

**UNIVERSITE D'ANGERS**  
**FACULTE DE MEDECINE**

Année 2006

N°.....

**THESE**

pour le

**DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**Qualification en psychiatrie**

**Par**

**Julie EMERIAUD**

Née le 26 janvier 1976 à Angers

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2006

**PHOBIE SOCIALE : REVUE DE LA LITTERATURE  
ET ANALYSE CONCEPTUELLE**

Président : Monsieur le Professeur JB GARRE

Directeur : Madame le Docteur B GOHIER

## **COMPOSITION DU JURY**

Président du jury : Monsieur le Professeur GARRE

Directeur de thèse : Madame le Docteur GOHIER

Membres du jury :

Madame le Professeur PENNEAU

Monsieur le Professeur ROQUELAURE

Monsieur le Docteur MERCIER Monsieur le Professeur GARRE,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Votre soutien, vos connaissances et la richesse de votre enseignement ont marqué les différentes étapes de notre internat.

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements.

Madame le Professeur PENNEAU,

Vous nous avez fait l'honneur de participer à ce jury de thèse.  
Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver l'expression de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur ROQUELAURE,

Vous nous avez fait l'honneur de participer à ce jury de thèse.  
Nous vous remercions de votre présence et votre écoute au cours de notre pratique clinique.  
Vous avez su nous faire partager votre expérience.

Veillez trouver l'expression de notre sincère reconnaissance.

Madame le Docteur GOHIER,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse.  
Nous vous remercions de votre attention, de votre écoute et de votre soutien.  
Votre expérience a été riche d'enseignement.

Veillez trouver l'expression de notre sincère sympathie.

Monsieur le Docteur MERCIER,

Vous nous avez fait l'honneur d'être membre de ce jury de thèse.  
Nous vous remercions de votre humanité et de votre générosité. Vous avez su nous faire  
partager votre savoir et nous offrir votre écoute patiente. Vos conseils nous ont été précieux.

Veillez trouver l'expression de notre sincère gratitude.

A Pascal,

Pour tous les moments agréables passés ensemble,  
Pour ton aide, ton écoute, ta patience, ton soutien,  
Avec tout mon amour,  
Merci d'être ce que tu es.

A mes parents,

Pour votre affection,  
Pour votre aide et votre soutien en toute circonstance,  
Avec tout mon amour et ma reconnaissance.

A Sophie, Marie et Perrine,

Pour tout ce que nous avons pu partager,  
Pour notre complicité,  
Je vous aime du fond du cœur.

A Niki et Bob,

Pour votre gentillesse et votre aide,  
Avec toute mon affection.

A Nicolas, Céline et Matthieu,

Avec tous mes vœux de bonheur.

## **PLAN**

INTRODUCTION

I. HISTORIQUE

II. INDIVIDUALISATION DE LA PHOBIE SOCIALE

III. CLINIQUE

IV. ANALYSE CONCEPTUELLE

V. THERAPEUTIQUE

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

## **INTRODUCTION**

*« Chacun reconnaîtra cette présence immédiate et brûlante du regard d'autrui qui l'a souvent rempli de honte ». Jean-Paul Sartre.*

On observe depuis quelques années un intérêt croissant pour la phobie sociale. Les patients sont de plus en plus informés, les professionnels de plus en plus sensibilisés et les thérapeutes de plus en plus formés. Et pourtant cette pathologie est loin d'être récente. Hippocrate déjà rapportait une observation de ce que nous pourrions appeler aujourd'hui timidité pathologique voire phobie sociale. Mais c'est surtout au XIX<sup>ème</sup> siècle que les premières descriptions précises apparaissent, sous le nom d'éreutophobie. Janet propose en 1903 le terme de phobie sociale, mais il faut attendre les travaux de Marks, en 1970, pour voir émerger le concept. Il est le premier à s'intéresser à la question de son autonomie sans pouvoir la démontrer. Ce qui ne tardera pas à l'être dès 1983, par les travaux d'Amies.

Les classifications internationales individualisent le concept de phobie sociale pour la première fois en 1980 dans le manuel diagnostique et statistique des maladies mentales, 3<sup>ème</sup> édition (DSM III). Les critères de description de cette pathologie ont ensuite évolué au fur et à mesure des nouvelles éditions.

La phobie sociale apparaît au cours de l'adolescence. Elle est souvent précédée d'une inhibition dans l'enfance. Elle affecte 2 à 4 % de la population. Son évolution est chronique et est marquée d'une importante fréquence de comorbidités : autres troubles anxieux, dépression, alcool ainsi que d'un retentissement professionnel très handicapant.

Au niveau clinique, la phobie sociale, ou anxiété sociale, se caractérise par un peur persistante de situations d'interaction sociale où le sujet est exposé à l'attention et au regard d'autrui. Il craint alors d'être jugé, humilié, rejeté. La honte de leur trouble, leur inhibition, la certitude d'être les seuls à en souffrir ou que rien ne pourra les soulager, conduit les patients à s'isoler avec leur pathologie et à ne pas consulter.

Nous proposons de passer en revue les travaux tant neurobiologiques que cognitivo-comportementalistes menés récemment à la recherche d'éléments étiopathogéniques. La phobie sociale semble survenir sur un terrain génétiquement préparé, mais l'environnement jouerait un rôle important : attitudes parentales, déficit des habiletés sociales, manque

d'assertivité et événements interactionnels traumatisants. Il semblerait que les neurotransmetteurs noradrénaline, dopamine et sérotonine soient impliqués.

Les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ont démontré leur intérêt dans le traitement de l'anxiété sociale. La psychothérapie comportementale et cognitive a largement prouvé son efficacité dans la prise en charge de ces patients. Elle permet d'aider le patient phobique social à se confronter à son anxiété et à la dépasser. Différentes stratégies, associables les unes aux autres, sont utilisables : entraînement aux habiletés sociales, techniques d'exposition et restructuration cognitive. Le thérapeute y tient un rôle majeur, celui de soutenir, encourager et guider le phobique social vers la guérison.

## **I. HISTORIQUE**

Le XXème siècle et le début du XXIème siècle ont été marqués par la fréquence toujours plus importante des articles, communications... sur les pathologies de l'estime de soi en général et la phobie sociale en particulier.

On peut se demander à quoi est due cette présence croissante tant au sein de la profession psychiatrique ou psychologique qu'au niveau du grand public.

Il semble qu'il ne s'agisse pas d'une "nouvelle pathologie", mais plutôt d'une augmentation des demandes de soin de la part des patients grâce à une vulgarisation de la médecine et une multiplication du nombre d'émissions traitant du sujet. L'intérêt certain, assez récent, des professionnels de santé mentale pour cette question de phobie sociale ainsi qu'une amélioration de leur formation permettent de dépister plus facilement, de rechercher des symptômes de ce trouble et de proposer une aide psychothérapeutique de type cognitivo-comportementaliste aux patients en souffrance.

Comme nous allons le voir à présent, les premières descriptions de timidité ou de crainte du regard de l'autre sont retrouvées à différents moments de l'histoire et les premières observations cliniques de la fin du XIXème siècle ont peu à envier à notre définition actuelle du concept de phobie sociale.

### **A. DE L'ANTIQUITE AU XIXème SIECLE**

Hippocrate déjà évoquait un exemple de timidité pathologique lorsqu'il relatait les difficultés d'un jeune homme en affirmant que « *en raison de sa timidité, de son caractère suspicieux et timoré, il ne pourra être dévisagé, il aimera vivre dans l'ombre et ne pourra supporter la lumière ou s'asseoir au grand jour; son chapeau cachant toujours son regard, il ne pourra ni voir ni être vu malgré ses bonnes intentions. Il n'osera pas aller en compagnie de peur d'être abusé, ridiculisé, dépassé par ses gestes ou ses paroles, de paraître malade, il pense alors que tout le monde l'observe* »<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> HIPPOCRATE, cité par SERVANT D et PARQUET PJ. Les phobies sociales. Masson, Paris, 1997.



Chez les écrivains français on trouve d'autres exemples de descriptions de timidité invalidante. Ainsi Mérimée écrivait dans *Portraits historiques et littéraires* que « *une des grandes causes de nos tourments, c'est la mauvaise honte. Pour un jeune homme, c'est une affaire que d'entrer dans un salon. Il s'imagine que tout le monde le regarde et meurt de peur qu'il n'y ait quelque chose dans sa tenue qui ne soit absolument irréprochable. Un de nos amis souffrait plus que personne de cette timidité* »<sup>2</sup>, ou encore Beaumarchais: « *l'homme que l'on sait timide est dans la dépendance de tous les fripons* »<sup>3</sup>.

Mais c'est au XIX<sup>ème</sup> siècle que la littérature psychiatrique ou psychologique vit apparaître les premières descriptions d'anxiété sociale sous le terme d'éreutophobie.

## **B. LE XIX<sup>ème</sup> SIECLE**

La deuxième moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle et le début du XX<sup>ème</sup> sont le véritable point de départ du concept de phobie sociale.

Jusqu'alors, la crainte du jugement de l'autre avait été observée et retranscrite ici ou là par les écrivains de contemporains de toute nationalité sans qu'aucun concept fédérateur n'ait été créé. Le terme d'éreutophobie, qui voit le jour en Allemagne en 1846 dans un écrit médical de CASPER, est d'emblée source de polémique quant à la paternité de ce concept, notamment entre CASPER, et PITRES et REGIS.

### **1. Un éreutophobe allemand en 1846<sup>4</sup>**

CASPER, médecin allemand, publie en 1846 à Berlin la première observation détaillée d'éreutophobie. Il s'agit en fait de la retranscription de l'auto-observation qu'un patient de vingt et un ans, M. de N., étudiant en médecine, lui remet lors de sa première consultation.

CASPER décrit M. de N. comme un « *homme blond, svelte, bien constitué, à la physionomie avenante, sympathique et douce, aux joues vivement colorées, paraissant sain sous tous les rapports, mais qui [le] frappa par son regard timide et sa grande anxiété [qu'il*

<sup>2</sup> MERIMEE P, cité par HARTENBERG P. Les timides et la timidité. Alcan, Paris, 1921.

<sup>3</sup> BEAUMARCHAIS, cité par ANDRE C. La timidité. Que sais-je ? PUF, 1997.

*songea] à mettre sur le compte d'une timidité particulière ou d'une affection syphilitique à avouer ou de l'hypochondrie des onanistes ».*

Son cahier commence par la description de comportements d'allure obsessionnelle présents dès sa plus tendre enfance : *« je regardais constamment de droite et de gauche si mon collet d'enfant était bien mis ; lorsque dans mes lectures j'avais tourné une feuille, il m'arrivait de la retourner dix fois de suite pour me convaincre que je n'en avais pas sauté ; si j'avais quelque chose à faire, je n'en finissais pas de questions ».*

C'est à l'âge de 13 ans que débutent les premières manifestations du trouble lors d'un évènement bien désigné, alors que le jeune adolescent est pensionnaire, suite au décès de ses parents. Le premier rougissement survient en réponse à des « taquineries » de ses amis au sujet d'une « amourette » pour une jeune fille qu'il avait croisée à un cours de danse : *« l'un d'eux [ses amis] découvrit notre histoire, et la conta aux autres ; j'en fus à tel point affecté que je sentis des frissons m'envahir, je devins pour la première fois effroyablement embarrassé, rouge-feu et pouvais à peine bégayer ».* Ce premier rougissement devient le point de départ d'un trouble chronique : *« à partir de ce moment, je n'eus plus qu'une préoccupation, celle de rougir ».*

Au cours des années suivantes, le trouble ne fait que s'accroître malgré les changements d'écoles et les déménagements. Peu à peu apparaissent un repli social, un déclin scolaire ainsi qu'un syndrome dépressif avec trouble somatique. La rougeur, au début secondaire aux moqueries de ses camarades *« se manifestait surtout à table, mais aussi à vrai dire, dans toutes les circonstances possibles ».* Caractéristique importante de la phobie sociale, le patient reconnaît lui-même que cette rougeur *« n'était pas habituellement remarquée, cependant elle était toujours pour moi extrêmement pénible ».* Il note également : *« je n'avais plus besoin de railleries ou d'autres motifs pour réveiller en moi cette terrible sensation. J'avais déjà reconnu que la cause de mon tourment n'était plus dans le monde extérieur mais que je la puisais en moi seul. Cette pensée jointe à un regard particulier des hommes suffisait à me faire monter le sang aux joues en un clin d'œil et à provoquer l'angoisse »*, signe du caractère subjectif et obsessionnel du trouble.

M. de N. insiste sur les différentes situations relationnelles déclenchant ou exacerbant sa rougeur ainsi que sur l'apparition d'une anxiété anticipatoire : *« d'abord, cette pénible sensation me surprit dans la rue lorsque je rencontrais des personnes connues, puis ensuite en présence de tout le monde. Ainsi pas de repos, même dans la rue ! Cela devint si aigu,*

---

<sup>4</sup> CASPER JL. Biographie d'une idée fixe. Présenté par PITRES A, REGIS E, traduction de LALANNE G, Arch Neurol 1902 ; 1 : 270-287.

*que si je prenais mon chapeau pour sortir, déjà l'angoisse m'envahissait ! Si je voyais même de loin un groupe d'hommes auprès duquel je devais passer, alors je ne savais plus me contenir : le sang me montait au visage et je perdais presque le sentiment ; cependant, je passais outre, je me ressaisissais et me raidissais autant que je le pouvais contre une aussi sottise angoisse ».*

L'angoisse est parfois telle que M. de N. décrit des paroxysmes proches de la dépersonnalisation : *« une fois que j'étais surpris par la pensée tourmentante de rougir, je me transportais avec ces dispositions anxieuses dans une autre personne, dans les situations les plus variées et je voulais ainsi me désobjectiver : cette manie s'accrut, et si, par exemple je voyais quelqu'un parler librement à plusieurs personnes, je me transportais par la pensée en ce quelqu'un, je le voyais changeant de couleur et physionomie, pouvant à peine articuler un mot »*. Au cours des années suivantes, le trouble ne fait que s'accroître malgré les changements d'écoles et les déménagements.

Il repère également qu'à l'origine de son trouble il faut le regard de l'autre : *« au début, ma maladie était plutôt périodique, ensuite elle m'envahit au milieu d'une grande foule, puis bientôt en présence d'un petit groupe, puis enfin, la présence d'un seul homme, voire même de mon meilleur ami était pour moi cruellement pénible, aussitôt que je regardais avec ce regard particulier », « par suite de la présence des autres, cela me devenait si désagréable que le sang me montait à la tête, me causait parfois du tremblement et tout effort était sans fruit », « j'allais au théâtre, mais la foule me devenait là aussi insupportable. Cet effroyable regard morbide me pénétrait à travers la foule et me causait une terreur intérieure », « il suffirait de l'effroyable regard bien souvent mentionné pour que ce tourment se présente », « par quoi a été causée cette misanthropie ? Par l'effroyable regard et par conséquent par les yeux ».*

Comme on le retrouve dans les descriptions actuelles de timidité ou de phobie sociale, le patient reconnaît le caractère absurde et déraisonné de son angoisse. Ainsi M. de N. écrit : *« je n'ai certes pas négligé de me dire en moi que cette idée était absurde et de me sermonner. Cela aida à supporter mon mal pour quelques temps, mais pas pour longtemps »*.

M. de N. tente différents stratagèmes pour masquer son trouble par des conduites d'évitement : *« si je visitais des connaissances, je me trouvais en leur présence absolument sans contenance et ne cherchais plus qu'à cacher ma situation ; je prenais habituellement un livre, je me mettais à le lire puis à le feuilleter, mais mes yeux voyaient à peine les caractères »,* ou de dissimulations en utilisant du fard à joue, sur les conseils de CASPER,

un apaisement suivit mais de courte durée : « *il était plus désespéré que jamais, car le vif espoir qu'il avait mis dans le fard n'existait plus. Il déclara qu'il sentait très bien qu'il rougissait sous le fard, et que déjà les hommes avaient dû le remarquer* ». D'autres méthodes, comme l'activité sportive, artistique ou intellectuelle ne l'aident pas à contrôler son trouble.

Peu à peu, l'aggravation de sa gêne, les échecs successifs pour tenter de la dissimuler sont à l'origine de l'apparition d'un syndrome dépressif de plus en plus sévère. Après avoir envisagé des solutions extrêmes comme le fait que « *la société d'aveugles serait la meilleure pour [lui]* », il s'interroge même sur la pertinence de perdre la vue : « *si ton bras te scandalise, coupe-le, et si ton œil te scandalise, arrache-le* », « *je suis obligé de reconnaître que mon œil ne me sert que si je suis seul ; en présence d'autres hommes, je ne jouis d'aucun spectacle des yeux, et l'œil ne m'apporte que préjudice* ».

Malgré le suivi entrepris avec CASPER, les idées suicidaires finissent par avoir raison de M. de N. que CASPER retrouve un jour « *couché sur un sofa, entouré de quelques amis, présentant dans la région du cœur une blessure faite au pistolet* ».

Cette première observation historique d'éreutophobie et de phobie sociale sévère, qu'on appellerait aujourd'hui phobie sociale généralisée, illustre dès le XIX<sup>ème</sup> siècle la symptomatologie typique de ce trouble et de ses complications potentielles liées à son retentissement et à sa chronicité.

## **2. PITRES et REGIS**

En 1897, PITRES et REGIS tentent de s'attribuer la paternité du concept d'éreutophobie à partir de l'analyse de l'auto-observation de R. M., jeune homme de vingt et un ans atteint d'éreutophobie<sup>5</sup>. Ils reprennent ensuite à leur compte la première description d'éreutophobie à partir de la traduction de l'article de CASPER par LALANNE, en ajoutant une note additionnelle<sup>6</sup> très polémique dans laquelle ils affirment que CASPER n'a fait que retranscrire l'auto-observation sans faire d'analyse psychopathologique de la symptomatologie et donc qu'il ne peut être à l'origine du concept d'éreutophobie.

