



Entraînement des compétences sociales

Colloque Réhabilitation Psychosociale – Lundi 7 Mars 2022

Marie DUPUIS VERQUIN (IDE)

Oriane RAZAKARIVONY (Psychiatre, CCA)

*L'entraînement aux compétences sociales est actuellement l'intervention la plus efficace pour aider les individus à développer des relations plus gratifiantes et significatives, et afin de promouvoir l'intégration sociale dans la communauté. L'accès aux programmes de formation aux compétences sociales pour les personnes atteintes de troubles mentaux sévères doit être considéré comme **un droit, et non comme un luxe**, et la planification et la prestation des services de santé mentale doivent tenir compte de ce droit en conséquence.*

*Kim T. Mueser & Alan S. Bellack (2007) Social skills training: Alive and well?
Journal of Mental Health, 16:5, 549-552,*

Entraînement des compétences sociales

PARTIE I : Définitions

PARTIE II : Compétences sociales et troubles psychiques

PARTIE III : Mesures et psychométrie

PARTIE IV : Entraînement aux compétences sociales, grands principes

PARTIE V : Programmes spécifiques d'entraînement aux compétences sociales



PARTIE I

Que sont les « compétences sociales » ?

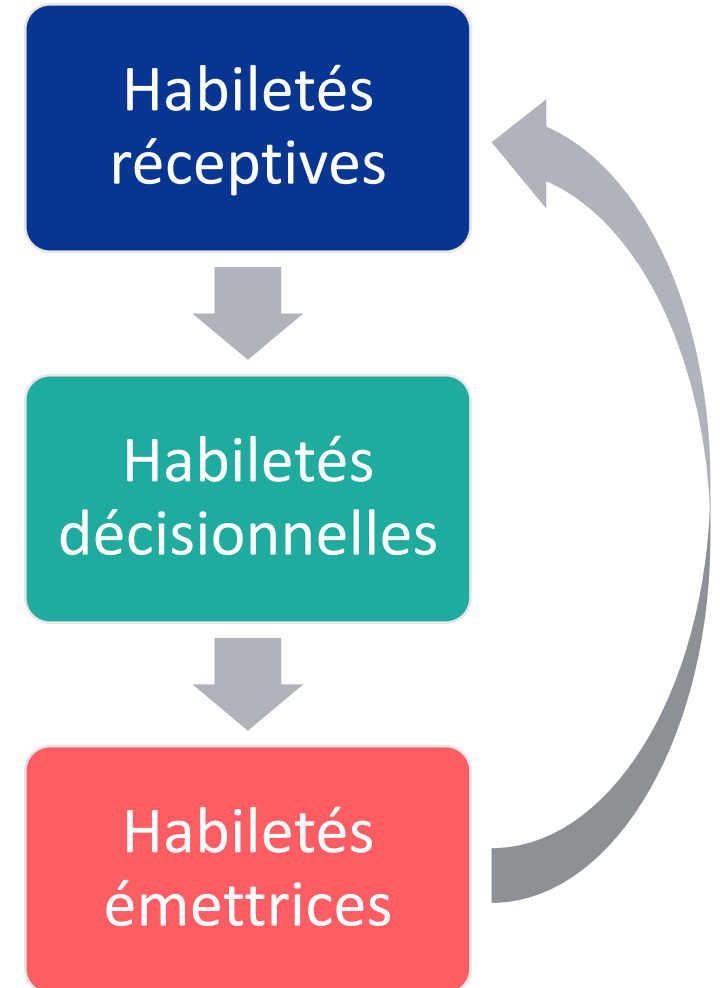
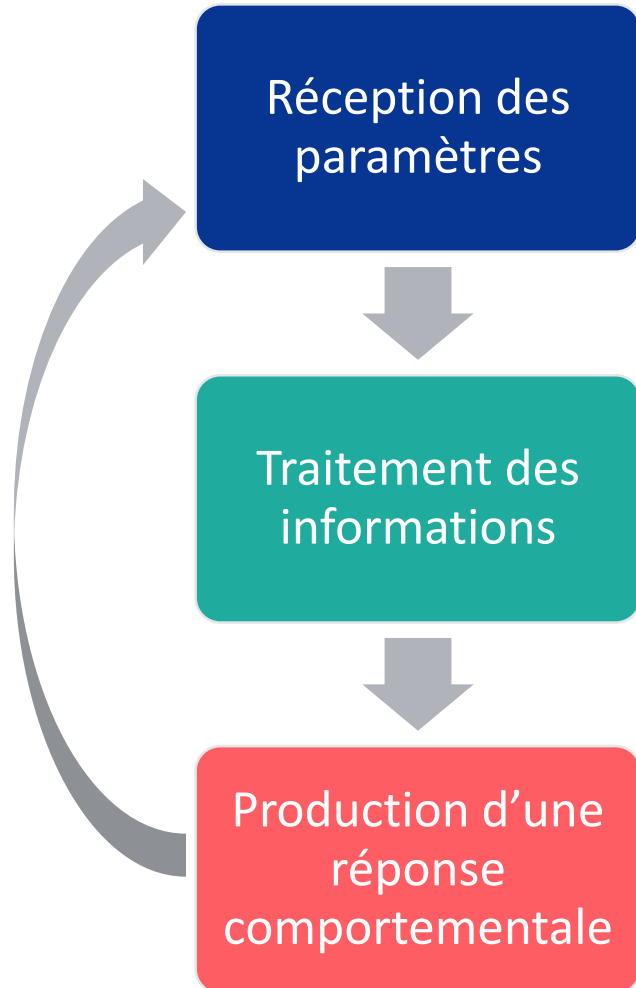
Quelques éléments de *définitions...*

- *Social skills*
- *Habiletés sociales*

« L'ensemble des capacités **cognitives et comportementales** qui nous permettent de **communiquer** nos **émotions** et nos **besoins** de façon compétente et d'atteindre nos **objectifs interpersonnels**. »

J. Favrod, 1993 in *Traité de réhabilitation psychosociale* (2018)

Modélisation (J. Favrod, 1993)







