing assertive behavior », *Behavior Research and Therapy*, 4, 298-406.

RIME B. (2005), *Le Partage social des émotions.* Paris, PUF.

ROGNANT J. (1970), *Les Thérapeutiques de déconditionnement dans les névroses*, Paris, Masson.

ROSENBERG M. (1999), *Les Mots sont des fenêtres ou des murs*, Paris, Jouvence et Syros.

RUSINEK ST. (2004), *Les Émotions, du normal au pathologique*, Paris, Dunod.

SAMUEL-LAJEUNESSE B., MIRABEL-SARRON CH., VERA L., MEHRAN F. et coll. (1998), *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Dunod.

SCHULER E. (1992), *Comment s'affirmer, l'assertivité au quotidien*, Paris, Organisation.

SERVANT D. (2002), *Soigner les phobies sociales*, Paris, Masson.

STRAVINSKY A., GREENBERG D. (1989), « Behavioral psychotherapy for social phobia and dysfunction », *International Review of Psychiatry*, 1, 207-218.

STRAVINSKY A., MARKS I., YULE W. (1982), « Social skills problems in neurotic out-patients : social skills training with and without cognitive modification », *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.

STUART R. (1980), *Helping couples change*, New York, Guilford Press.

TURNER S.M., BEIDEL D.C., COOLEY M.R. et coll. (1994), « A multicomponent behavioural treatment for social phobia : social effectiveness therapy », *Behavior Research and Therapy*, 32, 381-390.

TURNER S.M., BEIDEL D.C., TOWNSLEY R. (1990), « Social phobia : relationship to shyness », *Behavior Research and Therapy*, 28, 497-505.

TURNER S.M., BEIDEL D.C., TOWNSLEY R. (1992), « Social phobia : a comparison of specific and generalised subtypes and avoidant personality disorder », *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.

VAN RILLAER J. (1992), *La Gestion de soi*, Bruxelles, Mardaga.

VAN RILLAER J. (2003), *Psychologie de la vie quotidienne*, Paris, Odile Jacob.

WATSON D., FRIEND R. (1969), « Measurement of social-evaluative anxiety », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

WLAZLO Z., SCHROEDER-HARTWIG K., HAND I., KAISER G., MUNCHAU N. (1990), « Exposure in vivo vs. social skills training for social phobia : long-term outcome and differential effects », *Behavior Research and Therapy*, 28, 181-193.

WOLPE J. (1975), *Pratique de la thérapie comportementale*, trad. fr., J. Rognant, Paris, Masson.

ZACZYK CH. (2005), *Comment avoir de bonnes relations avec les autres*, Paris, Odile Jacob.

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

LISTE DES EXEMPLES ET EXERCICES

Le comportement inhibé : *Charles et son voisin* 15
Le comportement agressif : *Martine et son équipe* 16
Le comportement manipulateur : *Marie et sa fille* 17
Les trois comportements à la fois : *La garde de Gérard* 17
Le jeu de rôle inversé : *L'honneur de Cécile* 19
Un jeu de rôle standard 21
La définition de la situation : *La mère de Richard ou le sommet inaccessible* 27
La description des étapes : *Patrick ou les retards exaspérants* . 30
Les composantes du non-verbal 43
Stratégie pour s'entraîner aux questions ouvertes 47
L'expression des émotions positives : *Valérie et la spirale de l'agressivité* 55
Type de questions pour dépasser les obstacles cognitifs 58
La réception des émotions positives : *L'entretien d'embauche de Guillaume* 59
La technique de la découverte : *Caroline, David et Christophe* 66
L'attitude empathique : *Christelle, Paul, Sylvie, Nathalie, Julien* 68
Comment assouplir les schémas : *De l'exaspération à l'affirmation* 76
Comment assouplir les schémas : *Catherine, une femme sous pression* 79

© Dunod – La photocopie non autorisée est un délit

Recevoir des remarques négatives : *Monsieur Dupont rentre tard* 84
Répondre à une remarque négative vraie : *Chantal est arrivée en retard* 86
Répondre à une critique floue : *Marc fait du mauvais esprit* . . 87
Répondre à une remarque négative fausse : *Antoine face à son chef* 90
Les non demandes, les non refus : *La voiture de Michel* 93
Préférer une remarque négative à une demande : *Le week-end de Gilbert* 95
Savoir formuler une demande : *La gêne de Sonia* 97
Savoir exprimer un refus : *Docteur Gérald et son patient* 99
La technique des couloirs : *Philippe défend ses droits* 102
Jeu de rôle-test 107
Les reproches et l'agressivité : *Marine ne veut plus sortir* 128
Une crise de larmes : *Léa* 131

Stéphane RUSINEK
Soigner
les schémas
de pensée
Une approche
de la restructuration
cognitive
DUNOD

B. SAMUEL-LAJEUNESSE
CH. MIRABEL-SARRON
L. VERA
F. MEHRAN et al.
Manuel de thérapie
comportementale
et cognitive
2e édition
DUNOD

Christine MIRABEL-SARRON
Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives
Démarche pratique et prévention des rechutes
Préface de J.-D. Guelfi
DUNOD

Christine MIRABEL-SARRON
Luis VERA
L'entretien en thérapie comportementale et cognitive
2e édition
DUNOD

Consultez nos catalogues sur le Web

www.dunod.com

PSYCHOTHÉRAPIES

PSYCHANALYSE

PSYCHOTHÉRAPIES HUMANISTES

THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

Anne-Marie Cariou-Rognant
Anne-Françoise Chaperon
Nicolas Duchesne

L'AFFIRMATION DE SOI PAR LE JEU DE RÔLE

L'affirmation de soi permet d'acquérir de nouvelles compétences communicationnelles et sociales et de corriger les conduites dysfonctionnelles. **Le jeu de rôle** en constitue un formidable outil qui vise à améliorer :

- la communication,
- l'aisance sociale,
- la découverte de soi.

Véritable guide pratique et complet de l'affirmation de soi et de son usage par les jeux de rôle, cet ouvrage propose un panel d'outils validés scientifiquement, immédiatement utilisables et opérationnels, qui permettront à la fois de **monter des groupes d'affirmation de soi** et d'**aider individuellement des personnes** à maîtriser leurs difficultés à communiquer.

Il présente :

- des cas pratiques,
- des exemples d'exercice à proposer aux patients,
- des références scientifiques et des échelles d'évaluation.

Il s'adresse à tous les professionnels qui souhaitent aider des personnes à améliorer leurs compétences relationnelles : psychologues, psychiatres, médecins, éducateurs, consultants, formateurs ou coach dans le domaine des relations humaines.

ANNE-MARIE CARIOU-ROGNANT est psychologue clinicienne, consultante en entreprise spécialiste du stress au travail, enseignante à l'AFTCC (Association française de thérapies comportementales et cognitives).

ANNE-FRANÇOISE CHAPERON est psychologue clinicienne, psychothérapeute en cabinet libéral et consultante en entreprise spécialiste du stress au travail, enseignante à l'AFTCC (Association française de thérapies comportementales et cognitives).

NICOLAS DUCHESNE est psychiatre, chargé d'enseignement à l'université et spécialiste en psychothérapies comportementales et cognitives, (hôpital de Montpellier).

9 782100 495917

6641757

ISBN 978-2-10-049591-7

www.dunod.com

DUNOD