Dans l'article de 1897, R. M. fait débiter son trouble à l'âge de six ou sept ans : « *je me souviens qu'un jour, ayant rougi devant une personne étrangère, cette personne en fit la*

<sup>5</sup> PITRES A, REGIS E. L'obsession de la rougeur (éreutophobie). Arch Neurol 1897 ; vol III (13) : 1-26.

<sup>6</sup> Ibid (note additionnelle). 177-94.

*remarque et je me rappelle ces paroles textuelles d'une domestique de ma famille, qui était présente : « à la maison c'est la même chose ; la moindre chose qu'on lui dit, il rougit ». Ces paroles me frappèrent et je me les suis toujours rappelées depuis ».*

Au cours des années, la « facilité à rougir », loin de disparaître, ne fait que s'accroître, s'intensifier, se généraliser, entraînant une anxiété anticipatoire, mais toujours en rapport avec la confrontation au regard des autres : « *d'abord je ne rougissais que quand on m'adressait la parole et vice versa, ou quand on me regardait fixement durant un certain temps ; puis peu à peu je pris l'habitude de rougir en voyant venir de loin quelqu'un de connaissance, en entrant dans un café, dans un théâtre, dans une salle quelconque où il y avait du monde. Bien plus, huit fois sur dix, au moment d'entrer dans la chambre ou dans le cabinet de quelqu'un, et alors même que j'ignore si ce quelqu'un y est ou non, je sens le sang me monter à la tête* ».

L'auto-observation de R. M. est très instructive pour étudier les différents procédés qu'il met en place pour dissimuler cette affection, comme les conduites d'évitement : « *le plus pratique [...] c'est de prétexter un malaise, un empêchement* », de dissimulation : « *quand je sens le sang qui commence à me monter à la tête, vite je prends le journal et me le mets devant moi* », « *parfois [...] je me suis passé un mouchoir autour de la figure, prétextant un mal de dents factice* », « *comme on ne se gêne pas avec ses amis – je garde mon chapeau sur la tête, de façon à avoir le front en partie couvert ; puis je fais asseoir mon visiteur non en face de moi, mais à ma gauche, afin que, au moment où je sentirai le sang me monter à la tête, je puisse me cacher la joue gauche avec la main* », « *je fais semblant de lire les affiches [à la porte], en attendant que la rougeur soit passée* ». Le retentissement du trouble chez le jeune homme est tel que le procédé le plus souvent employé pour le dissimuler est de se rendre chez ses amis « *le soir ou quand le jour commence à baisser* ».

Dans la suite de l'observation, sont énumérés les différents paramètres pouvant influencer sa « facilité à rougir ». On note un point essentiel de l'anxiété sociale remarqué par le patient lui-même concernant la forte intersubjectivité de ce trouble : « *l'heure à laquelle je rougis le moins c'est le soir, avant de dîner, lorsque le jour baisse. Cela se comprend. A cette heure, si je rougissais cela ne paraîtrait pas. Or c'est précisément parce que je sais cela que je ne rougis pas* ».

Comme dans l'auto-observation de M. de N., R. M. présente des affects dépressifs secondaires au retentissement social et à la chronicité de son trouble : « *cet état peu commun a eu pour effet de déterminer une mélancolie effroyable, un pessimisme poussé au dernier degré* ».

Il confie à PITRES et REGIS qu'il reconnaît que cette peur est déraisonnée : « *cela est ridicule de rougir ainsi pour rien* ».

Il reconnaît que le trouble, même s'il est conditionné par le regard de l'autre, n'est pas ce regard en lui-même, mais la crainte du jugement de l'autre par ce regard, c'est donc un trouble qui prend naissance au sein même de l'individu atteint : « *la rougeur n'est que l'effet. La cause, c'est la pensée, la crainte que j'ai, quand je me trouve en présence de quelqu'un, de rougir. La preuve, c'est que si, par hasard, je rencontre quelqu'un dans la rue, ou si je suis fortement attentionné à un récit, à une conversation, et que je ne songe pas à rougir, eh bien ! Je ne rougis pas ! Supprimez la pensée et la rougeur cessera. Tout est là* ».

## **C. LE DEBUT DU XXème SIECLE**

### **1. La polémique**

Dans une note additionnelle à leur article, écrit à partir de la traduction de LALANNE de l'observation de CASPER en 1902, PITRES et REGIS<sup>7</sup> tentent de s'attribuer la paternité de la première description d'un cas d'éreutophobie. Ils précisent que plusieurs auteurs se sont intéressés avant eux à la « *rougeur essentielle du visage en tant que phénomène angio-neurotique, vaso-moteur, mais sans décrire l'obsession spéciale dont elle peut devenir le point de départ et l'objet* ». Ils citent LAVATER (L'art de connaître les hommes par la physionomie, 1820), BURGESS (The physiology or mechanism of blushing, 1839), BELL (The anatomy and philosophy of expression as connected with the fine arts, 1844), DARWIN (L'expression de l'émotion chez l'homme et chez les animaux, 1877) et encore MELINARD (Pourquoi rougit-on ?, 1893).

Ils reconnaissent également que CASPER les a précédés - ils ont d'ailleurs repris à leur compte son article de 1846 - mais qu'il « *s'était borné à reproduire l'autobiographie de son sujet, en concluant simplement, à la fin, qu'il s'agissait là d'une véritable maladie et non,*

---

<sup>7</sup> Ibid.

*suivant la théorie de HEINROTH, de la conséquence du péché. C'est un peu insuffisant, on en conviendra, pour voir en lui le père de l'obsession de la rougeur »<sup>8</sup>.*

Ils citent enfin une observation de BOUCHER (Note sur une forme particulière d'obsession chez une héréditaire, Congrès français des aliénistes, 1890) décrivant une préoccupation pénible de la rougeur émotive chez une patiente, en objectant, comme pour CASPER, que ce cas unique ne s'accompagne ni de considérations ni de réflexions générales.

Ils insistent par ailleurs sur une erreur de datation d'une de leurs communications de 1896 à Nancy qui laisse croire que les travaux du russe BECHTEREW (Rougeur de la face comme forme particulière de trouble nerveux, 1896) sont antérieurs aux leurs.

Enfin, pour justifier le fait que cette paternité leur revient de droit, ils mettent en avant l'avalanche de publications que déclencha leur article princeps : CAMPBELL (Morbid shyness, 1896), BRETON (Un cas d'érythrophobie obsédante, 1896), REGNIER (De l'éreutrophobie ou obsession de la rougeur émotive, 1896), DUGAS (La timidité, 1896), MANHEIMER (Peur obsédante de rougir, 1897), BENEDIKT (Un mot sur l'historique de l'obsession de la rougeur, 1897). Ils se permettent ainsi de conclure que « *bonne ou mauvaise, l'introduction dans la nosographie psychiatrique de l'obsession de la rougeur ou Ereutrophobie, avec sa description spéciale, nous appartient donc sans conteste* ».

Ils oublient cependant de prendre en considération l'article de DUBOUX qui, douze ans avant eux, en 1874, décrivait de manière aussi précise et détaillée, le caractère pénible et humiliant du trouble dont était atteint un sujet éreutrophobe « *sentant sa face s'empourprer* » ainsi que l'anxiété anticipatoire qu'il ressentait : « *il redoutait d'être exposé de nouveau à une confusion pareille [...] Il sait maintenant qu'il suffit de craindre de rougir pour rougir. C'est la « honte anticipée » qui empourpra son visage* »<sup>9</sup>.

## **2. La clinique de l'éreutrophobie**

En 1902, en même tant que l'article de PITRES et REGIS, paraît un article du psychologue suisse CLAPAREDE. Il s'agit d'une description très détaillée de l'éreutrophobie, très proche de nos définitions actuelles de la phobie sociale. Il décrit la facilité à rougir chez un timide : « *l'éreutrophobe est un individu, souvent névropathe ou plus*

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> DUBOUX X. A propos de la rougeur. Bull Soc Med Suisse Romande 1874 : 317.

ou moins timide, [...] qui a présenté, dès son enfance, une disposition à rougir fréquemment », en présence d'autrui : « il rougit quand vient une visite ; il rougit à l'école », sans raison apparente : « même s'il est innocent, si le maître recherche un coupable », d'aggravation progressive : « à cette époque, la rougeur est supportable ; au fur et à mesure qu'il grandit, elle l'est moins », devenant obsédante : « cette trop grande émotivité [...] l'inquiète, puis l'agace et finit par l'obséder complètement », entraînant des conduites d'évitement notamment par repli social : « il n'ose plus se montrer en public, ni même sortir dans la rue » et des stratagèmes de dissimulation : « parfois, il recourt à la poudre de riz ; plus souvent à l'alcool. Il espère par ce dernier moyen noyer sa coloration morbide par celle de l'éthylisme », le retentissement étant tel qu'il conclut que « la vie pour l'éreutophobe est un véritable calvaire »<sup>10</sup>.

### 3. De Pierre JANET au DSM

JANET<sup>11</sup> fut probablement un des premiers psychiatres à proposer une classification des phobies basée sur les différentes familles d'objet phobogènes. Cette approche des phobies est celle utilisée jusqu'à aujourd'hui.

En 1903, dans son ouvrage « Les obsessions et la psychasthénie », il présente une classification des phobies systématisées en quatre groupes : les phobies corporelles, situationnelles, d'objets, d'idées. La phobie sociale, terme utilisé pour la première fois, se trouve alors placée, à côté des phobies de situations physiques, dans les phobies situationnelles, (cf. figure 1). Janet précise bien que les phobies classées dans cette catégorie sont liées au fait « d'avoir à agir en public . [...] Tous ces malades n'ont aucune peur de rougir ou de pâlir, ou de grimacer, ou de sourire, ou de ne pas sourire quand ils sont seuls [...]. On pourrait donc appeler ces phénomènes des phobies sociales ou des phobies de la société. »

<sup>10</sup> CLAPAREDE E. L'obsession de la rougeur. A propos d'un cas d'éreutophobie. Arch Psychol Suisse Romande 1902 : 307-34.

<sup>11</sup> JANET P. Les obsessions et la psychasthénie. Alcan, Paris, 1903.



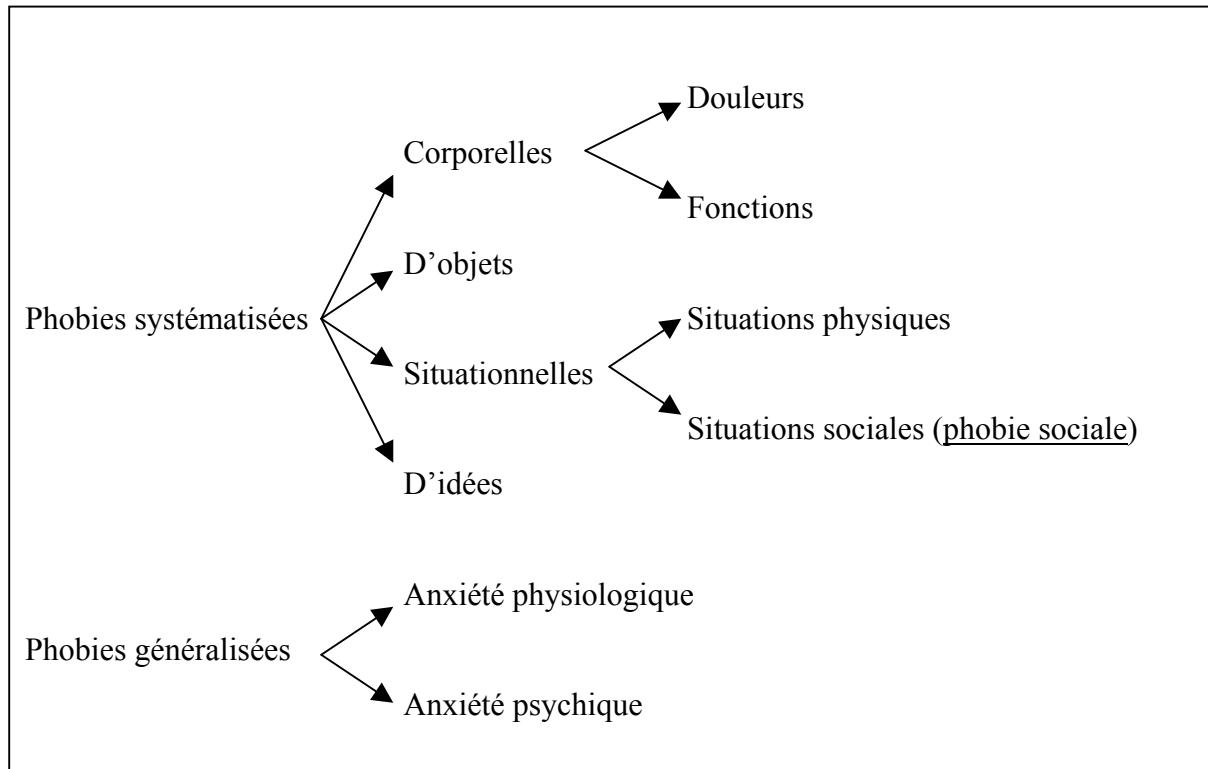


Figure 1 : Classification des phobies selon Janet.

Plus de cinquante ans s'écoulent ensuite avant la réintroduction du concept de phobie sociale. C'est à l'Anglais DIXON<sup>12</sup> qu'on la doit. Il publie en 1957 une échelle qui peut être considérée comme la première consacrée à l'évaluation de l'anxiété sociale. Il s'agit d'une échelle composée de 26 items à réponse binaire. Certains d'entre eux n'ont rien à envier à ceux utilisés dans les échelles d'évaluation actuelles, tels que : « *il m'est difficile de demander des renseignements aux gens* », « *je me sens souvent mal à l'aise lorsque je bois ou mange devant les autres* ».

Avec la naissance du courant comportementaliste dans les années 1960, le concept de phobie sociale va prendre une place de plus en plus importante et donner lieu à des études qui vont permettre peu à peu de définir cette pathologie et de l'individualiser.

<sup>12</sup> DIXON JJ, DE MONCHAUX C, SANDLER J. Patterns of anxieties : an analysis of social anxieties. Br J Med Psychol 1957 ; 30 : 107-12.

## **II. INDIVIDUALISATION DE LA PHOBIE SOCIALE**

Les classifications des troubles phobiques distinguent trois catégories de phobie :

- L'agoraphobie avec ou sans attaque de panique
- La phobie sociale
- Les phobies simples

La question est de savoir s'il existe des critères justifiant une individualisation d'un « syndrome sociophobique ». Nous allons pour cela nous pencher sur les différentes études princeps sur les critères de la phobie sociale.

### **A. PLACE DE LA PHOBIE SOCIALE DANS LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES**

Le concept de phobie sociale comme entité propre n'a pratiquement jamais été décrit et développé dans la littérature psychiatrique classique.

JANET, pourtant, en 1903, envisageait cette pathologie dans sa classification des phobies. Mais ses propositions n'ont jamais été reprises ou suivies par la psychiatrie française ou allemande.

Ainsi, la phobie sociale a été soit incluse dans le concept général de névrose phobique, soit diluée dans les troubles de la personnalité dont le « caractère phobique », c'est à dire l'anxiété sociale, a souvent été ramené à un trouble psychotique.

Le courant psychanalytique a concentré ses efforts sur la description d'un processus phobique assez unitaire dans ses mécanismes : la projection de l'angoisse ou du désir interdit sur des objets extérieurs. La phobie sociale n'ayant pas été décrite comme entité à part, on peut se demander si les psychanalystes l'incluent dans le champ de la névrose phobique.

Le concept de phobie sociale apparaît dans les années soixante aux Etats-Unis, par l'intermédiaire du courant behavioriste, sous l'influence notamment de MARKS.

Depuis une quarantaine d'années, on note un intérêt grandissant de la recherche anglo-saxonne pour les troubles anxieux en ce qui concerne l'agoraphobie et les attaques de

panique, et depuis une trentaine d'années, c'est la phobie sociale qui est au centre des études et classifications des anglo-saxons.

C'est ainsi que nous voyons apparaître ce concept dans les classifications en 1980.

La catégorie « phobie sociale » n'est pas mentionnée dans les classifications de l'American Psychiatric Association (APA) : les DSM I (Manuel Diagnostique et Statistique des maladies mentales, 1<sup>ère</sup> édition) et II, pas plus que dans la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : la CIM 9 (Classification Internationale des Maladies, 9<sup>ème</sup> édition).

En 1980, pour la première fois, la catégorie « phobie sociale » fait son apparition dans le DSM III, reprise et corrigée en 1989 dans le DSM III R. Elle apparaît donc logiquement en 1989 dans la CIM 10.

### **1. La phobie sociale dans le DSM III**<sup>13</sup>

#### Critères diagnostiques :

- a) Peur irrationnelle persistante et désir contraignant d'éviter une situation dans laquelle le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui, et dans laquelle il ou elle craint d'agir d'une façon humiliante ou embarrassante.
- b) Le patient est considérablement gêné par des craintes dont il reconnaît la nature excessive ou irrationnelle.
- c) Non dû à un autre trouble mental, tel qu'une dépression majeure ou une personnalité évitante.

Nous voyons alors que le critère premier est la crainte du regard d'autrui sous lequel le sujet redoute l'humiliation. Il est bien sûr reconnu que cette peur est irrationnelle et qu'il ne s'agit pas d'un élément délirant.

---

<sup>13</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition. APA, Washington DC, 1980.

## 2. La phobie sociale dans le DSM III R<sup>14</sup>

Le critère principal est le même que celui exposé dans le DSM III. Cette édition voit l'exclusion de diagnostics différentiels, notamment de trouble des axes I ou III, ainsi que de la crainte de l'expression de certaines pathologies en public, c'est-à-dire lorsque « le sujet redoute d'avoir une attaque de panique (trouble panique), de bégayer (bégaiement), de trembler (maladie de Parkinson) ou de révéler un comportement alimentaire anormal (anorexie mentale ou boulimie) ».