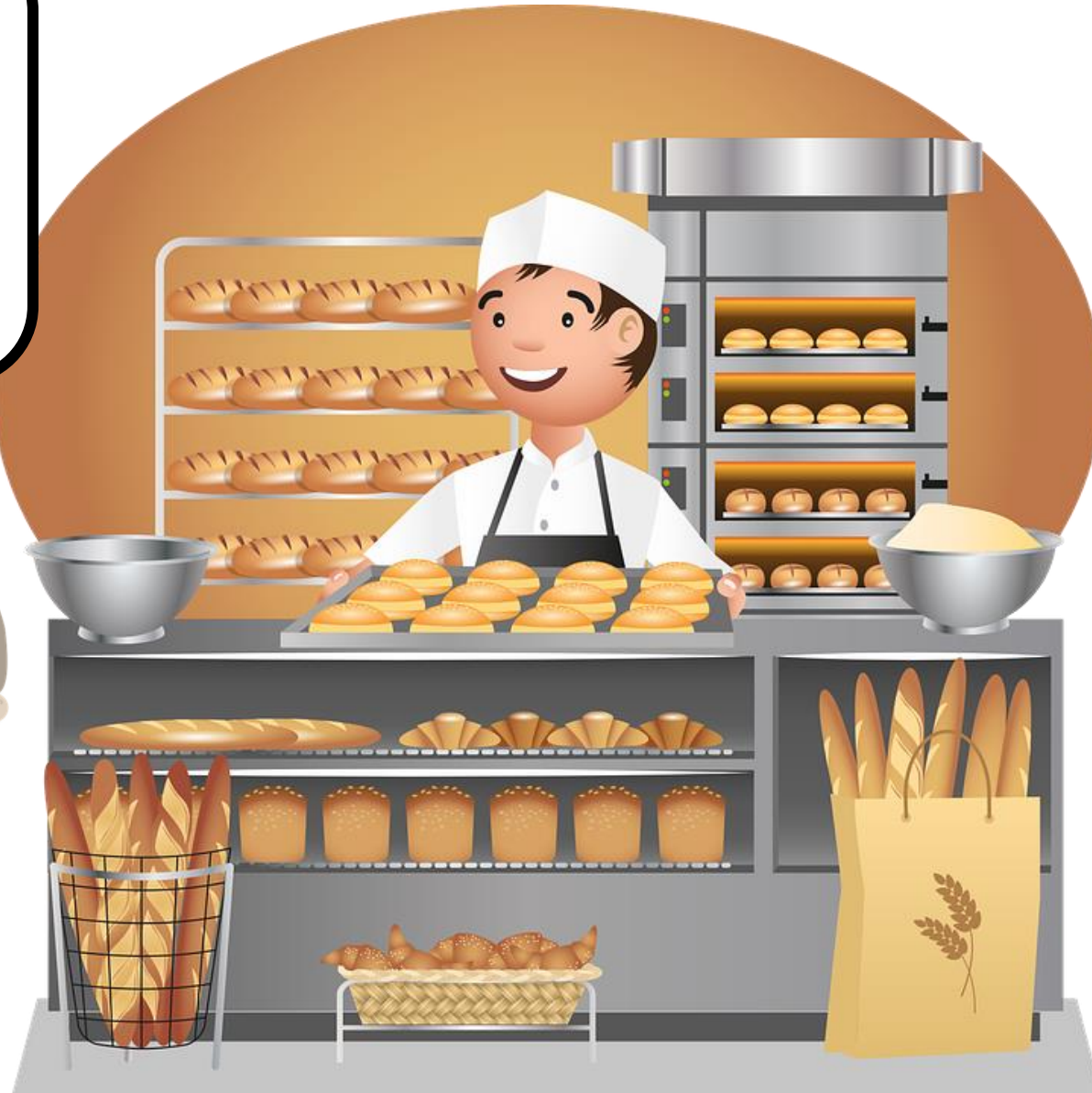
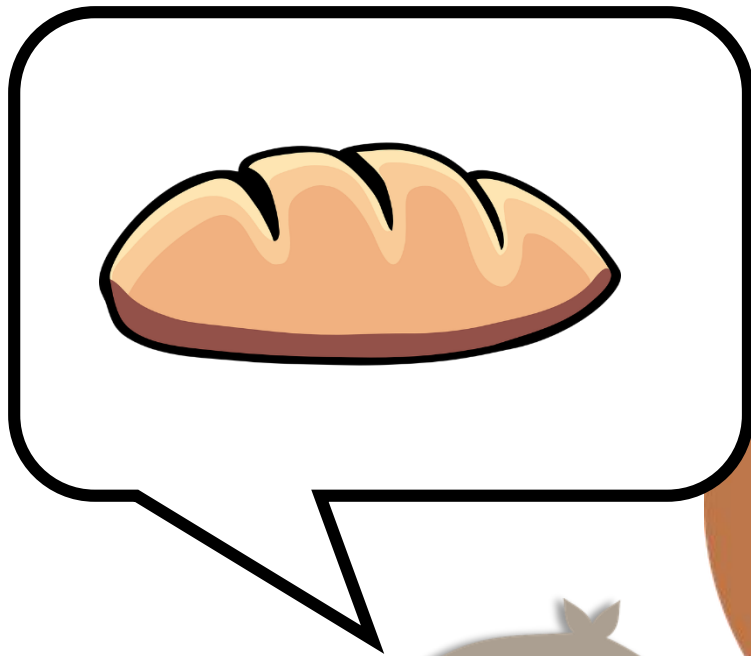
Réception des paramètres

Habilités réceptives



Traitement des informations

Habiletés décisionnelles



Production d'une
réponse
comportementale

Habilités
émettrices

7 Important Social Skills for Kids



1. Sharing



2. Cooperating



3. Listening



4. Following directions



5. Respecting personal space

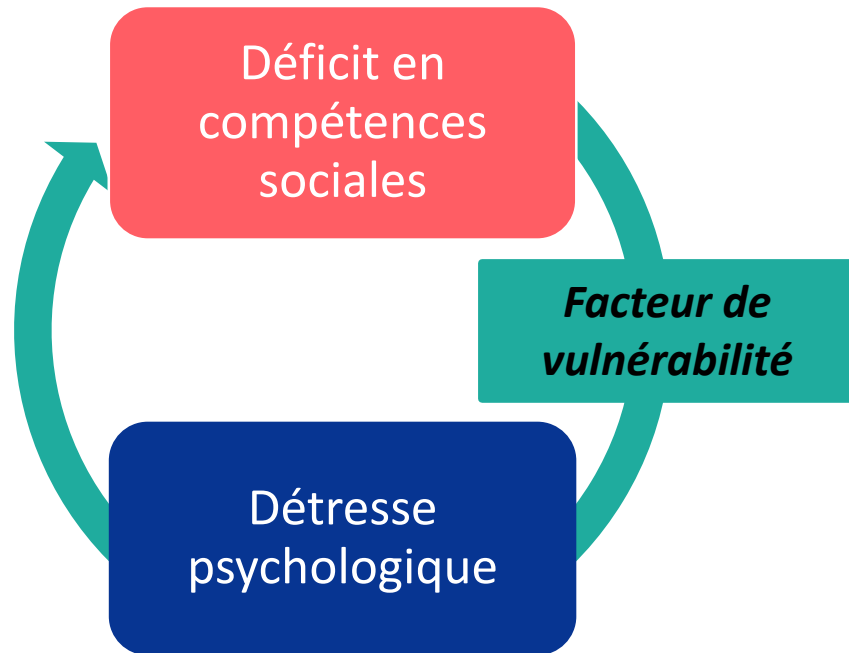


6. Making eye contact



7. Using manners

« Social skills deficit vulnerability model » (Segrin and Flora, 2000)



Google Scholar social skills deficit vulnerability model

Articles Environ 296 000 résultats (0,22 s)

Date indifférente
Depuis 2022
Depuis 2021
Depuis 2018
Période spécifique...

Trier par pertinence
Trier par date

Toutes les langues
Rechercher les pages en Français

Tous les types
Articles de revue

inclure les brevets
 inclure les citations

Créer l'alerte

Social skills, social support, and psychological distress: A test of the social skills deficit vulnerability model
C Segrin, M McNeilis... - Human Communication ..., 2016 - academic.oup.com
... the **social skills deficit vulnerability model**. **Social skills** did not appear to have a direct effect on the ... of psychological distress but rather affect distress through diminished **social support**. ...
☆ Enregistrer Citer Cité 76 fois Autres articles Les 6 versions

