

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 récurrence 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

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.