La notion d'anxiété situationnelle et d'anxiété anticipatoire sont également ajoutées, ainsi que l'existence de conduites d'évitement.

## 3. La phobie sociale dans le DSM IV<sup>15</sup>

### Critères diagnostiques :

- A. Une peur marquée et persistante d'une ou plusieurs situations sociales ou d'actions publiques dans lesquelles le sujet est exposé à des personnes inconnues ou à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir de manière humiliante ou embarrassante (ou de montrer des symptômes anxieux).
- B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque invariablement de l'anxiété, qui peut se manifester sous la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou conditionnée par la situation.
- C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou déraisonnable de ses craintes.
- D. La(les) situation(s) sociale(s) redoutée(s) ou d'actions publiques sont évitées ou vécues avec une anxiété intense ou une certaine détresse.

---

<sup>14</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition, revised version. APA, Washington DC, 1987. (Traduction française PICHOT, GUELFY, 1988).

<sup>15</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. APA, Washington DC, 1991. (Traduction française GUELFY, 1994).

- E. La conduite d'évitement, l'anticipation anxieuse et la détresse liée aux situations sociales redoutées ou aux actions publiques interfèrent de manière importante avec la vie quotidienne de l'individu, avec sa fonction professionnelle (sa carrière) ou avec ses activités sociales ou relationnelles, ou bien il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir cette phobie.
- F. Pour les sujets n'ayant pas encore 18 ans, la durée de la perturbation est au moins de 6 mois.
- G. La peur ou l'évitement n'est pas directement dû aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, un abus de drogue, un médicament) ou d'un état physique général et ne correspond pas à un autre trouble mental (par exemple le trouble panique avec ou sans agoraphobie, l'angoisse de séparation, la dysmorphophobie, les troubles envahissants du développement, ou le trouble de la personnalité schizoïde).
- H. Lorsqu'un état physique général ou un autre trouble mental est présent, la phobie sociale selon le critère A est indépendante de ces troubles, par exemple, le sujet ne redoute pas de bégayer (bégaiement), de trembler (maladie de Parkinson) ou de révéler un comportement alimentaire anormal (anorexie mentale ou boulimie).

Spécifier qu'il s'agit d'un type généralisé si les peurs s'appliquent à la plupart des situations sociales (débuter ou maintenir des conversations, participer à des petits groupes, fixer un rendez-vous, parler à des personnages incarnant l'autorité, assister à une réception).

A noter qu'il est possible d'envisager un diagnostic additionnel de personnalité évitante.

L'élaboration du DSM IV a été source d'échanges et de débats conceptuels et a nécessité des études de validation n'ayant pas abouti à des changements importants dans la version définitive<sup>16</sup> :

- Possibilité de porter un diagnostic de phobie sociale en cas de trouble somatique associé : une version intermédiaire du DSM IV permettait par exemple de considérer

---

<sup>16</sup> PELISSOLO A, LEPINE JP. Les phobies sociales : perspectives historiques et conceptuelles. L'encéphale 1995 ; XXI : 15-24.

qu'un patient présentant une maladie de Parkinson et éprouvant une crainte intense, excessive de trembler devant autrui, pouvait recevoir le diagnostic de phobie sociale. Les critères plus exclusifs du DSM III R ont en fin de compte été maintenus, ils ne permettent de poser ce diagnostic en présence d'un trouble somatique associé que lorsque les situations sociales redoutées sont indépendantes du trouble somatique présenté.

- La même remarque s'applique aux troubles de l'axe I, puisque, par exemple, l'existence d'un trouble du comportement alimentaire exclut dans le DSM IV un diagnostic de phobie sociale si la crainte est en rapport avec ce trouble.
- Le problème de diagnostic différentiel avec d'autres troubles anxieux a été résolu de la façon suivante : le critère B du DSM IV admet la possibilité de paroxysmes anxieux pouvant prendre la forme d'attaques de panique situationnelles, mais la symptomatologie générale du trouble, évaluée par le clinicien, ne doit pas être celle d'un trouble panique et/ou d'une agoraphobie.
- Enfin, la question importante portant sur les différents sous-types de phobies sociales en fonction des situations phobogènes n'a pas évolué entre le DSM III R et la version finale du DSM IV. En effet les différents travaux entrepris sur le sujet n'ont pas permis d'aboutir à des résultats significatifs pour valider l'option proposant : phobie de type performance versus phobie de type interaction, et phobie type généralisé versus phobie type limité à une ou deux situations phobogènes. Seul le type généralisé a été conservé et la notion d'anxiété de performance est introduite dans la définition du trouble comme situation phobogène possible.

#### **4. La phobie sociale dans la CIM 10<sup>17</sup>**

Les critères de définition de la phobie sociale reprennent pour beaucoup ceux du DSM IV:

- a) Les manifestations anxieuses, psychiques ou neurovégétatives, ne sont pas dues à d'autres symptômes, p. ex. des idées délirantes ou des pensées obsessionnelles;
- b) Les symptômes anxieux surviennent exclusivement ou essentiellement dans des situations sociales déterminées;
- c) Les situations phobogènes sont évitées chaque fois que cela est possible.

### **B. EXAMEN DE CINQ ETUDES DESCRIPTIVES ET COMPARATIVES DE LA PHOBIE SOCIALE**

Différentes études ont été réalisées à la recherche de l'existence d'un « noyau syndromique » propre à la phobie sociale. Comme nous allons le voir, cette démarche passe par la comparaison de la phobie sociale et de l'agoraphobie à laquelle elle a longtemps été assimilée, en raison de la peur que les patients présentant l'une ou l'autre de ces deux pathologies ressentaient à l'idée de se retrouver dans une foule.

Nous résumerons les démarches et les conclusions des cinq études principales ayant comparé les phobiques sociaux aux autres phobiques.

Avant cela, il nous semble important de mentionner l'étude de DIXON<sup>18</sup>, en 1957, qui paraît être la première analyse discriminante sur la phobie sociale. Il a interrogé 250 phobiques à la recherche d'un facteur « phobie sociale » permettant d'individualiser ce concept. Ce facteur propre isolé dans cette étude est constitué des éléments suivants :

---

<sup>17</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, World Health Organization, Genève, 1992.

<sup>18</sup> DIXON JJ. Op. Cit.(12)

- 1- J'ai peur de paraître ridicule, idiot, de commettre une bêtise ou de me montrer peu intelligent.
- 2- Je déteste marcher dans les foules.
- 3- Je suis mal à l'aise devant des personnes peu familières, ou bien si je suis sous l'attention d'autrui.
- 4- Je suis embarrassé quand je ne peux pas prédire ce qu'autrui attend de moi.
- 5- Je suis gêné si je dois parler à une figure d'autorité.

DIXON semble être le premier à individualiser au sein des phobiques, une catégorie de patients dont le trouble est centré sur le regard et le jugement d'autrui.

Ce handicap est alors considéré comme une peur et non comme un délire.

### **1. Etude de MARKS 1970<sup>19</sup>**

En 1970, ce psychiatre comportementaliste réalise une étude sur une série de consultants phobiques du Maudsley Hospital et propose une nouvelle classification des troubles phobiques. Au moment de cette étude, la phobie sociale, bien que représentant 8 % des phobies, est bien moins connue que l'agoraphobie. Il est le premier psychiatre à s'intéresser à la phobie sociale et pose pour la première fois la question de son entité propre et de la nécessité de l'extraire de la classification générale des phobies. Il inaugure ainsi une nouvelle ère pour cette pathologie qui verra pour la première fois son individualisation dans la classification retenue pour le DSM III.

A travers l'analyse de données psychométriques, psychophysiologiques et démographiques, il tente de différencier les caractéristiques propres aux sociophobiques, agoraphobes, phobiques d'animaux, « états anxieux généralisés », en comparaison les uns avec les autres et par rapport à des sujets contrôles.

---

<sup>19</sup> MARKS IM. The classification of phobic disorders. Brit Jour Psychiatr 1970 ; 116 : 377-86.



MARKS considère que pour repérer les différents types de patients phobiques, il est nécessaire d'analyser, par une démarche comportementale, les phénomènes d'acquisition, de maintien ou de renforcement du trouble phobique et d'identifier les stimuli discriminatifs, les renforçateurs ou les facteurs de maintien de l'anxiété situationnelle ou des évitements.

La pratique prolongée de traitements de type comportementaux tels que la désensibilisation systématique ou l'exposition, ne donne pas à l'auteur l'expérience de résultats réguliers ou similaires pour toutes les phobies. Il s'agit donc pour lui d'une hétérogénéité des phobies dans leurs phénoménologies.

Il aboutit à la classification suivante :

CLASSE I – phobies à stimuli externes :

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| * Agoraphobie           | 60 %       |
| * <b>Phobie sociale</b> | <b>8 %</b> |
| * Phobie des animaux    | 3 %        |
| * Diverses phobies      | 14 %       |

CLASSE II – phobies à stimuli internes

|                        |      |
|------------------------|------|
| * Nosophobie           | 15 % |
| * Obsessions phobiques | ?    |

• Généralités

Dans sa cohorte, la phobie sociale comporte la plus grande représentativité de sujets masculins (40 % contre 25 % pour l'agoraphobie).

Le début des troubles est estimé à l'âge de 19 ans (contre 24 ans pour l'agoraphobie, 4 ans pour la phobie d'animaux).

◦ Anxiété

L'anxiété retrouvée dans la phobie sociale est voisine de celle retrouvée dans l'agoraphobie.

◦ Personnalité

L'inventaire de personnalité de EYSENCK (EPI) rapproche sociophobes et agoraphobes en ce qui concerne les indices de neuroticisme et d'introversion. Dans ces deux cas, ces indices sont beaucoup plus perturbés que chez les phobiques simples ou les sujets contrôles.

◦ Signes physiques

Parmi les indices psychophysiologiques, l'auteur cite l'absence de différences de conductance cutanée (GSR), à fluctuation spontanée ou sous habitude, entre sociophobes, agoraphobes et « états d'angoisse généralisée ». Les résultats chez ces sujets étant très perturbés en comparaison de ceux des sujets contrôles ou de ceux atteints de phobie d'animaux. Il en est de même pour les résultats de l'étude du débit sanguin antébrachial, reflet du degré d'anxiété.

Seule l'acquisition conditionnée du « clignement de l'œil » différencie agoraphobes et sociophobes. Ces derniers auraient des chiffres voisins des phobies simples, mais les résultats de ce test seraient difficiles à interpréter.

Cette étude princeps isole bien la notion de phobie sociale mais reste insuffisante pour apporter des caractéristiques cliniques détaillées. Ainsi, même si quelques « stimuli de peurs » peuvent discriminer les sociophobes des autres phobiques, les différents critères étudiés par MARKS ne lui permettent pas de conclure à l'existence d'un syndrome autonome pour la phobie sociale.

En conclusion de son étude, MARKS ne reconnaît pas le concept unitaire de névrose phobique puisque, pour lui, les stimuli varient d'une phobie à l'autre. Il va dans le sens d'un « syndrome névrotique général ».

MARKS est passé à la postérité pour avoir été à l'origine du concept de phobie sociale, et pour avoir ouvert la voie de son individualisation, hypothèse à la base de son étude. Et pourtant, il précise que l'individualisation rigoureuse de cette pathologie n'est pas encore possible avec certitude à cette époque.

## **2. ETUDE DE AMIES 1983<sup>20</sup>**

Cette étude, portant sur 57 agoraphobes et 87 sociophobes, selon les critères diagnostiques du DSM III, répertorie des caractéristiques cliniques plus détaillées pour comparer ces deux troubles phobiques.

### ◦ Généralités

Comme dans l'étude de MARKS, l'auteur retrouve un âge de début moyen de 19 ans pour la phobie sociale contre 24 ans pour l'agoraphobie, une prépondérance masculine (60 % pour les sociophobes contre 17 % pour les agoraphobes), un bon niveau socio-éducatif chez 54 % des phobiques sociaux contre 35 % des agoraphobes. De plus, chez les phobiques sociaux, on note une vie solitaire assez fréquente et une évolution des troubles plus continue que phasique.

### ◦ Situations phobogènes

AMIES dresse un « inventaire des peurs » chez ces deux catégories de phobiques, en précisant que l'anxiété situationnelle dans la principale situation phobogène est auto-évaluée de façon similaire dans les deux groupes, et que l'intensité de cette anxiété est la même pour les sociophobes et les agoraphobes dans les situations plutôt caractéristiques de la phobie sociale mais que les phobiques sociaux sont beaucoup moins invalidés que les agoraphobes dans les situations agoraphobiques.

---

<sup>20</sup> AMIES PL, GELDER MG, SHAW PM. Social phobia : a comparative clinical study. Brit J Psychiatry 1983 ; 142 : 174-9.

Tableau I : Principales situations phobogènes (classées selon un degré d'anxiété ou d'évitement décroissant).

| PHOBIE SOCIALE                                | AGORAPHOBIE            |
|---|------------------------|
| 1. Etre présenté à autrui                     | 1. Etre esseulé        |
| 2. Rencontre avec une personne d'autorité     | 2. Lieux peu familiers |
| 3. Téléphoner                                 | 3. Traverser la rue    |
| 4. Recevoir des visites chez soi              | 4. Transports publics  |
| 5. Etre observé                               | 5. Magasins            |
| 6. Etre taquiné                               | 6. Foules              |
| 7. Manger chez soi avec une personne inconnue | 7. Espaces découverts  |
| 8. Manger en famille                          |                        |
| 9. Ecrire devant autrui                       |                        |
| 10. Parler à une audience                     |                        |

De manière moins intense que les items énoncés ci-dessus, mais de façon équivalente entre eux, les sociophobes et les agoraphobes sont éprouvés dans les situations suivantes : aller au café, manger au restaurant, être dans un espace clos.

D'autre part, on note peu de phobies simples chez les sociophobes alors que les agoraphobes éprouvent une anxiété sévère en présence de rat, serpent, insecte, avion, sang, blessures.

#### ◦ Anxiété

Les signes somatiques retrouvés dans la crise d'anxiété ne sont pas les mêmes chez le sociophobe et chez l'agoraphobe. On observe dans la phobie sociale : rougissements, tremblements, secousses musculaires, alors que dans l'agoraphobie, il s'agit plutôt de : astasie-abasie, dyspnée, sensation lipothymique, acouphènes.

Les autres indices de l'anxiété, à savoir palpitations, tension musculaire, sécheresse buccale, sueurs... sont ressentis avec une intensité similaire dans les deux groupes et sont présents dans environ 60 % des cas.

L'anxiété généralisée, caractérisée par des troubles de la concentration, une irritabilité, une insomnie est d'intensité équivalente.

Des symptômes obsessionnels, tels que doutes, ruminations, sont rapportés à une fréquence équivalente dans les deux groupes : 20%.

Par contre, les symptômes de dépersonnalisation ou de déréalisation sont moins fréquents chez les sociophobes.

Quant à l'attaque de panique, elle n'est presque jamais retrouvée dans la phobie sociale.

• Comorbidité

20 % des sociophobes présentent un alcoolisme secondaire contre 7 % des agoraphobes.

14 % des patients atteints de phobie sociale ont fait des tentatives de suicide répétées contre 2 % des agoraphobes.

• Personnalité

Sur l'EPI, le neuroticisme est aussi élevé dans les deux groupes, par contre, les sociophobes sont plus introvertis que les agoraphobe et que les sujets contrôles.

AMIES conclut de son étude qu'il existe un syndrome autonome du sociophobe dont voici les éléments principaux : début précoce, évolution continue, nature discriminante des situations phobogènes qui portent sur la rencontre d'autrui ou l'évaluation par autrui, les interactions verbales, le regard, tendance à l'alcoolisme et aux tentatives de suicide, réussite socio-professionnelle plus élaborée.

Au niveau étiopathogénique, AMIES pense que le trouble s'est institué à une période fragile de l'adolescence au cours de laquelle les parents ont renforcé le culte du perfectionnisme et de la « réussite sociale » sans pour autant établir les médiations sécurisantes permettant l'intégration des rôles sociaux indispensables à un adolescent pour devenir adulte. Pour la première fois, la question du développement des habiletés sociales est posée. Il s'agit ici du paradoxe entre des repères rigides de conduite en société imposés par les parents et le déficit dans les compétences sociales enseignées.

Faisant suite à l'hypothèse alors infirmée du concept de phobie sociale de MARKS, AMIES est le premier à démontrer une autonomie de cette pathologie vis-à-vis de l'agoraphobie à laquelle elle avait tendance à être assimilée.

### **C. Etude de PERSSON 1985<sup>21</sup>**

Cette étude comparative de 31 sociophobes et de 73 agoraphobes n'a pas le même objet que les deux études précédentes.

Ici, l'auteur s'intéresse surtout au terrain sur lequel surviennent ces deux types de phobies, à savoir les caractéristiques historiques et familiales, les traits de personnalité, la nature d'évènements précipitants des états phobiques.

L'étude cherche à discriminer sociophobes et agoraphobes à travers quatre protocoles thérapeutiques, à trois mois et après un suivi de neuf mois.

#### ◦ Niveau socio-éducatif

Il est supérieur chez les sociophobes avec une éducation plus raffinée et une meilleure intelligence verbale.

#### ◦ Personnalité

A l'EPI, l'extraversion est aussi basse dans les deux groupes. Comparés à un groupe témoin, les deux types phobiques sont plus dépendants et passifs.

#### ◦ Anxiété

La prévalence d'anxiété est plus élevée chez les agoraphobes.

---

<sup>21</sup> PERSSON G, NORDLUND CL. Agoraphobics and social phobics : differences in background factors, syndrome profiles and therapeutic response. Acta Psychiatr Scand 1985 ; 71 : 148-59.