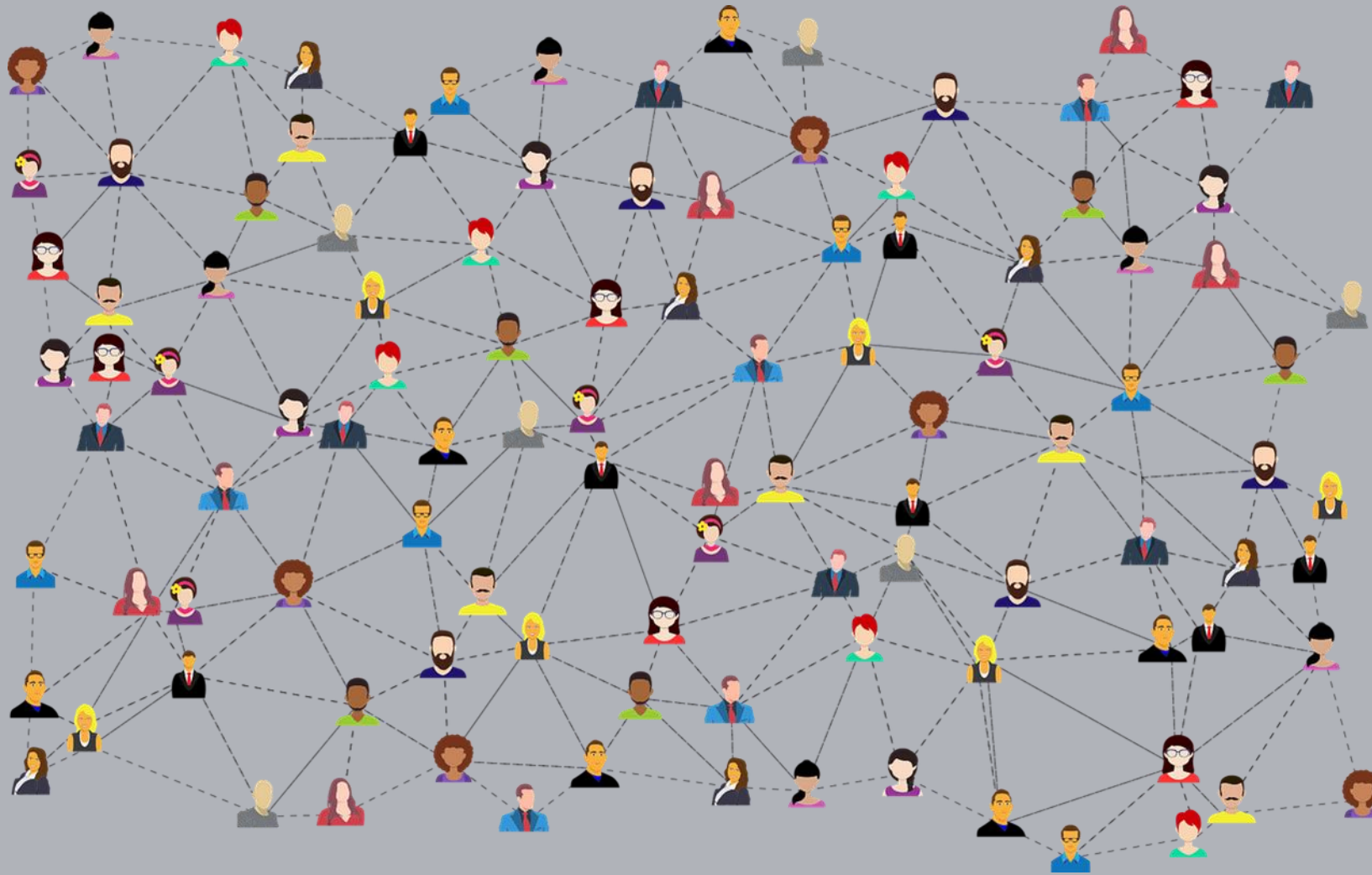
Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems
C Segrin, J Flora - Human communication research, 2000 - Wiley Online Library
... The key postulate of the **social skills deficit vulnerability model** to be ... **social skills deficit vulnerability model** of psychosocial problems. This **model** stipulates that people with poor **skills** in ...
☆ Enregistrer Citer Cité 398 fois Autres articles Les 8 versions

Indirect effects of social skills on health through stress and loneliness
C Segrin - Health communication, 2019 - Taylor & Francis
... evaluation of **models** of **social skills** on more diverse samples. Therefore, a subsidiary aim of this investigation was to test predictions from the **social skills deficit vulnerability model** on ...
☆ Enregistrer Citer Cité 56 fois Autres articles Les 5 versions

Social skills deficits associated with depression
C Segrin - Clinical psychology review, 2000 - Elsevier
... This study did not yield results that are supportive of the **social skills deficit vulnerability model**. However, most student participants in this investigation were not undergoing many ...
☆ Enregistrer Citer Cité 786 fois Autres articles Les 8 versions

Social skills and negative life events: Testing the deficit stress generation hypothesis
C Segrin - Current Psychology, 2001 - Springer
... for example may predispose people to experience certain types of negative life events, we may further understand why **social skills deficits** may make people **vulnerable** to distress: not ...
☆ Enregistrer Citer Cité 115 fois Autres articles Les 8 versions

The Relationship Between Social Skills and Coping Drinking Motives: A Test of the Social Skills Deficit Vulnerability Model
JA Smart - 2021 - search.proquest.com
... **social stress**, using the **social skills deficit vulnerability model** ... line with this **model** because it extends the **model** to consider ... Using this **model** will help determine where coping drinking ...
☆ Enregistrer Citer Autres articles Les 3 versions



PARTIE II

« *Compétences sociales* » et *troubles psychiques*

Les compétences sociales et les troubles psychiques

Les compétences sociales peuvent être **impactées à divers niveaux** dans les troubles psychiques :

- Trouble schizophrénique
- Trouble du spectre de l'autisme
- Trouble bipolaire
- Trouble anxieux
- TDAH
- ...

Les compétences sociales dans la *schizophrénie* et le *trouble du spectre de l'autisme*

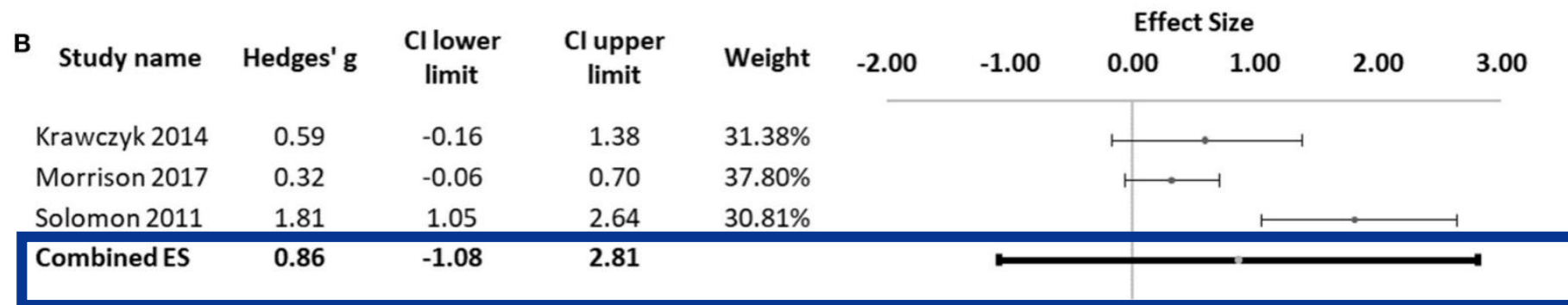


FIGURE 7 | (A) Forest plot of studies comparing scores in the managing emotions score of the MSCEIT. **(B)** Forest plot of studies evaluating social skills. Dots represent each study, with dot size reflecting study weight in the model. Error bars indicate the effect size (with confidence interval) of each study. Bottom line represents the combined effect size with its confidence interval.

Les compétences sociales dans la **schizophrénie**

Perception des émotions :

- PAS de différence significative entre personnes à risque et témoins
- PAS de différence significative entre schizophrénie « débutante » ou « tardive » mais moins bons résultats que les témoins

Compétences sociales :

- Différence **SIGNIFICATIVE** entre personnes à risque et témoins
- PAS de différence significative entre schizophrénie « débutante » ou « tardive » mais moins bons résultats que les témoins

TABLE 1
Emotion perception and social skill performance

	Controls (n=21) Mean (SD)	"At-risk" (n=19) Mean (SD)	Early SSI (n=21) Mean (SD)	Chronic SSI (n=28) Mean (SD)
Emotion perception				
FEIT ^{b,c,d,e}	14.14 (1.68)	14.05 (1.81)	12.24 (3.27)	12.57 (2.63)
FEDT ^{c,d,e}	26.67 (2.22)	26.79 (1.99)	24.86 (3.29)	24.39 (3.65)
	Controls (n=21) Mean (SD)	"At-risk" (n=14) Mean (SD)	Early SSI (n=21) Mean (SD)	Chronic SSI (n=28) Mean (SD)
Social skill				
Global ^{a,b,c,e}	0.893 (0.384)	0.002 (.711)	-0.274 (0.691)	-0.465 (0.773)
Specific ^{a,c}	0.527 (0.440)	0.053 (.638)	-0.221 (0.707)	-0.256 (0.838)
Nonverbal ^{a,b,c}	0.660 (0.530)	0.020 (.605)	-0.174 (0.622)	-0.374 (1.00)

^aControls significantly different from at-risk at $p < .05$.