◦ Hypothèses étiopathogéniques

L'auteur met en avant des causes développementales pour expliquer les différences entre les sociophobes et les agoraphobes. Ainsi, ils auraient plus souvent subi des attitudes parentales négatives aversives, insécurisantes. Celles-ci auraient contribué au manque d'assurance. Cette hypothèse sera plus tard retrouvée dans le concept de manque d'assertivité

**D. Etude de SOLYOM 1986**<sup>22</sup>

Dans cette étude, SOLYOM a comparé 47 sociophobes, 80 agoraphobes et 72 phobiques simples (avions, animaux, nosophobies) à partir de critères cliniques socio-démographiques et de personnalité. Il a également recherché les événements précipitants.

Pour ce faire, il a réalisé un entretien semi-structuré et a utilisé des échelles d'évaluation telles que l'échelle d'adaptation sociale, l'échelle de CATELL pour l'anxiété, la FSS II (Fear Survey Schedule) de WOLPE et LANG pour les phobies, l'EPI (Eysenck Personality Inventory), l'échelle LOI (échelle de LEYTON) pour la dimension obsessionnelle.

Les patients présentant un état dépressif majeur ou une schizophrénie ont été écartés de l'étude.

Les résultats de cette étude tendent à démontrer qu'il existe trois entités syndromiques distinctes : la phobie sociale, l'agoraphobie, les phobies simples.

En faveur de la phobie sociale, SOLYOM distingue les critères suivants :

◦ Généralités

Prépondérance masculine (53 %), célibat fréquent (58 %).

---

<sup>22</sup> SOLYOM L, LEEWIDGE B, SOLYOM C. Delineating social phobia. Br J Psychiatry 1986 ; 149 : 464-70.

◦ Niveau socio-éducatif

L'adaptation socio-professionnelle est meilleure chez les sociophobes et les phobiques simples que chez les agoraphobes.

◦ Situations phobogènes

D'après la FSS II, les sociophobes (m = 99) et les phobiques simples (m = 91) ont moins de peurs que les agoraphobes (m = 133).

Il est noté que 55 % des agoraphobes ont signalé des phobies sociales contre 30 % des phobiques sociaux qui signalent des peurs de type agoraphobique.

Si la peur des foules peut être aussi intense chez les sociophobes que chez les agoraphobes, le stimulus de peur diffère. En effet, chez le sociophobe c'est la crainte d'y rencontrer quelqu'un de connu, d'être dévisagé, remarqué qui provoque l'anxiété alors que l'agoraphobe redoute l'anonymat d'autrui, le sentiment d'être esseulé dans un groupe, la présence spatiale d'une quantité de personnes dans un lieu.

En ce qui concerne la principale phobie citée, l'anxiété situationnelle est similaire pour les trois groupes.

◦ Personnalité

A l'EPI, on retrouve un score voisin d'introversion et de neuroticisme chez les phobiques sociaux et chez les agoraphobes alors que les phobiques simples se rapprochent plutôt des sujets contrôles.

On note également à l'échelle LOI, une certaine dimension obsessionnelle plus fréquemment retrouvée chez les sociophobes et les agoraphobes dont les scores (respectivement m = 18,5 et 19) sont intermédiaires entre celui des patients présentant un trouble obsessionnel compulsif (m = 33) et celui des sujets contrôles (m = 10).

◦ Anxiété

Sociophobes et agoraphobes présentent plus d'anxiété que les phobiques simples.



◦ Comorbidité

De même, sociophobes et agoraphobes sont plus dépressifs que les phobiques simples.

◦ Facteurs précipitants

La moitié des phobiques sociaux rapportent des difficultés professionnelles ou scolaires au premier plan par rapport à des difficultés affectives ou conjugales, habituellement retrouvées chez les agoraphobes. Quant aux phobiques simples, ils rapportent un stress le plus souvent réel ou brutal tel qu'un accident de voiture, un traumatisme...

◦ Hypothèses étiopathogéniques

Pour SOLYOM, c'est l'angoisse de l'étranger du huitième mois qui joue un rôle dans le développement de la phobie sociale alors que pour l'agoraphobe ce serait plutôt l'angoisse de séparation.

Les résultats de SOLYOM rejoignent ceux de AMIES et parfois ceux de PERSSON sauf en ce qui concerne les tendances obsessionnelles et le fait que l'introversion soit retrouvée plus grande chez les sociophobes.

Tableau II : Récapitulatif des caractéristiques différentielles entre sociophobes et agoraphobes (Solyom).

| CRITERES                         | SOCIOPHOBE  | AGORAPHOBE   |
|----------------------------------|---|--|
| Situations évitées               | Réunions publiques, galas<br>Rencontrer ami ou connaissance | Foules, transports publics<br>Etre seul dans un endroit            |
| Réponse physiologique            | Rougir, trembler, bégayer                                   | Dyspnée, tachycardie, lipothymie                                   |
| Evitements courants              | Parler, manger, écrire en présence d'autrui                 | Se déplacer, faire les magasins, voyager                           |
| Distorsions cognitives           | « si je rougissais... »<br>« si je devais me bagarrer... »  | « je vais mourir, perdre mon contrôle ou devenir fou »             |
| Emotion                          | Gêne intérieure, perdre son contrôle                        | Gêne intérieure, perdre son contrôle, attaque de panique complète  |
| Réponse d'anxiété ou d'évitement | Assez constante   | Fluctuante   |
| Objet contra-phobique            | Inexistant  | Personne dont le patient peut attendre le soutien ou la dépendance |
| Evolution                        | Continue 44 %   | Continue 37 %<br>Phasique 63 %                                     |

### **E. Etude de COTTRAUX 1988<sup>23</sup>**

Cette étude compare 71 agoraphobes avec attaque de panique à 54 sociophobes (critères DSM III) avec appariement au niveau de l'âge, du sexe et du niveau éducatif.

<sup>23</sup> COTTRAUX J, MOLLARD E et al. Agoraphobia with panic attacks and social phobia : a comparative clinical and psychometric study. Psychiatr Psychobiol 1988 ; 3 : 49-56.

COTTRAUX utilise le Mini-MMPI (Minimult) et l'échelle de RATHUS dans sa version française pour mesurer « l'affirmation de soi ».

La principale phobie faisant souffrir chaque patient est cotée de 0 à 8 selon le degré d'anxiété situationnelle qu'elle engendre, ainsi que la fréquence des attaques de panique.

L'étude aboutit à une critique du concept unitaire d'anxiété endogène regroupant phobie sociale et agoraphobie.

#### • Généralités

Le début des troubles est plus précoce pour la phobie sociale (20 ans) que pour l'agoraphobie (27 ans).

5,8 % seulement des phobiques sociaux ont aussi le diagnostic d'attaque de panique alors que 12,5 % des agoraphobes ont celui de phobie sociale.

L'anxiété et l'intensité de la peur dans la principale situation phobogène sont similaires pour les deux groupes.

#### • Particularités

Deux facteurs essentiels discriminent les deux groupes : la fréquence des attaques de panique pour l'agoraphobie (6,4 % contre 0,5 %) et une cote très basse au RATHUS pour les sociophobes (-28,5 contre -4, contrôles à +15).

Au MMPI, l'auteur rapporte un profil névrotique très perturbé chez les sociophobes (élévation pathologique des échelles dépression, psychasthénie, schizophrénie et indice d'anxiété), seule l'échelle psychasthénie est élevée pour les agoraphobes.

Dans cette étude, COTTRAUX conclut à l'existence de deux dimensions distinctes caractérisées par la fréquence des attaques de panique chez l'agoraphobe et la faible estime de soi chez le sociophobe.

Ces résultats semblent contredire le concept de continuum d'une anxiété endogène décrit par SHEEHAN<sup>24</sup>, dans lequel il existerait une seule entité allant de sub-attaques de panique jusqu'à la dépression et incluant des phases de conduites phobiques.

---

<sup>24</sup> SHEEHAN DV, SHEEHAN KH. The classification of phobic disorders. Int J Psychiatry Med 1982-83 ; 12 (4) : 243-66.

COTTRAUX ajoute que la précocité de la première consultation chez les agoraphobes découle de leur plus grande invalidité socio-professionnelle, d'une détresse et d'une souffrance suffisantes pour demander une aide, alors que les phobiques sociaux éprouvent une timidité et un retrait social tels, qu'il leur est difficile de faire une démarche d'aide thérapeutique.

## **F. Conclusion de ces études**

Toutes ces études ont été réalisées dans le but d'examiner l'hypothèse d'une individualisation de la phobie sociale, initialement évoquée par MARKS. Chacune apporte des éléments supplémentaires à l'établissement de l'autonomie de ce concept.

Repenchons-nous sur l'ensemble de ces études pour comparer leurs conclusions.

En 1970, MARKS<sup>25</sup> ne peut conclure à une entité « phobie sociale » distincte des autres phobies, même s'il retient l'existence d'un stimulus phobogène particulier, à savoir le regard.

Pour lui, la charge anxieuse de fond serait voisine chez les sociophobes et chez les agoraphobes, ainsi que le neuroticisme et l'extraversion. Il en est de même pour les indices psychophysiologiques (GSR, flux antébrachial).

Par contre, il affirme que ces deux tableaux ont une « constitution interne » bien distincte de la phobie simple.

L'étude d'AMIES<sup>26</sup> en 1983, est la première à conclure à l'existence de deux syndromes distincts : absence de similitudes en ce qui concerne les peurs fondamentales et les signes somatiques d'anxiété, la phobie sociale étant, en plus, caractérisée par un début plus précoce, une prédominance masculine, une faible fréquence de phobies simples, une comorbidité de type dépression et/ou alcoolisme plus souvent retrouvée.

Par contre, il ne semble pas exister de différences en ce qui concerne le fond anxieux chronique.

---

<sup>25</sup> MARKS IM. Op. Cit. (19)

<sup>26</sup> AMIES PL. Op. Cit. (20)

PERSSON<sup>27</sup>, tout en concluant à une distinction des deux syndromes, montre moins de différences entre les deux qu'AMIES.

Il insiste surtout sur les différences développementales retrouvées dans l'histoire des patients : les sociophobes auraient vécu vers l'adolescence un sentiment de rejet ou d'aversion de la part de parents, et notamment du père, alors que les agoraphobes présenteraient plutôt une pathologie de l'attachement.

SOLYOM<sup>28</sup>, en 1985, conclut également à une distinction des deux tableaux, à travers l'étude des situations phobogènes et des facteurs précipitants, ainsi que des médiations cognitives bien différentes : crainte du paraître chez le phobique social, crainte presque hypocondriaque de la défaillance physique chez l'agoraphobe.

Enfin, COTTRAUX<sup>29</sup> contredit le continuum d'anxiété endogène décrit par SHEEHAN en concluant à l'existence de caractéristiques propres à la phobie sociale : profil névrotique plus perturbé, attaques de panique rares et surtout faible estime de soi.

---

<sup>27</sup> PERSSON G. Op. Cit. (21)

<sup>28</sup> SOLYOM L. Op. Cit. (22)

<sup>29</sup> COTTRAUX J. Op. Cit. (23)

### **III. CLINIQUE DES PHOBIES SOCIALES**

#### **A. EPIDEMIOLOGIE**

##### **1. Prévalence**

Il est important de souligner d'emblée que les variations de critères qui peuvent paraître minimales en clinique dans une démarche diagnostique, peuvent entraîner de grandes différences dans les résultats d'une enquête épidémiologique. C'est notamment le cas lorsque ce ne sont pas les critères du DSM qui sont utilisés mais ceux de la CIM.

Les études réalisées pour tenter de définir la prévalence de la phobie sociale se sont surtout basées sur la classification DSM III. Ces critères sont évalués par des instruments diagnostiques structurés dont le plus utilisé dans les études épidémiologiques a été le Diagnostic Interview Schedule (DIS). Un autre outil diagnostique est le Composite International Diagnostic Interview (CIDI), utilisé dans des études menées à Bâle et aux Etats-Unis (se basant sur les critères DSM III R) et remanié dans une étude réalisée à Munich (M-CIDI, basée sur le DSM IV).

Les tableaux suivants regroupent les différentes études s'attachant à la prévalence sur la vie de la phobie sociale (selon les critères DSM III et DSM III R et IV) :

Tableau III : Résultats selon les critères du DSM III.

|   | Hommes % | Femmes % | Total % | Auteurs                    |
|---|----------|----------|---------|----------------------------|
| ECA (ajusté aux USA)                          | 2,5      | 2,9      | 2,7     | Eaton et al., 1991         |
| ECA 4-sites                                   | 2,0      | 3,1      | 2,4     | Schneider et al., 1992     |
| Saint Louis                                   |          |          | 1,9     | “                          |
| Baltimore                                     |          |          | 3,1     | “                          |
| Los Angeles                                   |          |          | 1,8     | “                          |
| Durham  |          |          | 3,2     | “                          |
| Duke  |          |          | 3,8     | Davidson et al., 1993      |
| Porto Rico                                    | 1,5      | 1,6      | 1,6     | Canino et al., 1987        |
| Edmonton                                      | 1,4      | 2,0      | 1,7     | Bland et al., 1988         |
| Paris   | 2,1      | 5,4      | 4,1     | Lépine et al., 1993        |
| Zürich (phobie sociale pure avec agoraphobie) | 3,1      | 4,4      | 3,8     | Degonda et Angst, 1993     |
| Munich  |          |          | 2,5     | Wittchen et al., 1992      |
| Florence                                      |          |          | 1,0     | Faravelli et al., 1989     |
| Islande                                       | 2,5      | 4,5      | 3,5     | Lindal et Stefansson, 1989 |
| Christchurch                                  | 4,3      | 3,0      | 3,5     | Wells et al., 1989         |
| Séoul   | 0,0      | 1,0      | 0,5     | Lee et al., 1990           |
| Taïwan - métropole                            | 0,2      | 1,0      | 0,6     | Hwu et al., 1989           |
| - petites villes                              | 0,6      | 0,5      | 0,5     |                            |
| - villages                                    | 0,4      | 0,5      | 0,4     |                            |

Tableau IV : Résultats selon les critères DSM III R.

|             | Hommes % | Femmes % | Total % | Auteurs              |
|-------------|----------|----------|---------|----------------------|
| Bâle (CIDI) |          |          | 16,0    | Wacker et al., 1992  |
| NCS* (CIDI) | 11,1     | 15,5     | 13,3    | Kessler et al., 1994 |

\* National Comorbidity Survey

Tableau V : Résultats selon les critères DSM IV.

|                        | Hommes % | Femmes % | Total % | Auteurs                |
|------------------------|----------|----------|---------|------------------------|
| Allemagne (M-CIDI)*    | 2,2      | 4,8      | 3,5     | Wittchen et al., 1998  |
| France - forme modérée |          |          | 7,3     | Pélissolo et al., 2000 |
| - forme sévère         |          |          | 1,9     |                        |

\*Munich-Composite International Diagnostic Interview

On retrouve ici toute la difficulté de comparer des études n'utilisant pas les mêmes critères. Ainsi, si on compare les différents tableaux ci-dessus, on s'aperçoit que lorsque les critères du DSM III sont utilisés, la prévalence de la phobie sociale sur la vie entière se situe entre 2 et 4 % alors qu'avec les critères du DSM III R, celle-ci peut s'élever jusqu'à 16 %, comme nous pouvons le voir dans l'étude de Bâle. En se basant sur les critères du DSM IV, notamment dans l'étude de Munich (M-CIDI), la prévalence sur la vie de la phobie sociale est de 3,5 %.

En fait, tout dépend des instruments utilisés pour poser le diagnostic de phobie sociale. En effet, dans le cadre du DSM III, c'est le DIS qui est utilisé, alors que pour le DSM III R, il s'agit du CIDI, remanié pour l'étude de Munich dans le cadre du DSM IV. Or, si l'on compare le nombre de situations utilisées pour repérer un syndrome de phobie sociale, on s'aperçoit que celui-ci diffère très largement entre ces deux instruments : le DIS est plus restrictif et le CIDI, plus inclusif.

Le tableau reprend les différentes questions posées dans la NCS (National Comorbidity Survey) pour diagnostiquer les cas de phobie sociale.



Tableau VI : Questions posées dans la NCS.

Certaines personnes ont une telle peur intense et déraisonnable de faire certaines choses qu'elles les évitent ou se sentent extrêmement mal à l'aise en les faisant.

Avez-vous déjà eu une telle peur intense et déraisonnable de...

- Parler en public ?
- Utiliser des toilettes loin de votre domicile ?
- Manger ou boire en public ?
- Parler à des gens car vous auriez pu ne rien avoir à leur dire ou auriez pu paraître stupide ?
- Ecrire pendant que l'on vous regarde ?
- Parler devant un petit groupe de gens ?

Est-ce que cette peur a duré des mois voire des années ?

Avez-vous déjà parlé à un médecin, à un spécialiste de santé mentale ou à un autre professionnel de votre peur intense et déraisonnable ?

Avez-vous déjà pris des médicaments plus d'une fois à cause de cette peur ?

Avez-vous déjà été très perturbé du fait d'avoir cette peur ?

A quel point cette peur a-t-elle interféré avec votre vie ou vos activités ?

A quel point votre évitement de cette situation a-t-il interféré avec votre vie ou vos activités ?

Les résultats des études ECA (Epidemiologic Catchment Area) et NCS, toutes deux réalisées sur la population américaine, ont été comparés dans un article de REGIER<sup>30</sup>.

Les prévalences de la phobie sociale pour la vie entière sont de 2,5 et 3,7 % pour l'ECA (en fonction de deux vagues d'enquête) et de 13,3 % pour la NCS. Ces prévalences sur un an sont respectivement de 1,6 et 2,1 % pour l'ECA et de 7,4 % pour la NCS. En calculant la prévalence sur un an de la phobie sociale, en contrôlant les variables démographiques et les questions relatives aux critères diagnostiques du DSM III, et en standardisant les résultats en fonction de l'âge et du sexe, les auteurs retrouvent des prévalences sur un an de 2,4 et 2,5 % pour l'ECA et de 3,2 % pour la NCS.

Ce dernier chiffre de la NCS se transforme en 8,1 % avec pourtant la même standardisation mais en utilisant les critères DSM III R. L'écart entre ces deux chiffres s'explique par la différence essentielle entre ces deux classifications, à savoir le fait que le DSM III ne prend en compte que l'évitement dans la phobie sociale alors que le DSM III R prend en plus en considération la souffrance lors de l'exposition.

On peut noter que les chiffres retrouvés par les Italiens, à Florence, sont exceptionnellement bas comparés à ceux des autres études européennes ou américaines, mais ceci s'explique par le fait que la définition des cas pour ce résultat s'est fait en ayant recours à une procédure hiérarchique des troubles.

Par ailleurs, on constate que les résultats des études réalisées en Asie (Corée et Taiwan) ne rentrent pas du tout dans la fourchette des résultats des autres études. Cela peut suggérer des différences culturelles en Asie entraînant un biais dans les réponses apportées par les patients lors de l'utilisation des instruments (notamment DIS) dont la validité transculturelle n'a pas été étudiée.

Une étude réalisée par l'OMS<sup>31</sup> en 1996 rapporte une prévalence sur la vie chez une population qui consulte en médecine générale de 14,4 % et conclut que la phobie sociale est une pathologie sous-diagnostiquée et sous-traitée en médecine générale.

---

<sup>30</sup> REGIER DA, KAELBER CT, RAE DS et al. Limitations of diagnostic criteria and assesment instruments for mental disorders. Arch Gen Psychiatr 1998 ; 55 : 109-15.

## 2. Données socio-démographiques

L'étude réalisée par SOLYOM<sup>32</sup> en 1986, étudie les caractéristiques socio-démographiques de la phobie sociale à partir d'un échantillon de 47 patients consultant pour cette pathologie. Les résultats retrouvés sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau VII : Caractéristiques socio-démographiques de la phobie sociale (SOLYOM).

|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| Age moyen                           | 30,5 |
| Sexe féminin %                      | 47   |
| Individus mariés %                  | 58   |
| Individus exerçant une profession % | 41   |
| Nombre moyen d'années d'études      | 13,1 |

Les études suivantes ont globalement validé ces résultats :

L'âge moyen de début des troubles est situé entre 13 et 24 ans, la majorité des études rapportant un début entre 13 et 20 ans. Les patients expriment souvent le fait qu'ils ont l'impression d'avoir « toujours » présenté ce trouble. Cette pathologie peut débiter soit brutalement, un événement traumatisant et humiliant est alors souvent rapporté, tel qu'un passage au tableau en classe sous la critique de l'enseignant et les moqueries des camarades, soit de façon plus insidieuse. Il existe par ailleurs un pic au moment de l'adolescence.

L'évolution se fait de manière continue tout au long de la vie, avec parfois de rares moments d'amélioration relative.

On retrouve globalement dans les différentes études un sex ratio de 3 femmes pour 2 hommes. Seule l'étude « National Comorbidity Survey » (NCS)<sup>33</sup>, réalisée par KESSLER, ne retrouve pas la prédominance féminine habituellement notée pour les autres troubles phobiques

<sup>31</sup> WEILLER E, BISSERBE JC, BOYER P, LEPINE JP, LECRUBIER Y. Social phobia in general health care : an unrecognised undertreated disabling disorder. Br J Psychiatry 1996 ; 168 : 169-74.

<sup>32</sup> SOLYOM I, LEEWIDGE B, SOLYOM C. Op. Cit. (22).

<sup>33</sup> KESSLER, cité par ROUILLON F, LEPINE JP, TERRA JL. Epidémiologie psychiatrique. Gourreau, Paris, 1995, 376 p.

L'étude « Epidemiologic Catchment Area » (ECA)<sup>34</sup> rapporte que les sujets sociophobiques sont moins souvent mariés par rapport à la population générale, en effet, il existe un certain consensus entre les différentes études pour affirmer qu'on note un plus grand taux de phobiques sociaux chez les sujets veufs, divorcés ou séparés.

L'étude de WITTCHEN et al.<sup>35</sup> montre un taux plus faible de sujets mariés chez les phobiques sociaux (33,8 %) en comparaison de sujets contrôles (56,9 %). Lorsque l'on s'intéresse au parcours affectif, on s'aperçoit que ceci reflète d'une part un taux de divorce plus important (16,9 % contre 7,7 %), et d'autre part une grande proportion de célibataires (47,7 % contre 32,3 %).

Il semble également établi que les sujets phobiques sociaux ont un niveau d'éducation plus bas avec de moins bonnes performances scolaires et que leur niveau socio-économique est inférieur à celui des sujets contrôle.

Globalement les études NCS et ECA concluent à une plus grande fréquence de phobie sociale chez les célibataires ayant peu fait d'études et de niveau socio-économique inférieur.

Cependant, une étude nord-américaine plus récente a permis de constater une augmentation de la prévalence de la phobie sociale chez les sujets blancs, mariés et ayant un bon niveau d'éducation<sup>36</sup>.

### **3. Comorbidité**

Dans les différentes classifications, les modifications du principe d'exclusion adopté initialement par le DSM-III-R a conduit à redéfinir le concept de comorbidité entre les troubles mentaux en général et, en particulier, entre les troubles anxieux et les troubles de l'humeur.

---

<sup>34</sup> SCHNEIER FR, JOHNSON J, HORNIG C. Social phobia : comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. Arch. Gen. Psychiatr 1992 ; 49 : 282-8.

<sup>35</sup> WITTCHEN HU, FUETSCH M, SONNTAG H, MULLER N, LIEBOWITZ M. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. Eur Psychiatry 2000 ; 15 : 46-58.

<sup>36</sup> HEIMBERG RG, STEIN MB, HIRIPI E, KESSLER RC. Trends in the prevalence of social phobia in the United States : a synthetic cohort analysis of changes over four decades. Eur Psychiatry 2000 ; 15 (1) : 29-37.

Le concept de comorbidité englobe la survenue non seulement dans un même temps (coexistence) mais aussi au cours de l'évolution (comorbidité proprement dite) de différents troubles.

Les différentes études épidémiologiques menées sur la phobie sociale montrent certes une comorbidité élevée avec les autres troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les abus de toxiques, mais il existe peu de données sur la chronologie et l'évolution concomitante de ces pathologies.

a. Phobie sociale et troubles anxieux.

Parmi les patients présentant un trouble anxieux, la phobie sociale apparaît comme le diagnostic additionnel le plus fréquemment rencontré.

BARLOW<sup>37</sup> retrouve, chez 126 patients répondant au diagnostic de trouble anxieux selon le DSM III, une phobie sociale dans 17 % des cas.

Lorsque la phobie sociale est le diagnostic principal, 1 patient sur 4 présente un autre trouble anxieux.

Dans la NCS, 56,9 % des sujets ayant un diagnostic sur la vie de phobie sociale présentaient également un autre trouble anxieux avec un odds ratio de 5,8 (4,9 – 6,9)<sup>38</sup>.

Les troubles anxieux comorbides les plus fréquents sont l'agoraphobie et la phobie simple, certains ayant fait état d'une association plus fréquente entre phobie sociale et agoraphobie qu'entre agoraphobie et trouble panique<sup>39</sup>.

b. Phobie sociale et dépression.

Une comorbidité importante avec des états dépressifs et en particulier avec la dépression majeure a également été rapportée dans toutes les études épidémiologiques, le risque relatif étant de 3 et plus.

---

<sup>37</sup> BARLOW DH, DINARDO PA, VERMILYEA BB, VERMILYEA J, BLANCHARD E. Comorbidity and depression among the anxiety disorders: issues in diagnosis and classification. *J Nerv Ment Dis* 1986 ; 174 : 63-72.

<sup>38</sup> MAGEE WJ, EATON WW, WITTCHEN HU et al. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 1996 ; 53 : 159-68.

<sup>39</sup> ANGST J. Comorbidity of panic disorder in a community sample. *Clin Neuropharm* 1992 ; 15 (1) : 176.

En 1990, STEIN<sup>40</sup> retrouve parmi un groupe de 63 phobiques sociaux, 2 patients ayant présenté un épisode dépressif majeur au cours de l'évolution, soit 35 %. 9 fois sur 10, la dépression est secondaire à la phobie sociale.

Dans la NCS, 41,4 % des sujets présentant une phobie sociale avaient des antécédents d'une comorbidité avec au moins un trouble affectif (odds ratio 3,7).

L'étude française de LEPINE et LELLOUCH<sup>41</sup> a retrouvé une proportion similaire de sujets ayant une phobie sociale qui faisaient état d'au moins un épisode de dépression majeure (45,2 %).

c. Phobie sociale et alcool.

La comorbidité entre troubles phobiques et conduites d'alcoolisation est reconnue depuis très longtemps. Les données retrouvées dans la littérature font état d'une fréquence des troubles anxieux chez les patients alcooliques variant de 15 à 45 %. La fréquence de la phobie sociale chez les alcoolodépendants varie, selon les études, entre 2,4 et 57 % (tableau VIII)<sup>42</sup>. La variation des chiffres pourrait s'expliquer par la définition de l'alcoolisme qu'on utilise : abus ? dépendance ?

---

<sup>40</sup> STEIN MB, TANCER ME, GELERNTER CS, VTTONE BJ, UHDE TW. Major depression in patients with social phobia. Am Journ Psychiatry 1990 ; 147 : 637-9.

<sup>41</sup> LEPINE JP, LELLOUCH J. Classification and epidemiology of social phobia. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci 1995 ; 244 : 290-6.

Tableau VIII : Prévalence de la phobie sociale chez les patients alcooliques.

| ETUDE                   | N   | PHOBIE SOCIALE (%) |
|-------------------------|-----|--------------------|
| Mullaney, Tripett, 1979 | 102 | 23,5               |
| Bowen, 1984             | 48  | 8,3                |
| Stockwell, 1984         | 42  | 57                 |
| Smail, 1984             | 60  | 39                 |
| Weiss, Rosenberg, 1985  | 84  | 2,4                |
| Stravynski, 1986        | 173 | 7,5                |
| Chambless, 1987         | 75  | 18,7               |
| Ross, 1988              | 501 | 12                 |
| Servant, 1990           | 152 | 15,1               |
| Thevos, 1991            | 33  | 15                 |
| Lyliard, 1992           | 49  | 24,4               |
| Marra, 1995             | 44  | 40,9               |
| Clark, 1995             | 43  | 20,9               |
| Driessen, 1996          | 100 | 10                 |
| Chignon, 1997           | 507 | 20,1               |

Inversement, les différents auteurs ont noté un taux de prévalence élevé de comportements d'alcoolisation chez les phobiques sociaux, variant de 14,3 à 43,3 % (tableau IX)<sup>43</sup>.

<sup>42</sup> LEPINE JP, PELISSOLO A. Social phobia and alcoholism : a complex relationship. Journ of Affect Disord. 1998 ; 50 : 523-8.

<sup>43</sup> Ibid.

Tableau IX : Prévalence de l'alcoolisation chez les patients phobiques sociaux.

| ETUDE                | N  | ABUS, DEPENDANCE (%) |
|----------------------|----|----------------------|
| Amies, 1983          | 87 | 20                   |
| Thyer, Curtis, 1986  | 42 | 36,4                 |
| Perugi, Savino, 1990 | 25 | 20                   |
| Cardot, 1991         | 35 | 14,3                 |
| Van Amerigen, 1991   | 57 | 28,1                 |
| Otto, 1992           | 30 | 43,3                 |
| Weiller, 1996        | 74 | 23,6                 |

Parmi les troubles anxieux, les troubles phobiques, de type phobie sociale et agoraphobie, apparaissent comme les plus fréquents et sont retrouvés chez environ 50 % des alcooliques anxieux.

Deux études ont permis de mieux appréhender les rapports entre phobie et alcoolisme.

MULLANEY et TRIPPET<sup>44</sup> retrouvent sur 102 alcooliques hospitalisés, 32,4 % de sujets présentant des phobies invalidantes. La phobie sociale représente 33,3 % des cas et précède le plus souvent l'apparition des conduites d'alcoolisation.

SMAIL et STOCKWELL<sup>45</sup> retrouvent, sur un échantillon de 60 patients dépendants de l'alcool, 32 sujets (53 %) présentant un trouble phobique au cours de leur dernière période d'alcoolisation. Après sevrage, les résultats apparaissent identiques, 1 patient sur 2 présente un trouble phobique.

SCHNEIER et al.<sup>46</sup> ont démontré que la phobie sociale était plus sévère quand elle était associée à l'alcool, mais aussi que dans 15 cas sur 16, elle avait précédé l'alcoolisme.

Il est connu que l'alcool, par son action sur le système GABAergique, a un effet anxiolytique et antidépresseur. Les patients phobiques rapportent fréquemment la désinhibition qu'ils ressentent sous l'effet de l'alcool, ils « deviennent une autre personne, libérée, pouvant enfin parler et faire la fête ».

<sup>44</sup> MULLANEY JA, TRIPPET CJ. Alcohol dependence and phobias : Clinical description and relevance. Br J Psychiatry 1979 ; 135 : 563-73.

<sup>45</sup> SMAIL P, STOCKWELL T, CANTER S, HODGSON R. Alcohol dependence and phobic anxiety states : A prevalence study. Br J Psychiatry 1984 ; 144 : 53-7.

<sup>46</sup> STEIN et al., cités par ADES J, LEJOYEUX M. Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives. Masson, Paris, 1997.



Mais ceci vaut surtout pour les alcoolisations aiguës. En effet, les prises répétées d'alcool majorent l'anxiété : l'action de l'alcool s'inverse quand la dépendance s'installe.

d. Phobie sociale et suicide.

Les troubles anxieux ont été reconnus comme facteurs de risque suicidaire. La phobie sociale a fait l'objet de peu d'études sur ce sujet. L'étude Phoenix, menée en 2006 par PELISSOLO et al.<sup>47</sup> sur 952 patients phobiques sociaux, rapporte un risque suicidaire, c'est-à-dire idées suicidaires et passages à l'acte dans le mois écoulé, chez 364 d'entre eux, soit 39,3 %. Un antécédent de passage à l'acte a été retrouvé chez 146 patients, soit 15,3 %.

Deux hypothèses sont classiquement énoncées pour expliquer ce risque accru : soit le suicide intervient du fait de la présence de comorbidités telles que celles rapportées précédemment (dépression, alcool), soit le risque suicidaire est directement lié à la phobie sociale et le passage à l'acte se produit à l'acmé de l'angoisse situationnelle<sup>48</sup>.

Le risque suicidaire dans la phobie sociale pose un problème propre à cette pathologie. Du fait de l'inhibition, du repli social et de la honte que présentent les sujets phobiques sociaux à l'exposition de leur trouble, ces derniers consultent peu. Le diagnostic de phobie sociale étant alors peu posé, c'est à la suite d'un passage à l'acte suicidaire que l'on est régulièrement amené à les rencontrer.

e. Phobie sociale et retentissement professionnel.

Les sujets phobiques sociaux sont particulièrement exposés au handicap social et professionnel. Comme le montre l'échelle de phobie sociale de Liebowitz (cf. outils d'évaluation), cette pathologie intéresse à la fois la performance et les interactions sociales, deux fondements de l'activité professionnelle.

---

<sup>47</sup> PELISSOLO A, HURON C, FANGET F, SERVANT D, STITI S, RICHARD-BERTHE C, BOYER P. Les phobies sociales en psychiatrie: caractéristiques cliniques et modalités de prise en charge (étude Phoenix). L'encéphale 2006 ; 32 : 106-12.

<sup>48</sup> GOHIER B, CHOCARD AS, GOEB JL, RANNOU-DUBAS K, MALKA J, DUVERGER P, GARRE JB. Phobie sociale et crise suicidaire : le non-dit comme dénominateur commun. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 2003 ; 7 (65) : 47-50.

WITTCHEN et al.<sup>49</sup> montrent dans leur étude que les interactions sociales et le temps de loisir sont beaucoup plus altérés en cas de phobie sociale généralisée qu'en cas de phobie sociale simple. La comorbidité augmente ce retentissement dans les deux groupes. Globalement, 18,7 % des patients souffrant de phobie sociale généralisée avec comorbidité rapportent avoir été incapables de se rendre à l'école ou au travail plus de deux jours lors du mois écoulé du fait de leur phobie sociale.

En 1999, WITTCHEN et al.<sup>50</sup> Comparent le handicap et la qualité de vie chez 65 sujets présentant une phobie sociale généralisée, 51 sujets présentant une phobie sociale comorbide, 34 sujets avec phobie sociale simple et des sujets contrôles. La qualité de vie est mesurée à l'aide de l'échelle HOS-short forum (SF- 36), le handicap à l'aide du Liebowitz Disability Self-Rating Scale (LDSRS), et la productivité au travail à l'aide du Work Productivity and Impairment Questionnaire (WPAI).

Les résultats de cette étude montrent que globalement les phobiques sociaux rapportent une qualité de vie inférieure à celle des sujets contrôles (50 % contre 4,6 %). Cette différence est significative pour les items « vitalité », « santé mentale », « fonctionnement social », et « retrait social ».

De même, le handicap social, mesuré par auto-questionnaire, est globalement plus élevé chez les phobiques sociaux que chez les sujets contrôles. Les phobiques sociaux considèrent leur vie sociale significativement handicapée pour les items « vie quotidienne », « relations sociales », « relations familiales » et « relations amoureuses ». Paradoxalement, l'item « travail » n'est pas altéré de façon significative par cette échelle.