^bControls significantly different from early SSI at $p < .05$.

^cControls significantly different from chronic SSI at $p < .05$.

^dAt-risk significantly different from early SSI at $p < .05$.

^eAt-risk significantly different from chronic SSI at $p < .05$.

Avant de poursuivre...

Associations between social skills and burnout dimensions in medical residents

Associações entre habilidades sociais e dimensões de burnout em médicos residentes

Karina PEREIRA-LIMA Sonia Regina LOUREIRO [ABOUT THE AUTHORS](#)



- *Un **répertoire satisfaisant** de compétences sociales a un **impact positif** sur la qualité des relations sociales.*
- *En ce qui concerne la pratique professionnelle, un certain nombre de **compétences interpersonnelles** sont requises (travail en équipe, leadership, résolution de problèmes,.....)*

- N=305 internes en médecine
- 41 spécialités
- 146 (47.87%) femmes
- Âge moyen 28 ans (SD = 2.53)

Les internes ayant un répertoire élaboré de compétences sociales étaient **moins susceptibles de présenter des indicateurs d'épuisement professionnel.**

The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review

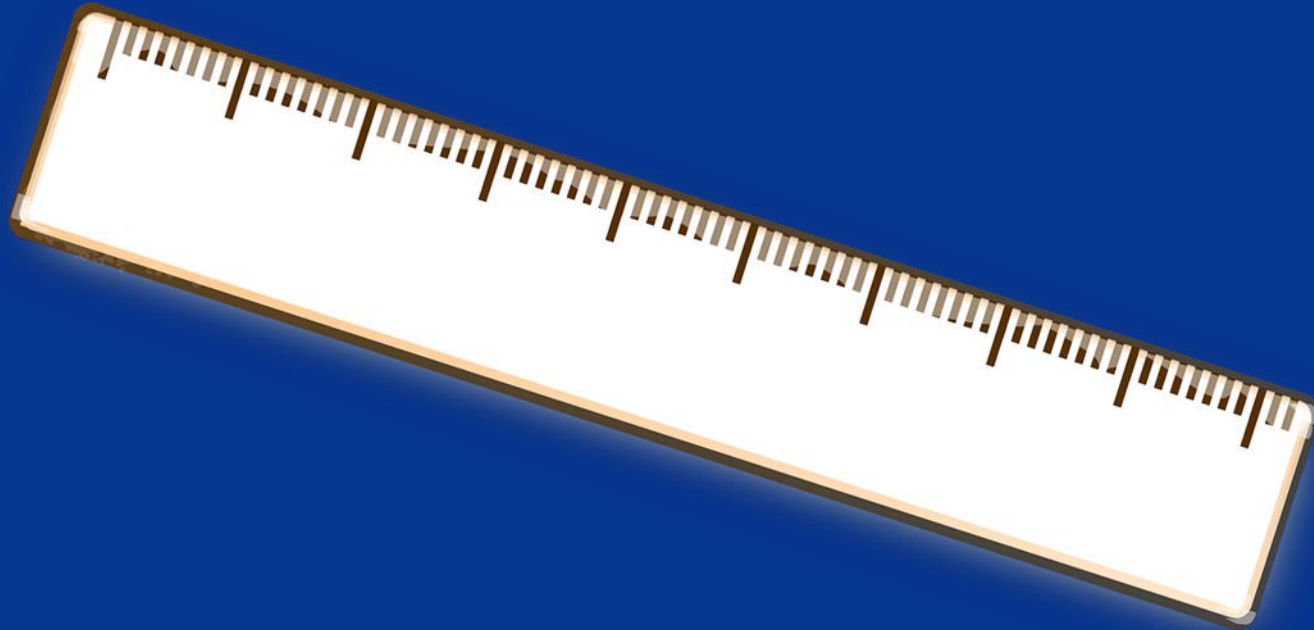
Mieko Omura ^a ✉, Jane Maguire ^b ✉, Tracy Levett-Jones ^b ✉, Teresa Elizabeth Stone ^c ✉

Objectifs : identifier, évaluer et synthétiser les **meilleures preuves quantitatives disponibles** concernant l'efficacité des programmes de formation à la communication assertive pour les professionnels de santé et les étudiants

Mesures : **niveaux d'assertivité, compétence de communication et impact** sur les comportements des cliniciens et la sécurité des patients.

- *Les erreurs de communication peuvent avoir un impact négatif sur la **sécurité des patients**.*
- *Il est donc essentiel que les professionnels de santé aient les compétences et la confiance nécessaires pour **s'exprimer de manière assertive**.*





PARTIE III

Est-il possible d'évaluer ou de mesurer les compétences sociales?

BILANS PRE- ET POST-GROUPE : EVALUATION / INDICATEURS

- Evaluation des **attentes** en pré et post groupe.
- **Bilan Neuropsychologique**
- Echelles d'évaluation psychométriques en pré et post groupe :
 - **Echelles spécifiques**
 - **MRSS** : hétéro-questionnaire sur l'adaptation sociale
 - **Echelles non-spécifiques**
 - **WEMWBS** : auto-questionnaire sur le bien-être
 - **SERS** : auto-questionnaire sur l'estime de soi.

Echelles spécifiques de mesure des compétences sociales

- *Social Skills Questionnaire* (*Questionnaire d'aptitudes sociales pour adultes*)
- *Social Communication Questionnaire*
- *Social Skills Performance Assessment*
(*Evaluation de la performance des compétences sociales*)
- **MRSS : Morning Rehabilitation Status Scale**

Echelle MRSS (Morning Rehabilitation Status Scale)

APPLICATIONS

Elle est destinée à évaluer l'adaptation sociale du sujet. Elle permet d'évaluer globalement le fonctionnement du patient avant et après un programme de réadaptation en fonction de 4 dimensions:

- indépendance/dépendance ;
- activité/inactivité;
- intégration sociale/isolement;
- effets des symptômes présents.

Mode de passation

L'échelle doit être remplie par un professionnel qui connaît bien le patient et qui peut si nécessaire obtenir des renseignements additionnels auprès de l'entourage. Elle porte sur le comportement réellement observé au cours du dernier mois. L'évaluateur doit considérer d'abord le degré 3 et se déplacer vers le haut ou le bas de l'échelle selon que l'état du patient semble être meilleur ou pire que celui décrit par ce degré. Plus le score est haut et plus le patient est inadapté. L'échelle d'évaluation varie de 0 à 7 (0 : pas de problème dans cette dimension, 7 : degré extrême d'incapacité).

Cotation

Chaque dimension peut être considérée. Le total représente la somme des notes obtenues aux 4 dimensions. Plus la note est élevée et plus le patient a besoin d'un programme de réadaptation.

Études de validation

Elles ont été réalisées sur des populations cliniques (Affleck et coll., 1984). La version française n'a pas encore été validée mais des études sont en cours en Suisse. La fidélité inter-juges varie de 0,68 à 0,90 pour 30 sujets et deux évaluateurs. La validité de critère a été étudiée sur des groupes de patients hospitalisés et en hôpital de jour: ceux qui sont hospitalisés ont un total plus élevé que ceux qui sont en hôpital de jour. La validité convergente a montré que des difficultés à communiquer sont associées à des hauts scores en isolement et aux effets des symptômes présents. L'absence d'un domicile et les difficultés d'adaptation sont associées à la dépendance. L'existence de conduites inappropriées est associée à de mauvais scores à l'échelle «effets des symptômes présents», enfin l'indifférence financière est corrélée à l'inactivité. Les corrélations entre les 4 dimensions sont modérées et varient de 0,59 à 0,70. La structure factorielle est unidimensionnelle, un facteur général «altération du fonctionnement» explique 72 % de la variance. La sensibilité du total de l'échelle apparaît après un programme de réadaptation.

Normes

D'après Affleck et coll. un score de:

- 0 à 8 est un haut niveau de fonctionnement;
- 9 à 16 : niveau modéré;
- 17 à 28: niveau bas.

Troubles psychotiques

Un score de 12-13 est un niveau crucial au-dessus duquel avoir un emploi, même à mi-temps, apparaît difficile.

¹ Affleck J.W., Mc Guire R.J. (1984), traduction : adaptation française : Pomini V.

Echelle MRSS (Morning Rehabilitation Status Scale)

III. Échelle d'intégration/isolement social

Cette échelle mesure la participation à des rôles, à des relations, à un réseau social et à des échanges. On doit coter la qualité et la fréquence de la participation sociale et du partage. On y arrivera en évaluant dans quelle mesure le patient est à l'aise dans les rapports sociaux (conversation et coopération dans les contacts quotidiens, exécution des tâches ou prise de décision au travail et dans les loisirs, etc.). Le degré de désaccord dans les rapports sociaux quotidiens sera aussi significatif. Le fait d'éviter les nouvelles relations, ce qui limite la personne aux parents et aux anciens amis qui demandent peut-être moins sur le plan émotionnel, devrait être noté.

La note doit donc refléter la fréquence des contacts et l'aptitude démontrée dans les rapports sociaux, sans tenir compte d'un présumé potentiel qui pourrait se manifester en d'autres occasions.

Commencer l'évaluation à partir du degré 3 puis entourer le chiffre qui convient.

0. Échanges fréquents, satisfaisants et pertinents avec un ensemble varié de personnes

1. Difficultés occasionnelles ou circonstancielles

- Peut manquer d'occasions pour les rencontres sociales ou dans certaines situations spécifiques et délimitées ne réagit pas de façon socialement appropriée.
- Peut éviter voire refuser certaines relations soutenues, intimes, ou être écarté de ce genre de relations.

2. Degré intermédiaire

- Manque manifestement d'occasions pour les rencontres sociales.
- Évite voire refuse les relations soutenues, intimes, ou est régulièrement écarté de ce genre de relations.

3. Participation limitée

- Contacts peu fréquents ou maladresse dans les relations sociales.
- Ne réagit pas toujours adéquatement aux rencontres sociales de tous les jours ou le fait à un niveau très superficiel.
- Peut éviter les nouvelles rencontres.
- Les rapports humains peuvent être insatisfaisants et limités aux membres de sa famille, aux vieux amis ou aux compagnons de travail.

4. Degré intermédiaire

- Peu de participation spontanée mais une participation passive lors de contacts sociaux.
- Evite les nouvelles rencontres.

5. Rapports très restreints

- A des échanges uniquement avec certaines rares personnes (proches parents ou membres du personnel).
- N'est habituellement pas communicatif, ne réagit pas, dérange ou fait preuve d'incompétence sociale assez marquée.

6. Degré intermédiaire

- A des échanges interpersonnels très peu fréquents même avec le personnel ou l'entourage proche.
- Lors des interactions fait preuve d'incompétence sociale marquée.

7. Très isolé ou rejeté

- Contact interpersonnel quasi nul.
- Lors de contacts, cherche le retrait ou fait systématiquement preuve de comportements inadaptés.

Echelles non-spécifiques

- **WEMWBS** : auto-questionnaire sur le bien-être
- **SERS** : auto-questionnaire sur l'estime de soi.

Echelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

Traduction de Nicolas FRANCK

Les affirmations ci-dessus concernent vos sensations et vos pensées. Cochez la case qui correspond le mieux à votre vécu durant les deux dernières semaines.

Nom _____ Date _____

VECU	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
Je me suis senti(e) optimiste quant à l'avenir	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) utile	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) détendu(e)	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) intéressé(e) par les autres	1	2	3	4	5
J'ai eu de l'énergie à dépenser	1	2	3	4	5
J'ai bien résolu les problèmes auxquels j'ai été confronté	1	2	3	4	5
Ma pensée était claire	1	2	3	4	5
J'ai eu une bonne image de moi	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) proche des autres	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) confiant(e)	1	2	3	4	5
J'ai été capable de me faire ma propre opinion des choses	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) aimé(e)	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) intéressé(e) par de nouvelles choses	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) joyeux(se)	1	2	3	4	5

D'après l'échelle de Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)

Le but de l'échelle WEMWBS n'est pas de rechercher des symptômes de maladie, mais au contraire d'évaluer des signes de bonne santé psychique, aussi appelé **bien-être mental**.

Celui-ci est divisé en deux catégories : le **bien-être hédoniste** (état de bonheur et de satisfaction de vie) et **eudémoniste** (fonctionnement psychologique positif, relations satisfaisantes avec les autres, réalisation de soi et acceptation).

Dans cette échelle, il n'existe pas de score seuil.

Plus le score est élevé, plus le bien-être psychologique de l'individu est fort.

Dans l'étude de validation française (Trousselard et al., 2016) les scores moyens de bien-être étaient de 51,47 (sd≈7) dans la population contrôle constituées de travailleurs, de 51, 88 (sd≈7) chez les étudiants et de 44,86 (sd≈9) dans la population patient (schizophrénie).

SELF ESTEEM RATING SCALE

Nom _____

du Client _____

Ce questionnaire permet de mesurer ce que vous ressentez à propos de vous-même. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Veuillez répondre à chacune des phrases en utilisant l'échelle ci-dessous :

- 1 = Jamais
- 2 = Rarement
- 3 = Quelquefois
- 4 = Parfois
- 5 = Souvent
- 6 = La plupart du temps
- 7 = Toujours

- ___ 1. J'ai l'impression que les autres font les choses beaucoup mieux que moi.
- ___ 2. Je suis confiant(e) dans mes capacités à interagir avec les gens.
- ___ 3. Je pense que j'ai tendance à ne pas réussir les choses que je fais.
- ___ 4. Je pense que les gens ont du plaisir à parler avec moi.
- ___ 5. Je pense être une personne compétente.
- ___ 6. Quand je suis avec des gens, j'ai l'impression qu'elles sont contentes en ma présence.
- ___ 7. Je pense faire bonne impression sur les autres.
- ___ 8. Je suis confiant(e) dans mes capacités à débiter de nouvelles relations, si je le souhaite.
- ___ 9. J'ai honte de moi-même.
- ___ 10. Je me sens inférieur(e) aux autres.
- ___ 11. Je pense que mes ami(e)s me trouvent intéressant(e).
- ___ 12. Je crois avoir un bon sens de l'humour.
- ___ 13. Je suis en colère contre moi-même.
- ___ 14. Mes ami(e)s me valorisent beaucoup.
- ___ 15. J'ai peur d'avoir l'air stupide face aux autres.
- ___ 16. Je voudrais disparaître quand je suis entouré(e) de monde.
- ___ 17. Je crois que si je pouvais davantage ressembler aux autres, je me sentirais mieux avec moi-même.
- ___ 18. Je crois que je me laisse marcher sur les pieds plus que les autres.
- ___ 19. Je pense que les gens ont du plaisir lorsqu'ils sont avec moi.
- ___ 20. Je voudrais être quelqu'un d'autre.