Enfin, concernant la productivité au travail et le statut professionnel, on note un taux de sans-emploi de 10,8 % chez les phobiques sociaux, montant même jusqu'à 21,6 % lorsque se surajoute une comorbidité, contre 3,1 % chez les sujets contrôles. La plupart d'entre eux rattache leur absence d'emploi à leur phobie sociale.

---

<sup>49</sup> WITTCHEN et al., cité par LEPINE JP. Phobies sociales : prévalence, facteurs de risque et comorbidité. *Neuro-Psy* 2001 ; numéro spécial : 22-7.

<sup>50</sup> WITTCHEN HU, FUETSCH M, SONNTAG H, MULLER N, LIEBOWITZ M. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur Psychiatry* 2000 ; 15 : 46-58.

## **B. CLINIQUE**

Le trouble « phobie sociale » est rattaché au concept plus large d'« anxiété sociale » défini comme un « sentiment d'appréhension, de conscience de soi pénible, accompagné de manifestations physiologiques gênantes, survenant lors de situations sociales ou d'évaluation ».

Nous devons la première définition de la phobie sociale à MARKS et GELDER en 1966, cités par STEIN<sup>51</sup> : « la phobie sociale est une réaction anxieuse lors de situations sociales, caractérisée par la timidité ou la peur de rougir en public, ou de manger au restaurant, ou de rencontrer des hommes et des femmes, ou d'aller à des soirées, ou de trembler quand on est observé ».

Actuellement, la phobie sociale se définit comme une peur persistante d'une ou plusieurs situations dans lesquelles le sujet est exposé à l'attention et au regard d'autrui. Sous ce regard, il craint en permanence d'agir de façon humiliante ou embarrassante pour lui-même, mais aussi pour les autres. La peur principale est que ceux qui le regardent émettent ou simplement pensent à des critiques humiliantes. Les pensées supposées négatives d'autrui sont donc d'autant plus redoutées que les critiques sont réelles.

Le diagnostic de la phobie sociale repose sur quatre piliers symptomatiques.

### – **Les cognitions**

Elles sont centrées sur le souci de donner une image positive de soi aux autres, ce qui entraîne, par conséquent, la crainte d'une évaluation négative. Le sujet est envahi de pensées négatives : échec humiliation, incapacité...

Le phobique social focalise son attention sur ses propres manifestations (autocontrôle) et sur les signes provenant de l'entourage, tentant de repérer les marques de rejet, de critique, aussi minimales ou indirectes soient-elles, puis ruminées pendant des heures, confirmant ses pensées négatives et alimentant la trame des croyances profondes d'infériorité, de manque de valeur ou de dangerosité des rapports humains.

---

<sup>51</sup> STEIN et al. Op. Cit. (46).

Il est habituel de retrouver chez ces patients une hypersensibilité à la critique, à l'évaluation négative ou au rejet, une difficulté à manifester de l'assurance et une faible estime de soi ou des sentiments d'infériorité.

– **L'anxiété anticipatoire**

L'anxiété d'anticipation survient vis-à-vis des situations où est impliqué le regard de l'autre. L'expérience déjà éprouvée d'échec réel ou perçu comme tel, dans une situation sociale ou l'échec imaginé en référence à une situation sociale anxiogène passée, va entraîner une exposition en pensée qui va déclencher l'angoisse d'anticipation d'une situation sociale à venir, c'est à dire en rapport avec la crainte d'être jugé anxieux, faible, inapte, voire stupide. Ces situations sont les mêmes que celles retrouvées dans l'angoisse situationnelle.

Cette anxiété anticipatoire usante, taraudante, omniprésente, peut s'exprimer bien longtemps avant la confrontation à la situation sociale ou publique anxiogène.

Cette angoisse se manifeste notamment par l'apparition de signes neuro-végétatifs importants et se continue par l'angoisse situationnelle ou à l'évitement de la situation redoutée.

Rapidement, une spirale anxiété anticipatoire - échec perçu - anxiété anticipatoire accrue - échec perçu plus grave... va s'installer.

– **L'angoisse situationnelle**

Là encore le sujet se trouve confronté à une double source d'angoisse. La première est liée à la crainte fondamentale de la phobie sociale, à savoir la peur d'être jugé par le regard d'autrui en raison de la certitude qu'a le sujet de la faiblesse de ses compétences sociales. La seconde est due au fait même d'éprouver une anxiété situationnelle avec son cortège de signes neuro-végétatifs : tachycardie, extra-systoles, tremblements, accélération de la respiration, sensation d'étouffement, douleurs thoraciques, aphonie, vertiges, voire dépersonnalisation – déréalisation. L'expression en elle-même de ces signes d'anxiété va entraîner une angoisse secondaire, elle aussi liée au regard de l'autre : crainte de passer pour quelqu'un d'inapte à s'exprimer en public, crainte de se mettre à trembler au moment de devoir manger devant d'autres personnes, crainte de devenir aphone au cours d'une conversation ou d'un exposé...

Si on parle d'anxiété anticipatoire avant l'exposition à la situation sociale anxiogène et d'angoisse situationnelle pendant celle-ci, il ne faut pas pour autant imaginer que l'« après-exposition » est exempte d'émotion négative. En effet, en cas d'évaluation d'inaptitude réelle ou perçue comme telle, le sujet phobique social éprouve alors un sentiment de honte et de culpabilité de « ne pas avoir été à la hauteur », d'avoir déçu ou alors d'avoir évité la situation. Ce sentiment persiste longtemps après les faits, avec des remémorations douloureuses. Il persiste des traces hypermnésiques, des cicatrices émotionnelles traumatiques de l'évènement qui, lorsqu'elles sont évoquées, peuvent entraîner à nouveau le même cortège neuro-végétatif d'angoisse qu'initialement. Ces expériences traumatiques participent au maintien et au développement des distorsions cognitives telles qu'elles sont décrites plus tard (cf. abord cognitivo-comportemental).

– **L'évitement**

Face à l'intolérable de l'anxiété et de la honte, le sujet phobique social va tout d'abord tenter de lutter, de se contrôler, mais cette pression supplémentaire sur ses capacités sociales d'adaptation ne va faire qu'aggraver la spirale anxieuse.

Ne reste alors qu'une solution : la fuite.

Certaines situations relationnelles seront alors évitées en totalité, entraînant des préjudices sociaux, professionnels ou personnels parfois majeurs : ne pas aller dans tel lieu fréquenté, éviter tel entretien d'embauche ou tel concours de promotion, ne pas aborder la personne qui plaît... Tous les stratagèmes possibles sont alors mis en place : excuses, prétextes, mensonges, parfois même des scénarii complexes comme par exemple organiser un faux appel téléphonique pendant qu'on est en conversation avec autrui pour pouvoir se défilier.

Plus insidieusement, le phobique social va mettre en place des évitements partiels, c'est-à-dire qu'il participe, mais avec une retenue protectrice : accélérer ou amputer son exposé pour réduire son temps de parole, ne pas s'engager au moment où la relation affective pourrait devenir véritablement intime, participer à une soirée en restant dans son coin...

D'autres comportements plus discrets, appelés « évitements subtils », méritent un repérage sémiologique précis. Il s'agit des petits gestes de précaution qu'effectue le sujet, qui lui permettent de se confronter aux situations sociales en se persuadant qu'il n'y a pas

d'évitement et pas d'angoisse, mais qui, en réalité, entretiennent la croyance du danger et qu'il faudra donc bien identifier avec le patient afin de réaliser une thérapie d'exposition réussie : une mèche soigneusement installée devant le visage, une tenue rouge sensée atténuer le rougissement, des gestes de diversion, une attitude hautaine et cassante...

## **C. FORMES CLINIQUES DE LA PHOBIE SOCIALE**

### **1. Les deux sous-types de la phobie sociale**

On distingue deux formes de phobie sociale : la phobie sociale simple et la phobie sociale généralisée.

La phobie sociale simple, ou non généralisée, est limitée à une ou deux situations d'interactions sociales anxiogènes, en général parler en public, prendre des repas avec des personnes qui ne sont pas familières.

Il s'agit d'un groupe assez hétérogène, à la limite des formes frontières telles que l'anxiété de performance.

La phobie sociale généralisée correspond à ce qu'on entend par phobie sociale lorsque l'on ne précise pas sa forme clinique. C'est cette forme clinique qui est le plus au centre des différentes études menées ces dernières années.

Le diagnostic de phobie sociale généralisée peut être porté lorsque les peurs sont associées à la plupart des situations d'interactions sociales et de performance en public : initier ou soutenir des conversations, participer à de petits groupes, avoir des rendez-vous, parler à des figures d'autorité, se rendre à des soirées...

### **2. Une forme culturelle : le *taijin-kyofu-sho***

Il existe au Japon une forme bien particulière d'anxiété sociale rattachable au concept de phobie sociale : le *taijin-kyofu-sho*. Il s'agit de la crainte d'un individu d'offenser ou d'importuner son entourage par son odeur corporelle, son comportement, son regard trop

insistant ou son rougissement. Certains sujets en arrivent même à fermer les yeux dans les transports en commun pour ne pas incommoder autrui. D'autres se nettoient obsessionnellement le corps et les cheveux. La soumission aux critiques supposés de l'autre est totale et aboutit à un mode de pensées rigide très dévalorisant et annihilant.

## **D. FORMES FRONTIERES DE LA PHOBIE SOCIALE**

Plusieurs autres manifestations de la crainte du regard de l'autre ou des relations sociales peuvent se rencontrer à côté de la phobie sociale. Elles peuvent relever de la pathologie, telle que la personnalité évitante, mais aussi appartenir à la « normalité », puisque très fréquemment rencontrées, comme le trac ou la timidité. A noter que cette dernière peut également être pathologique.

Les auteurs ne semblent actuellement toujours pas d'accord sur l'existence de relations entre ces différentes expressions de la crainte de l'autre, il s'agirait alors d'entités différentes ou, au contraire, si on peut parler d'un continuum allant de la timidité simple jusqu'à la phobie sociale, en passant par la timidité pathologique, le trac, l'anxiété de performance et la personnalité évitante. Cette question reste ouverte.

**La timidité** est un concept ancien, non psychiatrique et large. C'est un terme couramment employé mais dont la définition scientifique précise reste problématique, il recouvre des réalités très différentes.

A l'origine, la timidité était un terme plutôt laudatif désignant celui qui agissait dans l'esprit religieux d'éviter le Mal (du latin *timere* qui signifie celui qui craint Dieu).

Puis son sens s'est élargi au XVIIIème siècle pour caractériser des personnes « craintives, pleines d'appréhension », « manquant d'assurance et de hardiesse », « discrètes dans les relations sociales », jusqu'à désigner toutes les formes d'embarras qu'il est possible de ressentir en présence d'autrui.

Actuellement cette appellation correspond à « *un type particulier d'anxiété sociale, décrivant une manière d'être durable et habituelle, marquée par une tendance prononcée, lors des situations nouvelles, à se tenir en retrait et à éviter de prendre l'initiative, malgré un désir relatif d'échange avec l'entourage* »<sup>52</sup>. Elle décrit l'existence simultanée d'un

---

<sup>52</sup> ANDRE C, LEGERON P. La peur des autres. Odile Jacob, Paris, 2003, 332 p.

malaise intérieur et d'une maladresse extérieure en présence d'autrui. Il faut cependant noter que les capacités à s'adapter aux situations d'interaction sociale sont plus développées que dans les formes pathologiques d'anxiété sociale. En effet, si le timide redoute les situations sociales et cherchent à les éviter, c'est surtout les « premières fois » qui sont angoissantes, son anxiété diminuant au fur et à mesure de la répétition d'une situation ou d'une rencontre, alors que le phobique social aura tendance à mettre en place un renforcement négatif irrationnel lors de la répétition, à partir de la rumination d'un échec virtuel qu'il aura imaginé.

C'est pourquoi la timidité ne peut être considérée comme une maladie.

Le tableau X compare timidité et phobie sociale.

Tableau X : Comparaison timidité – phobie sociale (tiré de ANDRE et LEGERON<sup>53</sup>).

| <b>Timidité</b>   | <b>Phobie sociale</b>  |
|---|--|
| Peur d'être ignoré  | Peur d'être humilié ou agressé   |
| Désir d'être accepté  | Désir d'être oublié  |
| Inhibition les premières fois, puis relative aisance au fur et à mesure des nouveaux contacts       | La répétition des contacts ne met pas toujours plus à l'aise, au contraire, à cause de la peur d'être démasqué au fur et à mesure que l'intimité s'accroît |
| Gêne en situation sociale   | Véritable panique en situation sociale   |
| Sentiment de déception après les prestations sociales jugées insatisfaisantes                       | Sentiment de honte après les prestations sociales jugées insatisfaisantes  |
| Le désir de contact est supérieur à la crainte de l'échec   | La crainte de l'humiliation est supérieure au désir de contact   |
| En cas de gêne sociale, conduites d'inhibition, et observation des autres                           | En cas de gêne sociale, conduites de dissimulation de son malaise et auto-observation  |
| Les attitudes sociales amicales et accueillantes rassurent (« je n'ai pas à faire le premier pas ») | Les attitudes sociales amicales et accueillantes peuvent embarrasser ou angoisser (« est-ce sincère ? », « que faire ? »)                                  |

<sup>53</sup> Ibid.



**Le trac** est une sensation d'anxiété intense mais passagère, limitée à une situation et à un moment donnés.

D'un point de vue étymologique, il semble que le mot *trac* ait la même origine que le verbe *traquer*, « poursuivre sans laisser d'issue ». Les premières utilisations du mot *trac* semblent avoir été faites, au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, au sujet des comédiens et des étudiants pour désigner leur appréhension face au jugement d'un public ou d'un jury<sup>54</sup>.

Ce trouble peut se rencontrer dans toutes les situations et se manifeste par une sorte de paralysie psychosomatique survenant à un moment où il ne faudrait pas qu'elle apparaisse.

Contrairement au phobique social dont l'anxiété se manifeste pendant toute la durée de l'exposition au regard de l'autre, le « traqueur » est angoissé avant l'exposition mais son angoisse diminue et même disparaît au fur et à mesure de l'exposition jusqu'à être de niveau équivalent à celui des sujets normaux<sup>55</sup>.

Tableau XI : Comparaison trac – phobie sociale (tiré de ANDRE et LEGERON<sup>56</sup>).

| <b>Trac</b>  | <b>Phobie sociale</b>   |
|--|---|
| Anxiété forte peu avant la situation                                       | Anxiété forte avant, pendant et après la situation                              |
| Diminution rapide de l'anxiété dès le début de l'exposition                | Pas de diminution voire augmentation de l'anxiété au cours de l'exposition      |
| Performance sociale possible même si l'anxiété est forte                   | Anxiété pouvant aboutir à une attaque de panique voire à la fuite               |
| Soulagement après la prestation sociale                                    | Honte après la prestation sociale   |
| Récupération rapide après la prestation                                    | Epuisement et rumination ensuite  |
| Phénomène d'habituation lors de la répétition dans les mêmes circonstances | Sensibilisation lors de la répétition dans les mêmes circonstance, ou évitement |

**La personnalité évitante** : ce terme, sa définition et sa conceptualisation sont dus à MILLON<sup>57</sup>. Il décrit les personnalités « détachées » qui sont introverties, distantes et isolées, éprouvant des difficultés à établir des relations proches, évitant les activités sociales,

<sup>54</sup> DUNETON C, cité par ANDRE C, LEGERON P. Ibid.

<sup>55</sup> ANDRE C, LEGERON P. Op. Cit. (52)

<sup>56</sup> Ibid.

<sup>57</sup> MILLON T, cité par TIGNOL J, PUJOL H. Phobie sociale, timidité et personnalité évitante. Neuro-psy 2001 ; numéro spécial : 41-5.

préférant ne pas se mêler aux autres et ne semblant pas y trouver d'intérêt. Au sein de ce trouble de la personnalité, il distingue deux sous-types : la « personnalité détachée active », qu'il nomme personnalité évitante, et la « personnalité détachée passive », qu'il nomme personnalité schizoïde. Le point commun entre ces deux personnalités est le retrait social. Mais alors que ce retrait social dans la personnalité schizoïde correspond au manque de désir d'avoir des relations sociales, dans la personnalité évitante, il est engendré par une hypersensibilité au rejet.

La première apparition du trouble personnalité évitante a lieu en 1980 dans le DSM III. Les caractéristiques essentielles étaient alors la faible estime de soi et l'hypersensibilité à la critique et au rejet, entraînant un comportement d'évitement malgré le désir d'être aimé et accepté. Ce trouble a suivi des modifications au cours des différents DSM, et le DSM IV présente une définition de la personnalité évitante assez floue notamment dans sa distinction d'avec la phobie sociale. L'ambiguïté entre les deux concepts est même explicite, puisqu'il est recommandé, dans le diagnostic de phobie sociale généralisée, « d'envisager également le diagnostic de personnalité évitante ».

Les auteurs tendent à s'accorder sur le fait que personnalité évitante et phobie sociale sont en réalité la même pathologie<sup>58</sup>. Le trouble personnalité évitante représenterait le degré de gravité le plus élevé de l'anxiété sociale. La phobie sociale généralisée se situerait juste en dessous de la personnalité évitante. Les deux troubles sont caractérisés par une inhibition sociale, un sentiment d'incompétence sociale et une hypersensibilité au jugement d'autrui. Mais dans la personnalité évitante, c'est la personnalité toute entière qui est affectée par la peur des autres, la crainte d'être jugé ou rejeté est alors permanente. De plus, le sujet évitant cherche à rationaliser son comportement et ses pensées en toute circonstance, s'éloignant du véritable problème qui finit par être oublié, rejetant les raisons de son mal-être sur autrui. Ce qui fait que ces patients n'ont pas conscience de leur anxiété sociale et ne sont pas demandeurs de soins.

Le mécanisme pathologique, la sémiologie et la réponse thérapeutique étant similaires dans les deux troubles, il semble bien qu'il s'agisse d'une même entité nosographique.

---

<sup>58</sup> TIGNOL J, PUJOL H. Op. Cit. (57).

Tableau XII : Comparaison personnalité évitante – phobie sociale (tiré de ANDRE et LEGERON)<sup>59</sup>.

| Personnalité évitante   | Phobie sociale  |
|---|---|
| Evitements rationalisés : « j'évite car je n'ai pas envie, ça ne vaut pas la peine, je suis trop fatigué... »                     | Evitements culpabilisés : « j'évite et je ne devrais pas, mais je ne me sens pas capable, je ne suis pas assez fort, j'ai honte... »    |
| Attribution de responsabilité externe : « c'est la faute des autres, ils ne sont pas assez accueillants, ouverts, indulgents... » | Attribution de responsabilité interne : « c'est de ma faute, je ne fais pas assez d'efforts, je suis trop émotif, je m'écoute trop... » |
| Peu demandeur d'aide pour son anxiété sociale   | S'il est informé, demandeur d'aide pour son anxiété sociale   |
| Conscience floue de son anxiété sociale   | Conscience claire de la souffrance due à son anxiété sociale  |
| Anxiété sociale égo-syntonique : « je suis comme ça »   | Anxiété sociale égo-dystonique : « j'aimerais ne pas être comme ça »  |

***L'anxiété de performance*** désigne les états émotionnels précédant la confrontation avec un public au cours de l'exécution d'une tâche donnée. Elle se manifeste avant et pendant la performance attendue, et peut même conduire à un évitement de la situation de performance. Cette anxiété porte sur la crainte de ne pas être à la hauteur de ce que les autres attendent du sujet. « Les autres » sont souvent représentés par un public puisque l'anxiété de performance est particulièrement rencontrée chez les musiciens, comédiens, sportifs...

Cette chronologie de l'anxiété par rapport à la situation anxiogène est très comparable à ce qu'on observe dans la phobie sociale, mais contrairement à cette dernière, on note un phénomène d'habituation au fur et à mesure de la répétition de la situation de performance redoutée.

Pour certains auteurs, l'anxiété de performance s'intègre dans le cadre de la phobie sociale généralisée et est, à ce titre considérée comme un trouble. Mais la plupart des auteurs la considère plutôt comme une dimension anxieuse, partie d'un continuum entre le normal et le pathologique. Dans ce sens, nous pouvons mettre en avant que si la phobie sociale

<sup>59</sup> ANDRE C, LEGERON P. Op. Cit. (52)

implique une anxiété de performance, l'anxiété de performance ne signe pas forcément la phobie sociale. De plus, comme nous venons de l'évoquer, le phénomène d'habituation est spontanément présent dans l'anxiété de performance, ce qui fait qu'une situation de performance peut se révéler anxiogène à un certain moment et ne pas l'être à un autre. C'est pourquoi nous pouvons la comparer au trac, et la positionner proche de la normalité, même si le handicap professionnel peut être grand.

Le DSM IV insiste à plusieurs reprises sur la nécessité de considérer a priori l'anxiété de performance comme normale.

On rapproche habituellement de l'anxiété de performance deux autres troubles : l'anxiété aux examens et la dysfonction érectile.

Tableau XIII : Récapitulatif nosographique des différents types d'anxiété sociale.

|              | Normal            | Pathologique                           |
|--------------|-------------------|--|
| Paroxystique | <b>TRAC</b>       | <b>PHOBIE SOCIALE</b>                  |
|              | <b>ANXIETE DE</b> | <b>PERFORMANCE ?</b>                   |
| Chronique    | <b>TIMIDITE</b>   | <b>PERSONNALITE</b><br><b>EVITANTE</b> |

## **E. OUTILS D'EVALUATION UTILISES<sup>60</sup>**

### **1. Questionnaire des peurs (Fear questionnaire) : annexe 1**

Le questionnaire des peurs, établi par Marks et Mathews en 1979, a pour objectif d'identifier brièvement les problèmes phobiques les plus fréquemment rencontrés en clinique. Il permet d'évaluer également l'anxiété et la dépression associées aux phobies.

<sup>60</sup> BOUVARD M, COTTRAUX J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Masson, Paris, 323 p.

C'est l'instrument le plus utilisé pour évaluer l'efficacité du traitement des sujets agoraphobes et phobiques sociaux.

Il s'agit d'un auto-questionnaire, rapide à remplir, constitué de deux parties :

Une partie *normative* formée des items fermés, elle comprend elle-même trois parties :

- Une liste de phobies de 15 items (items 2 à 16) subdivisée en 5 items d'agoraphobie, 5 items de phobie du sang et 5 items de phobie sociale ;
- Un questionnaire d'anxiété dépression (items 18 à 22) ;
- Un item mesurant la gêne consécutive au comportement phobique.

Une partie *descriptive* regroupant l'item 1 qui permet au sujet de décrire et d'évaluer de 0 à 8 la phobie principale, l'item 17 qui permet d'ajouter une phobie non comprise dans la liste des quinze items fermés et l'item 23 qui permet de décrire et d'évaluer tout sentiment désagréable ressenti par le patient qui ne serait pas dans la liste fermée des cinq items d'anxiété dépression.

Chaque item phobique est coté en fonction de l'évitement de 0 (n'évite pas) à 8 (évite toujours).

Chaque item d'anxiété dépression est coté en fonction de la souffrance de 0 (ne souffre pas) à 8 (souffre extrêmement).

Le score total du comportement phobique s'obtient en additionnant les notes des items 2 à 16 (score de 0 à 120).

Le score d'agoraphobie s'obtient en additionnant les notes des items 5, 6, 8, 12, 15.

Le score de phobie du sang et des blessures s'obtient en additionnant les notes des items 2, 4, 10, 13, 16.

Le score de phobie sociale s'obtient en additionnant les notes des items 3, 7, 9, 11, 14.

Le score total de la dépression et de l'anxiété s'obtient en additionnant les notes des items 18 à 22.

Le score de gêne est obtenu directement (0 à 8).

Tableau XIV : Les normes de la version française (Cottraux et al. 1987, Bouvard 1986).

|                                  | Moyenne (écart type) | 1 <sup>er</sup> quartile | Médiane | 3 <sup>ème</sup> quartile |
|----------------------------------|----------------------|--------------------------|---------|---------------------------|
| <u>Score d'agoraphobie :</u>     |                      |                          |         |                           |
| Sujets agoraphobes               | 27,47 (9,35)         | 22                       | 28      | 34                        |
| Sujets phobiques sociaux         | 10,50 (7,52)         | 5                        | 9       | 15                        |
| Sujets contrôles                 | 4,58 (6,42)          | 0                        | 2       | 7                         |
| <u>Score de phobie du sang :</u> |                      |                          |         |                           |
| Sujets contrôles                 | 8,09 (7,59)          | 2                        | 6       | 12                        |
| <u>Score de phobie sociale :</u> |                      |                          |         |                           |
| Sujets phobiques sociaux         | 23,32 (6,64)         | 19                       | 22      | 29                        |
| Sujets agoraphobes               | 14,91 (9,07)         | 7                        | 14      | 18                        |
| Sujets contrôles                 | 7,27 (6,11)          | 2                        | 5       | 10                        |

La consistance interne (c'est-à-dire l'homogénéité, le fait que les items mesurent bien la même chose) apparaît satisfaisante.

La validité de critère montre que l'échelle d'agoraphobie différencie les sujets agoraphobes des sujets anxieux et de sujets contrôles. De même l'échelle de phobie sociale différencie les sujets phobiques sociaux d'autres sujets anxieux et contrôles. L'échelle de phobie du sang et des blessures n'a jamais été validée par cette technique. Il semblerait que les sujets agoraphobes aient des scores plus élevés que les phobiques sociaux sur cette échelle.

Le score total phobie, le total anxiété dépression et l'item gêne paraissent peu valides pour différencier les sujets anxieux entre eux.

Les validités convergente (c'est-à-dire la corrélation entre deux outils évaluant le même construct) et discriminante (l'absence de corrélation entre deux outils appartenant théoriquement à des constructs différents) ont été peu étudiées.

La structure factorielle est stable à travers les pays et les populations.

Les quatre dimensions théoriques, agoraphobie, phobie du sang, phobie sociale et anxiété dépression du questionnaire des peurs ont été démontrées. Seules les échelles d'agoraphobie, de phobie du sang et de phobie sociale apparaissent valides.

Cette échelle est utile dans le cadre de la phobie sociale pour le dépistage et l'évaluation du traitement.

## **2. Echelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée (PPAG) : annexe 2**

Cet instrument simple, établi par COTTRAUX en 1993, permet d'évaluer les trois grands types d'anxiété à savoir les phobies, les attaques de panique et l'anxiété généralisée.

Il peut être utilisé comme une échelle d'auto ou d'hétéro-évaluation. L'évaluateur doit définir les deux principales situations phobogènes qui représentent un handicap tel, que leur amélioration par la thérapeutique changerait la vie du sujet. Ces deux situations doivent être définies avant de coter l'item 1 ou 2.

L'échelle comprend 5 scores qui prennent en compte la semaine écoulée :

- Phobie 1 (0 à 8) ;
- Phobie 2 (0 à 8) ;
- Fréquence des attaques de panique (0 à 8) ;
- Nombre de symptômes du trouble panique (0 à 13) ;
- Intensité de l'anxiété généralisée (0 à 8).

Deux items qualitatifs permettent de vérifier si le patient présente ou continue de présenter les critères DSM IV du trouble panique en tenant compte du mois écoulé.

Cette échelle permet surtout de comparer le sujet à lui-même, car elle paraît sensible au changement thérapeutique lors d'une thérapie cognitivo-comportementale.

La validité concurrente (comparaison des résultats à ceux d'instruments du même type déjà validés) a été établie entre le score de phobie sociale du questionnaire des peurs et le score de phobie principale de la présente échelle chez des sujets phobiques sociaux. La corrélation est de 0,43.

### **3. Test comportemental d'évitement (Behavioural avoidance test) : annexe 3**

Il évalue l'intensité de l'évitement de situations phobiques ou de situations provoquant des rituels ainsi que l'intensité du malaise du patient dans ces situations.

Le thérapeute détermine avec le patient les quatre situations phobiques (ou provoquant des rituels) à partir de deux phobies principales prises comme objectifs thérapeutiques. Il est demandé au patient de se placer réellement dans les situations décrites, seul ou en présence du thérapeute, et d'évaluer le malaise qu'il ressent sur une échelle de 0 (pas de malaise) à 8 (très grand malaise ou évitement total).

Ce test comprend deux scores :

- Le score de l'évitement qui se calcule en additionnant le nombre de réponses négatives (non = 1 point) ;
- Le score de malaise qui se calcule en additionnant les 4 notes des réponses « malaise ».

Il s'agit d'une mesure ipsative du comportement phobique ou obsessionnelle compulsive. Aucune donnée normative n'est possible.

Cette échelle permet néanmoins chez un même patient de comparer son comportement d'évitement avant et après traitement.

### **4. Echelle de phobie sociale de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale) : annexe 4**

La version française est due à Lépine.

Elle a pour objectif d'évaluer la phobie sociale selon deux dimensions théoriques : des situations de performance et des situations d'interaction sociale. Le sujet doit coter l'anxiété puis l'évitement de chacune des situations. Cette échelle est remplie par le clinicien en présence du patient.

Plusieurs versions se sont succédées, la version actuelle comprend 24 items communs à l'anxiété et à l'évitement. L'anxiété et l'évitement du sujet dans chaque situation sont



évalués séparément sur deux échelles de cotation. Pour l'anxiété, l'échelle va de 0 (aucune) à 3 (sévère) alors que pour l'évitement, elle va de 0 (jamais) à 3 (habituel).

Plusieurs scores sont considérés, mais le plus utilisé est le score total qui prend en compte les notes de l'échelle d'anxiété et celles de l'échelle d'évitement. Il s'étend de 0 à 144.

On peut également calculer les scores de performance (items 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20 et 21) et d'interaction sociale (items 5, 7, 10, 11, 12, 15, 18, 19, 22, 23 et 24).

Il existe donc quatre sous-scores à cette échelle : anxiété de performance, évitement de performance, anxiété sociale et évitement social.

Les résultats sont interprétés comparativement à des « normes » établies sur le score total dans la version anglaise :

- ✦ Phobie sociale modérée : 56-65 ;
- ✦ Phobie sociale marquée : 65-80 ;
- ✦ Phobie sociale sévère : 80-95 ;
- ✦ Phobie sociale très sévère : plus de 95.

Peu d'études de validation ont été réalisées.

Le coefficient de consistance interne pour le score total est de 0,96.

La validité convergente avec d'autres mesures de l'anxiété sociale donne un fort degré de convergence. La corrélation est à 0,73 avec le questionnaire *Social Interaction Anxiety Scale* (mesure de l'anxiété en situation sociale). Elle est de 0,61 avec le *Social Phobia Scale* (mesure de l'anxiété lors de l'observation par les autres). Elle est de 0,63 avec l'échelle de phobie sociale du questionnaire des peurs.

La validité discriminante est faible avec les échelles de dépression (Hamilton et Beck).

Les deux échelles de performance sont plus corrélées avec le questionnaire *Social Phobia Scale* qu'avec le questionnaire *Social Interaction Anxiety Scale* alors que c'est l'inverse pour les échelles d'interaction sociale.

Actuellement, il s'agit de l'échelle la plus utilisée dans les études pharmacologiques et les études contrôlées. Elle représente une alternative intéressante aux questionnaires de la phobie sociale mais les qualités psychométriques restent à vérifier.

### **5. Questionnaire des conduites interpersonnelles (Scale for interpersonal behavior) : annexe 5**

Ce questionnaire s'adresse uniquement aux phobiques sociaux. Il fournit deux types d'information : la probabilité du sujet à s'engager dans une réponse assertive (performance) et le degré de gêne lorsque le sujet réalise la situation décrite (gêne). Chaque score global se subdivise en quatre dimensions qui peuvent mettre en évidence un déficit spécifique du sujet.

Le sujet évalue chaque item sur deux échelles de 5 points, l'une pour la gêne (Etes-vous tendu(e) ?, de pas du tout à énormément), l'autre pour la probabilité qu'il réalise la situation décrite (Le faites-vous ?, de jamais à toujours).

Le score global de l'échelle de gêne est la somme des notes obtenues à chaque item, de 1 (pas du tout) à 5 (énormément). Le score global de l'échelle de performance est la somme des notes obtenues à chaque item, de 1 (jamais) à 5 (toujours). Les quatre sous-scores sont :

- I = expression des sentiments négatifs et défense de ses droits : items 2, 7, 9, 10, 15, 22, 25, 28, 31, 33, 34, 39, 41, 48, 50.
- II = expression d'une limitation personnelle : items 4, 11, 12, 13, 17, 18, 23, 30, 36, 40, 42, 46, 47, 49.
- III = initiative de l'assertivité : items 1, 3, 5, 26, 27, 32, 38, 44, 45.
- IV = donner et recevoir des compliments : items 6, 8, 16, 19, 21, 24, 37, 43.

Quatre items (14, 20, 29, 35) n'appartiennent à aucune de ces dimensions mais entrent dans le calcul des scores totaux.

Plus le score de performance est haut et moins le sujet sera invalidé.

Normes pour les sujets normaux :Tableau XV : Echelle de gène : moyenne (écart type).

| Total          | Sous-total I  | Sous-total II | Sous-total III | Sous-total IV |
|----------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
| 104,05 (31,83) | 34,85 (11,11) | 26,59 (8,91)  | 18,87 (6,78)   | 16,47 (6,16)  |

Tableau XVI : Echelle de performance : moyenne (écart type).

| Total          | Sous-total I | Sous-total II | Sous-total III | Sous-total IV |
|----------------|--------------|---------------|----------------|---------------|
| 155,22 (22,37) | 42,09 (7,99) | 49,37 (7,28)  | 28,58 (5,48)   | 23,15 (4,65)  |

Sujets phobiques sociaux :Tableau XVII : Echelle de gène : moyenne (écart type).

| Total          | Sous-total I  | Sous-total II | Sous-total III | Sous-total IV |
|----------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
| 153,51 (32,49) | 58,18 (10,45) | 37,16 (9,45)  | 30,06 (6,75)   | 24,11 (7,02)  |

Tableau XVIII : Echelle de performance : moyenne (écart type).

| Total          | Sous-total I | Sous-total II | Sous-total III | Sous-total IV |
|----------------|--------------|---------------|----------------|---------------|
| 135,88 (22,35) | 36,01 (7,86) | 45,39 (7,36)  | 23,77 (5,38)   | 20,45 (4,39)  |

Des études de validité ont été réalisées sur des populations contrôles et des populations cliniques.

La validité de critère montre que les deux échelles différencient bien les sujets phobiques sociaux des sujets normaux. Les deux scores totaux et toutes les sous-échelles, sauf la IV, différencient les sujets phobiques sociaux des sujets présentant une personnalité évitante.

Les validités convergente et discriminante ont été bien établies.

La structure factorielle est globalement comparable donc stable à travers les groupes.

La corrélation du total de l'échelle de gène est négative.

La sensibilité au traitement a été montrée.

Cet outil est multi-dimensionnel. Il permet au thérapeute de repérer les déficits spécifiques du patient.

#### **6. TAPIS : Test d'Auto-évaluation des Pensées en Interaction Sociale (social interaction self statement test) : annexe 6**

Ce questionnaire, élaboré par Glass en 1982, est destiné à évaluer la fréquence des pensées facilitatrices (pensées positives) ou inhibitrices (pensées négatives) dans le contexte des relations hétéro-sociales.