Self esteem rating Scale, SERS

L'estime de soi peut être définie comme le jugement global ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. C'est un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction personnelle à l'égard de soi.

L'estime de soi est en lien avec le **niveau de bien être global** d'une personne et peut avoir une influence sur la **sévérité et l'évolution** de certains symptômes ou trouble psychiatrique comme la dépression. Une évaluation négative de soi peut gêner un individu dans la **réalisation de ses projets**, dans **ses interactions sociales** ou dans **son parcours de rétablissement**.

Cette échelle donne un score total sur 60 points.

Dans l'étude de validation française (Lecomte et al., 2006), les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sévère, inscrites dans un parcours de réhabilitation présentaient une estime de soi négative en moyenne à 30.2, et une estime de soi positive en moyenne à 47.5; La moyenne dans la population contrôle (étudiants) était de 27.8 pour l'estime de soi négative et 51.3 pour l'estime de soi positive.

PARTIE IV
*Comment peut-on s'entraîner aux
compétences sociales?*



Prérequis

- L'entraînement aux habiletés sociales **ne peut pas être isolé !**

Il fait partie intégrante du **parcours de rétablissement de la personne concernée.**

- Il peut être impacté par d'éventuels **troubles cognitifs** sous-jacents (**mémoire**).
- Il est donc étroitement lié à l'évaluation des fonctions exécutives et potentiellement réalisé en coordination avec d'autres interventions de réhabilitation psychosociale (**remédiation cognitive**).

Modalités

- Jeux de rôle
- *Feedback* oral et vidéo
- Résolution de problèmes
- Tâches à domicile

- Individuel
- Groupal

- **Associé à un entraînement *in situ*, intégré à la vie quotidienne**



Preuves de l'efficacité - généralités

Amélioration de :

- La qualité des relations sociales
- Le fonctionnement social

Peu voire pas d'impact sur :

- Les symptômes
- Les rechutes
- Les réhospitalisations

Preuves de l'efficacité - dans la schizophrénie

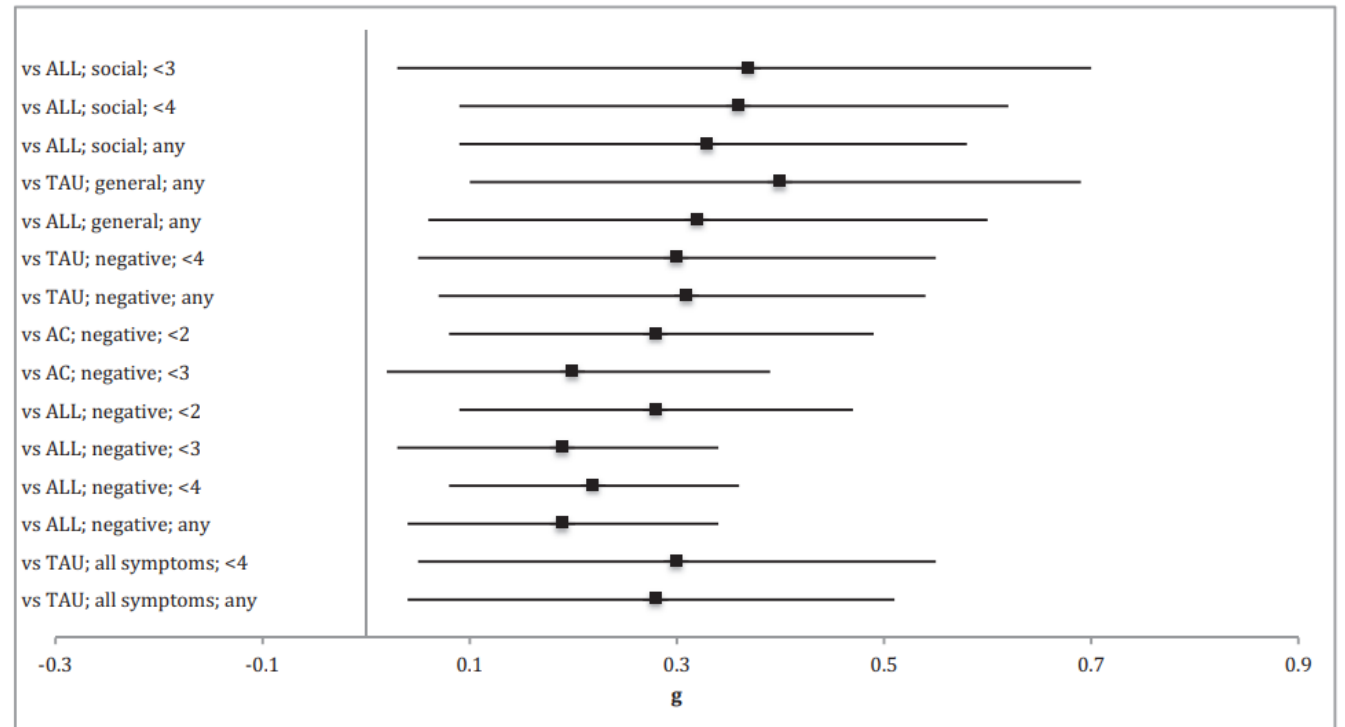
Pour le traitement des symptômes négatifs :

SST **supérieure** à

- Traitement habituel ($g = 0,3$),
- Contrôles actifs [TCC] ($g = 0,2-0,3$)
- Pool ($g = 0,2-0,3$)

Pour le traitement général : SST **supérieure** à

- Traitement habituel ($g = 0,4$)
- Pool ($g = 0,3$)



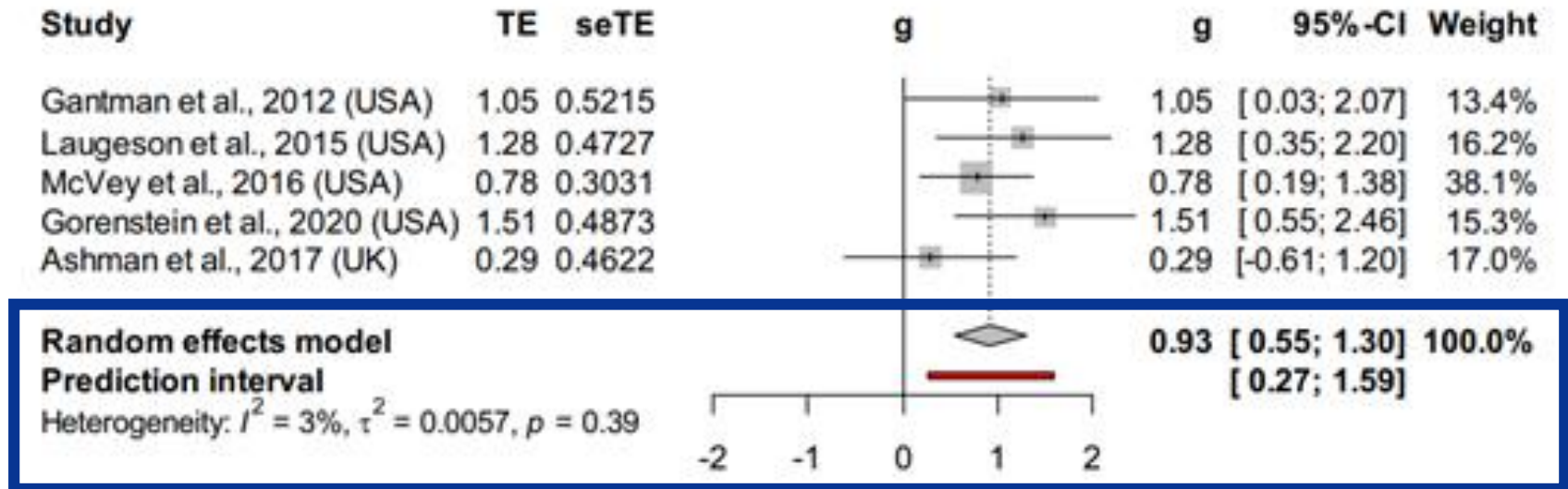
Note. ALL, all comparators pooled; TAU, treatment-as-usual; AC, active controls; Social, social competency outcomes; General, PANSS general symptoms; Negative, negative symptoms; Any, all eligible studies included; <4, <3 and <2 denote sensitivity analyses progressively removing risk of bias.

David T Turner, Edel McGlanaghy,
Pim Cuijpers, Mark van der Gaag,
Eirini Karyotaki, Angus MacBeth, A
**Meta-Analysis of Social Skills
Training and Related Interventions
for Psychosis**, *Schizophrenia Bulletin*,
Volume 44, Issue 3, May 2018, Pages
475–491

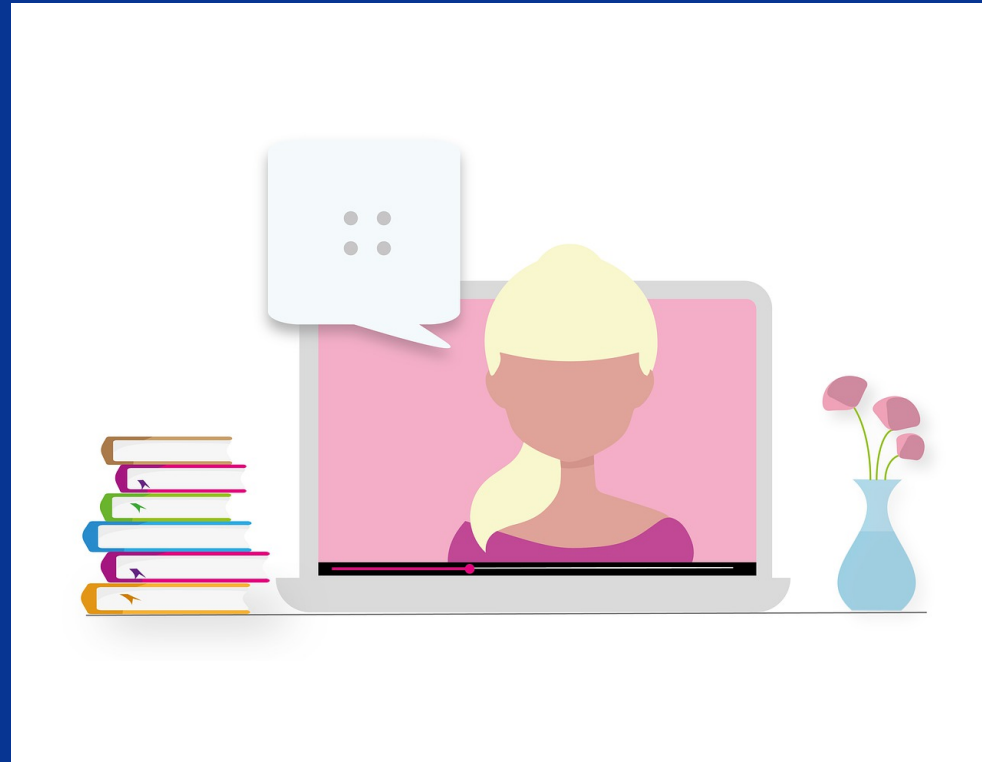
Fig. 2. Summary forest plot of significant main results in Hedge's g. ALL, all comparators pooled; TAU, treatment-as-usual; AC, active controls; Social, social competency outcomes; General, PANSS general symptoms; Negative, negative symptoms; Any, all eligible studies included; <4, <3, and <2 denote sensitivity analyses progressively removing risk of bias.

Preuves de l'efficacité - dans l'autisme de l'adulte

Fig. 2 Forest plot of parent-reported social responsiveness among studies in Social Skills Training



5 ECR
 N=145



PARTIE V

Connaissez vous des programmes d'entraînement aux habiletés sociales ?

Programmes d'« entraînement aux habiletés sociales »

- Jeu « *Compétence* »
- IPT : *Integrated Psychological Therapy*
- SCIT : *Social Cognition and Interaction Training*
- Groupes « *Habiletés sociales* »
- Groupes « *Affirmation de soi* »
- ...

Preuves de l'efficacité – Programme « IPT »

Table 3. Effect Sizes (*ES*) Within the IPT Group Under Placebo-Attention Condition and Standard Care

	IPT				Placebo-Attention				Standard Care			
	<i>K</i>	<i>ES_w</i> (95% CI)	<i>Z</i>	<i>Q_w</i>	<i>K</i>	<i>ES_w</i> (95% CI)	<i>Z</i>	<i>Q_w</i>	<i>K</i>	<i>ES_w</i> (95% CI)	<i>Z</i>	<i>Q_w</i>
Global therapy effect (mean of all variables)												
Treatment phase	34	0.52 (0.42–0.62)	10.24**	13.78	10	0.23 (0.03–0.42)	2.27*	1.83	16	–0.01 (–0.18–0.17)	0.06	11.70
Treatment and follow-up phase	8	0.57 (0.39–0.74)	6.23**	6.27	2	0.15 (–0.31–0.62)	0.65	0.00	3	–0.07 (–0.52–0.38)	0.30	1.94
Follow-up: <i>M</i> = 8.1 mo												
Functional domains and symptoms												
Cognition (mean)	29	0.53 (0.43–0.64)	9.91**	22.85	10	0.17 (–0.02–0.37)	1.73	4.08	13	0.04 (–0.15–0.24)	0.42	8.46
Neurocognition	27	0.52 (0.41–0.63)	9.48**	11.85	10	0.16 (–0.03–0.36)	1.64	0.30	12	0.03 (–0.17–0.23)	0.31	1.52
Social cognition	15	0.70 (0.54–0.87)	8.29**	32.77	5	0.31 (0.01–0.61)	2.04*	2.09	8	–0.07 (–0.30–0.17)	0.56	3.35
Psychosocial functioning	24	0.42 (0.31–0.54)	7.11**	13.63	4	0.27 (–0.01–0.56)	1.90	1.35	12	0.00 (–0.20–0.21)	0.04	3.78
Psychopathology	27	0.52 (0.42–0.63)	9.61**	20.19	7	0.33 (0.11–0.55)	2.94**	1.22	12	0.03 (–0.18–0.23)	0.27	23.98
Positive symptoms	21	0.45 (0.32–0.57)	7.03**	9.93	6	0.30 (0.07–0.53)	2.56**	1.93	11	0.22 (–0.01–0.45)	1.91	4.34
Negative symptoms	11	0.42 (0.25–0.59)	4.93**	11.79	4	0.25 (–0.02–0.51)	1.80	2.27	4	0.14 (–0.28–0.55)	0.65	2.15

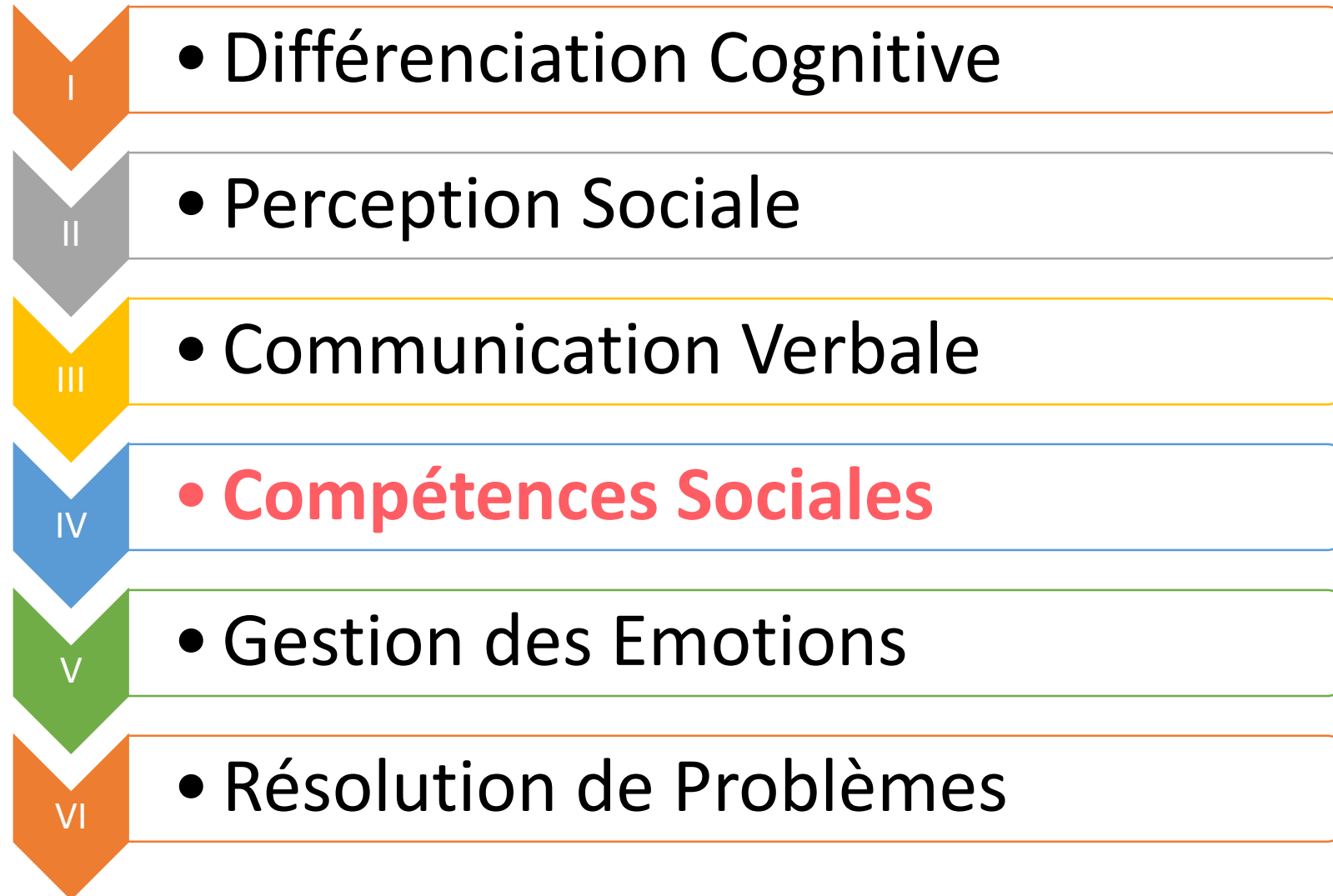
Note: *K*, number of studies; *N*, number of patients; *ES_w*, weighted effect sizes within the group; 95% CI, 95% confidence interval; *Z*, significance-statistic within the group; *Q_w*, homogeneity statistics, 2, one-tailed, *df* = *K*–3; **P* < .05; ***P* < .01.

- 36 études
- Sur les 30 dernières années
- N=1601 personnes avec schizophrénie
- Durée Moyenne de suivi 8.1mois

Volker Roder, Daniel R. Mueller, Stefanie J. Schmidt, **Effectiveness of Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia Patients: A Research Update**, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 37, Issue suppl_2, September 2011, Pages S71–S79, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr072>

Integrated Psychological Therapy (IPT)

(Brenner, Volker, Roder)



Integrated Psychological Therapy (IPT) :

Module « Compétences sociales »

1. Situations à faible risque

- Remercier, complimenter, féliciter, exprimer sa reconnaissance
- S'informer
- Refuser

2. Situations à risque plus élevé

- Critiquer, réclamer, s'affirmer, s'excuser
- Prendre contact, faire des demandes
- Mettre en route une activité commune

3. Situations complexes

- Manque d'argent, visite à l'hôpital
- Questions indiscretes sur sa vie privée
- Entretien d'engagement

Integrated Psychological Therapy (IPT) :

Module « Compétences sociales » - Exemples

Situation à faible risque

Vous ne savez plus quand est fixé votre prochain rendez-vous chez le dentiste.

Vous lui téléphonez pour lui redemander l'heure et la date du rendez-vous.

Situation complexe

Vous souhaitez reprendre un emploi à temps partiel. Vous décidez d'aller à l'agence de Pôle Emploi pour être aidé dans vos démarches.

A l'agence, la personne qui vous reçoit commence à vous poser des questions sur votre santé et vos activités antérieures. Vous lui répondez.

Groupe Affirmation de soi

INDICATION

Personne ayant un **déficit d'affirmation de soi**, désireuse d'opérer un **changement** dans sa communication et de le **maintenir** dans toutes les situations sociales.

OBJECTIFS

- **Diminuer l'anxiété relationnelle** permettant d'agir d'avantage en accord avec ses opinions et ses valeurs tout en respectant ses droits et ceux des autres.
- Aider la personne à **augmenter sa compétence en communication et en négociation**. Prendre connaissance de ce qu'est l'affirmation de soi. Apprendre à échanger sans être dans un mode relationnel unique « passivité » ou bien « agressivité », par le biais des jeux de rôle proposés.
- **Faire connaissance** avec de nouvelles personnes et parfois se familiariser avec les règles de thérapie groupale
- **Discerner** une communication adaptée et intégrer des techniques permettant d'être plus à l'aise et mieux compris dans les interactions.
- **Remettre en question** par le partage et l'expérience les pensées et croyances qui contribuent à un manque d'affirmation. **Identifier** ces mécanismes et les remplacer par des schémas de pensée plus constructifs.
- **Affronter les difficultés** que l'on peut vivre dans une relation qui génèrent des émotions négatives (conflits, remarques).

Groupe Affirmation de soi

- Séance 1 : **Les Bases de la Communication** (verbales, non verbales).
- Séance 2 : **L'Ecoute** (écoute flottante, participante, active...).
- Séance 3 : **Les Différents Types de Comportement Relationnels** (non verbal, para verbal, verbal)
- Séance 4 : **Les Pensées Automatiques.**
- Séance 5 : **Comment Faire une Demande ?**
- Séance 6 : **Recevoir une Demande et Savoir Dire NON** (solutions et techniques).
- Séance 7 : **Les Compliments.**
- Séance 8 : **Les Critiques** (en faire une et en recevoir).
- Séance 9 : **Gestion des Conflits** (savoir trouver un compromis).
- Séance 10 : **Contenu Libre.**

TECHNIQUES UTILISEES

- **Techniques d'animation de groupe** : spécifiquement **encourager et soutenir** l'expression des émotions et ressentis, encourager avec bienveillance la participation aux **jeux de rôles**
- **Brainstorming**
- **Modeling** : L'acquisition d'un comportement affirmé se fera par imitation de modèle puis soutien de jeux de rôles entre participants
- **Feedback** : discussion du groupe tout au long du programme, demande d'un retour aux participants lors de jeux de rôle
- **Résolution de problèmes**
- **Relaxation**
- **Tâches à domicile**

TAKE-HOME MESSAGES



- Les compétences sociales sont essentielles pour **gérer les relations interpersonnelles** au quotidien.
- Elles peuvent être altérées dans certains **troubles psychiques**.
- L'entraînement aux compétences sociales s'inscrit dans le **parcours de rétablissement global** de la personne.
- Il existe plusieurs programmes d'entraînement aux habiletés sociales, **généraux ou spécifiques**.

Des questions ?