Initialement, l'auteur préconisait de réaliser un jeu de rôle d'interaction sociale avec une personne de sexe opposé puis de remplir ce questionnaire. Depuis, les consignes ont été changées, on demande au sujet de répondre au questionnaire en référence à des situations récentes, vécues dans sa vie quotidienne. Pour chaque énoncé, le sujet indique la fréquence à laquelle est survenue chaque pensée.

La cotation s'effectue par le biais d'une échelle de 5 points, de 1 (je n'ai presque jamais eu cette pensée) à 5 (j'ai très souvent cette pensée). Le questionnaire comprend deux scores, de 15 à 75 chacun :

- Les pensées positives : additionner les items 2, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 24, 25, 27, 28, 30 ;
- Les pensées négatives : additionner les 15 autres items.

Voici la fourchette des moyennes (écart type) :

Sujets phobiques sociaux :

TAPIS positif : 35,62 (7,69) ;

TAPIS négatif : 55,15 (9,15).

Sujets contrôles :

TAPIS positif : 48,62 (8,63) ;

TAPIS négatif : 30,54 (8,72).

Les deux échelles, positive et négative, possèdent une consistance interne satisfaisante.

L'échelle négative différencie deux types de phobiques sociaux : les sujets ayant peur de l'interaction sociale ont de plus hauts scores que les sujets ayant peur de parler en public.

La corrélation entre les deux échelles du TAPIS est négative.

La validité discriminante a été peu étudiée.

Seule l'échelle négative du TAPIS apparaît sensible au changement thérapeutique.

Cette échelle, à condition de bien déterminer les modalités de passation qui ont été modifiées par rapport à ce que l'auteur avait consigné, est un bon outil d'évaluation dans la phobie sociale.

## **7. Echelle d'affirmation de soi de Rathus : annexe 7**

L'échelle de RATHUS, créée en 1973, est un instrument qui permet de mesurer le degré d'affirmation de soi. Le concept d'affirmation de soi appartient au courant comportementaliste. S'affirmer, c'est être capable d'exprimer ses pensées, ses sentiments, ses opinions, de faire respecter ses droits, tout en tenant compte de ceux des autres. On

oppose classiquement au comportement affirmé, les comportements passif, agressif et passif-agressif.

Cet auto-questionnaire est composé de 30 items qui concernent différentes situations sociales courantes. Le patient doit indiquer à quel degré chacune des 30 affirmations est caractéristique de son comportement ou de lui-même. Il utilise pour cela une note allant de  $-3$  (vraiment non caractéristique), à  $+3$ , (très caractéristique).

Pour la cotation, on doit distinguer deux types d'items : les items directs pour lesquels la cote est celle donnée par le patient et les items indirects ou inversés (marqués d'un astérisque) pour lesquels il faut inverser le signe algébrique des cotes. Le score total de l'échelle est la somme algébrique de tous les items. Son étendue va de  $-90$  à  $+90$ .

On admet que la variation du score vers  $-90$  signifie que le sujet présente des difficultés d'affirmation de soi dans le sens de la passivité. Un score vers zéro traduit un comportement normalement affirmé. Des scores positifs sont retrouvés chez des sujets bien affirmés mais aussi agressifs.

Sur le plan métrologique, l'instrument est fidèle et valide. La version française a été également validée. L'échelle est sensible, permettant de bien distinguer les patients avec une phobie sociale, mais aussi d'apprécier les changements sous thérapie. En revanche la cohérence interne est insuffisante et l'étude des corrélations avec d'autres questionnaires montre une trop grande hétérogénéité.

L'échelle distingue bien les sujets affirmés des sujets passifs, mais mal les sujets très affirmés des sujets agressifs.

Une autre limitation de l'échelle de Rathus est qu'elle évalue surtout les composantes verbales de la communication et qu'elle néglige les comportements non verbaux, tels que le regard, l'expression faciale, la gestuelle...

Il n'en reste pas moins que l'échelle de RATHUS représente à l'évidence l'instrument le plus simple et de première intention dans l'évaluation de l'affirmation de soi.

## **8. Echelle des peurs FSS III (Fear Survey Shedule) : annexe 8**

En 1957, DIXON et al. construisaient, à l'usage de malades psychiatriques, un inventaire portant sur 26 phobies couramment rencontrées dans la population.

La première échelle des peurs (FSS I) a été élaborée en 1963, dans le but de suivre l'évolution des peurs de patients pris en charge en thérapie comportementale de désensibilisation systématique. Elle devait rapidement être remplacée par la FSS II puis la FSS III en 1964. Cette dernière est plus extensive, recouvrant un plus grand échantillon de peurs, et est de construction plus empirique.

Ce questionnaire de 76 items permet de mesurer la nature et l'intensité des peurs irrationnelles dont il existe 6 variétés :

- animaux,
- situations sociales et interpersonnelles,
- atteintes corporelles, maladies et mort,
- bruits,
- phobies classiques (ascenseur, espaces clos...),
- peurs diverses.

Il s'agit d'un auto-questionnaire pour lequel on indique que les items se rapportent « à des choses ou à des circonstances qui peuvent effrayer ou provoquer d'autres sensations désagréables ». Le sujet coche en regard de chaque item le degré de frayeur ou de sensation désagréable que celui-ci éveille en lui dans l'immédiat.

Les items sont cotés de 1 (pas du tout de frayeur ou de sensation désagréable) à 5 (énormément de frayeur ou de sensations désagréables), en passant par « un peu » (2), « assez » (3) et « beaucoup » (4). L'addition des notes obtenues à chaque item permet d'obtenir le score global dont l'étendue va de 76 à 380.

La FSS III est bien adaptée à l'évaluation des troubles phobiques. Alors que dans une population générale, les peurs ne se regroupent pas de façon très nette, dans une population phobique, cette échelle permet d'avoir une bonne indication des catégories de peurs que présentent les patients, et ce en peu de temps. Cette identification des stimuli déclencheurs

de peur est particulièrement utile à la construction de hiérarchies pour les thérapies d'exposition.

La FSS III permet également de suivre l'évolution de la symptomatologie phobique lors d'une prise en charge thérapeutique comportementale et cognitive. Certains auteurs préfèrent utiliser les scores séparés des 6 catégories que comprend l'échelle plutôt que le score global.

La structure factorielle est multidimensionnelle, variant en fonction de l'âge et de la population étudiée. Malheureusement, les corrélations entre cette échelle et d'autres instruments de mesure de l'anxiété sont faibles. Ceci est largement dû au manque d'informations descriptives sur les stimuli.



## **IV. ANALYSE CONCEPTUELLE**

### **A. ABORD COGNITIVO-COMPORTEMENTAL**

Nous proposons de passer en revue les différents modèles étiologiques de la phobie sociale appartenant au champ cognitivo-comportementaliste.

La peur d'agir sous le regard de l'autre ne semble pas être un comportement acquis par imitation, même si on retrouve fréquemment des antécédents de timidité dans la famille et particulièrement chez les parents.

On a pu remarquer que les interactions avec l'environnement familial semblent avoir des particularités prédisposantes, et notamment l'attitude des parents qui semble spécifiquement être mémorisée chez les patients adultes, ce qui prend toute son importance lorsqu'on aborde les habiletés sociales et l'assertivité, puisqu'il s'agit souvent de familles au fonctionnement social réduit.

Dans son modèle, BUSS<sup>61</sup> suppose que la sensibilité à l'évaluation sociale peut être facilitée par les pratiques d'éducation parentale qui accentuent l'isolement de l'enfant et le rendraient particulièrement réceptif au regard minutieux d'autrui.

L'isolement des enfants peut l'empêcher de s'engager dans les relations sociales qui pourraient diminuer ses peurs. Les remontrances des parents concernant l'attitude à adopter en public ne peut que contribuer à l'anticipation anxieuse de l'évaluation par autrui dans les situations sociales.

#### **1. Le modèle du conditionnement**

Les modèles comportementalistes ont, un certain temps, postulé que la phobie sociale repose sur une association apprise entre une situation sociale et un événement aversif.

Avant d'aller plus loin dans l'analyse de ce postulat, il paraît indispensable de revenir sur les théories du conditionnement.

---

<sup>61</sup> BUSS AH. A theory of shyness. In : JONES WH, SHEEK JM, BRIGGS SR. Shyness : perspectives and research and treatment. Plenum Press, New York, 1986.

Les théories de l'apprentissage reposent sur deux types de conditionnement : le conditionnement classique, ou Pavlovien, ou répondant, et le conditionnement opérant, ou Skinnérien, ou instrumental.

– Le conditionnement répondant est la réponse par un organisme à une situation stimulus spécifique. Les expériences animales, menées par PAVLOV sur le chien, sont la base de l'étude de la réponse d'un organisme à la stimulation par un stimulus conditionnel associé à un stimulus inconditionnel. Une réponse conditionnelle (salivation) est obtenue en associant un stimulus inconditionnel (nourriture) à un stimulus conditionnel (diapason). La salivation est la réponse initialement inconditionnelle obtenue après présentation de nourriture (stimulus inconditionnel). Puis le stimulus inconditionnel est associé à un stimulus conditionnel neutre (diapason) tout en aboutissant à la même réponse qui devient conditionnelle et est ensuite obtenue par l'exposition au seul stimulus conditionnel (cf. figure 2).

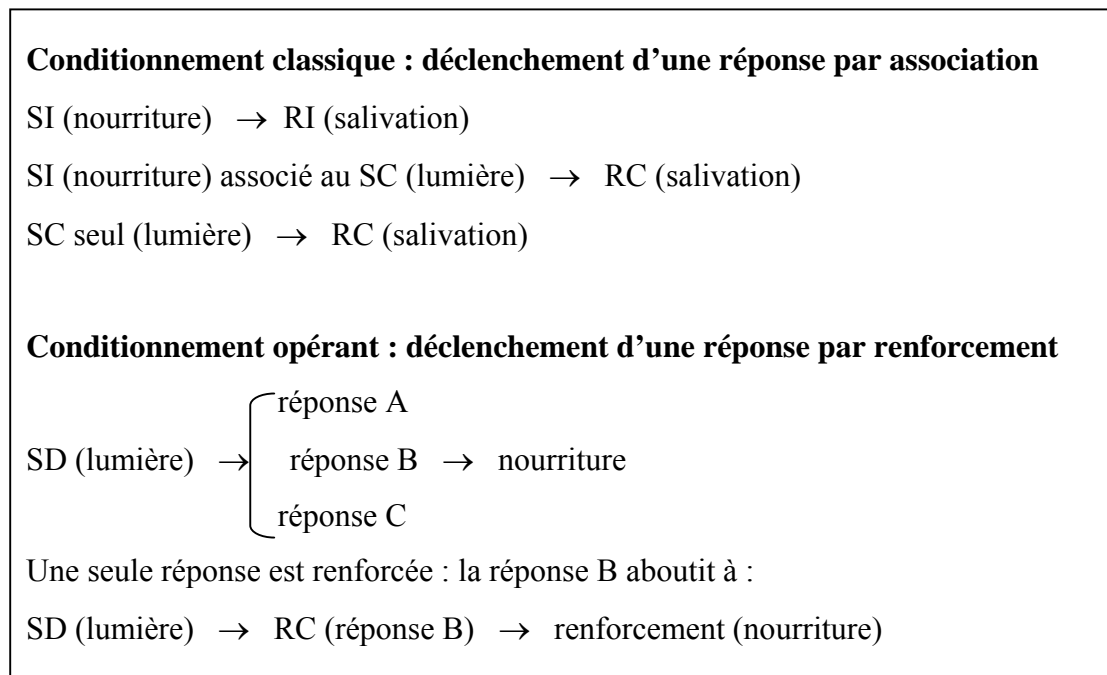
Sur le modèle de Pavlov chez l'animal, les premiers travaux d'étude sur l'acquisition des névroses ont été menés par Watson et Rayner.

La théorie classique considère que n'importe quel stimulus simple ou complexe qui est associé à une situation entraînant de la peur peut par la suite déclencher à lui seul des réactions de peur ouvertes : fuite, évitement, échappement, réponses verbales, et couvertes : pensées, réponses physiologiques.

– Le conditionnement opérant : a été mis en évidence par l'utilisation expérimentale d'une boîte (la boîte de Skinner où un animal est enfermé). La boîte contient un levier ; si l'animal découvre par hasard que l'utilisation du levier lui permet d'obtenir de la nourriture, il a tendance à répéter cette action qui devient plus intense et plus fréquente. On parle de renforcement (cf. figure 2).

Les conséquences d'un comportement peuvent être plaisantes, déplaisantes ou nulles. Dans le premier cas on aboutit à un renforcement positif avec tendance à la répétition du comportement, dans le deuxième cas on observe un renforcement négatif et l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement à la situation susceptibles de provoquer des désagréments. Dans le troisième cas, en l'absence de conséquences positives ou négatives, l'action va progressivement disparaître du fait de l'absence de tout renforcement : c'est l'extinction.

Le schéma ci-dessous compare conditionnements classique et opérant.



SI : stimulus inconditionnel ; RI : réponse inconditionnelle ; SC : stimulus conditionnel ;  
RC : réponse conditionnelle ; SD : stimulus discriminatif

Figure 2 : Schéma comparatif du conditionnement classique et du conditionnement opérant.

Les modèles comportementalistes du conditionnement postulent que la phobie sociale repose sur une association apprise entre une situation sociale et un quelconque événement aversif. Ces modèles ont été un certain temps supportés par le fait qu'une grande part des phobiques sociaux se rappelle de nombreux événements de vie sociale traumatisants. Cependant les analyses rétrospectives ont une valeur limitée. De plus, si on peut considérer que le modèle du conditionnement peut être acceptable dans la phobie sociale simple, où une seule à deux situations sociales sont mises en cause, ce modèle ne peut être explicatif de la crainte de la majorité des situations d'interaction sociale dans la phobie sociale généralisée.

BUSS<sup>62</sup> développe un modèle d'acquisition par apprentissage échappant à la critique précédente car s'appuyant sur les concepts de sensibilité et de timidité. Ici, ce n'est pas une

<sup>62</sup> Ibid.

situation sociale qui est associée à un événement aversif, mais l'ensemble des situations sociales qui est mis en lien avec la crainte d'un jugement du fait de l'attitude des parents qui attirent sans cesse l'attention de leur enfant sur l'attitude correcte à avoir en public dans la perspective d'une évaluation par le groupe social.

Mais ce modèle s'éloigne déjà du modèle stricto sensu du conditionnement puisqu'il fait intervenir des éléments cognitifs et d'assertivité.

## **2. Le modèle de la préparation**

Comme décrit au chapitre de l'abord neurobiologique (ci-dessous), des études de jumeaux ont montré qu'il existait, pour la phobie sociale, une prédisposition génétique, quoique moins conséquente que l'influence environnementale.

SELIGMAN<sup>63</sup> décrit en 1971 un concept intéressant, qu'il nomme le modèle de la préparation, et selon lequel les sujets naissent avec des capacités d'apprendre très rapidement certaines associations : ils sont préparés à d'éventuels stimuli phobiques perçus comme signaux de danger. Cette préservation ontogénétique s'inscrit dans le cadre de l'évolution phylogénétique.

OHMAN<sup>64</sup> a modélisé ce concept en l'adaptant à la phobie sociale : la préparation concerne ici la peur d'être critiqué, de la colère d'autrui et des manifestations sociales de rejet.

TROWER et GILBERT<sup>65</sup> ont, à partir de ce modèle, avancé les concepts de dominance et de soumission. Pour eux, les places dans la hiérarchie du milieu familial sont bien établies dans la préadolescence. Mais à l'adolescence, les relations avec les pairs bouleversent cet ordre en rendant obligatoire la confrontation à un nouveau système social. Une nouvelle hiérarchie s'établit, se basant sur la vulnérabilité de chacun et l'évaluation des uns par les

---

<sup>63</sup> SELIGMAN M. Phobias and preparedness. Behav Ther 1971 ; 2 : 307-20.

<sup>64</sup> OHMAN A. Face the beast and fear the face : animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. Psychophysiology 1986 ; 23 : 123-45.

<sup>65</sup> TROWER P, GILBERT P. New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. Clin Psychol Rev 1989 ; 9 : 19-35.

autres. Cette théorie est confortée par le fait que c'est à l'adolescence justement qu'apparaît la phobie sociale.

Mais ce modèle peut aussi bien s'appliquer à la phobie sociale qu'à un autre trouble anxieux social, et il n'est probablement pas suffisant en lui-même pour expliquer pourquoi telle ou telle base génétique fait que telle ou telle personne va présenter une phobie sociale.

C'est pourquoi un modèle « préparation – conditionnement » semble plus efficace, en tenant compte de l'intégration, lors d'un conditionnement, des apprentissages préparés.

### **3. L'hypothèse génétique et la part des apprentissages**

TROWER et GILBERT<sup>66</sup> supposent que les individus ont une capacité innée pour la reconnaissance de la peur (modèle de la préparation), et que celle-ci se développe ou non, et d'une certaine façon selon les influences environnementales (modèle du conditionnement).

Ils développent un modèle dans lequel la « mentalité » est préparée biologiquement et implique la tendance à percevoir les groupes sociaux en fonction de hiérarchies « dominants/dominés ». Les rapports entre sujets d'un groupe social sont basés sur l'évaluation et le coping, afin de mener un combat pour sa propre défense.

Le fonctionnement de ces deux systèmes repose sur des schémas cognitifs qui, pour le phobique social, sont basés sur la hiérarchie, la compétitivité dans les relations sociales et une vision hostile du monde social.

Au sein de ce fonctionnement, où l'individu doit trouver sa place dans la hiérarchie basée sur le mode dominant/dominé, le phobique social, présentant une hypersensibilité à l'évaluation par autrui, va se centrer sur lui-même dans un but de défense du Moi et va mener une lutte afin d'éviter la perte potentiellement catastrophique de son statut dans la hiérarchie.

Cette recherche d'une place dans ce système hiérarchique est expliquée dans la figure 3.

---

<sup>66</sup> Ibid.

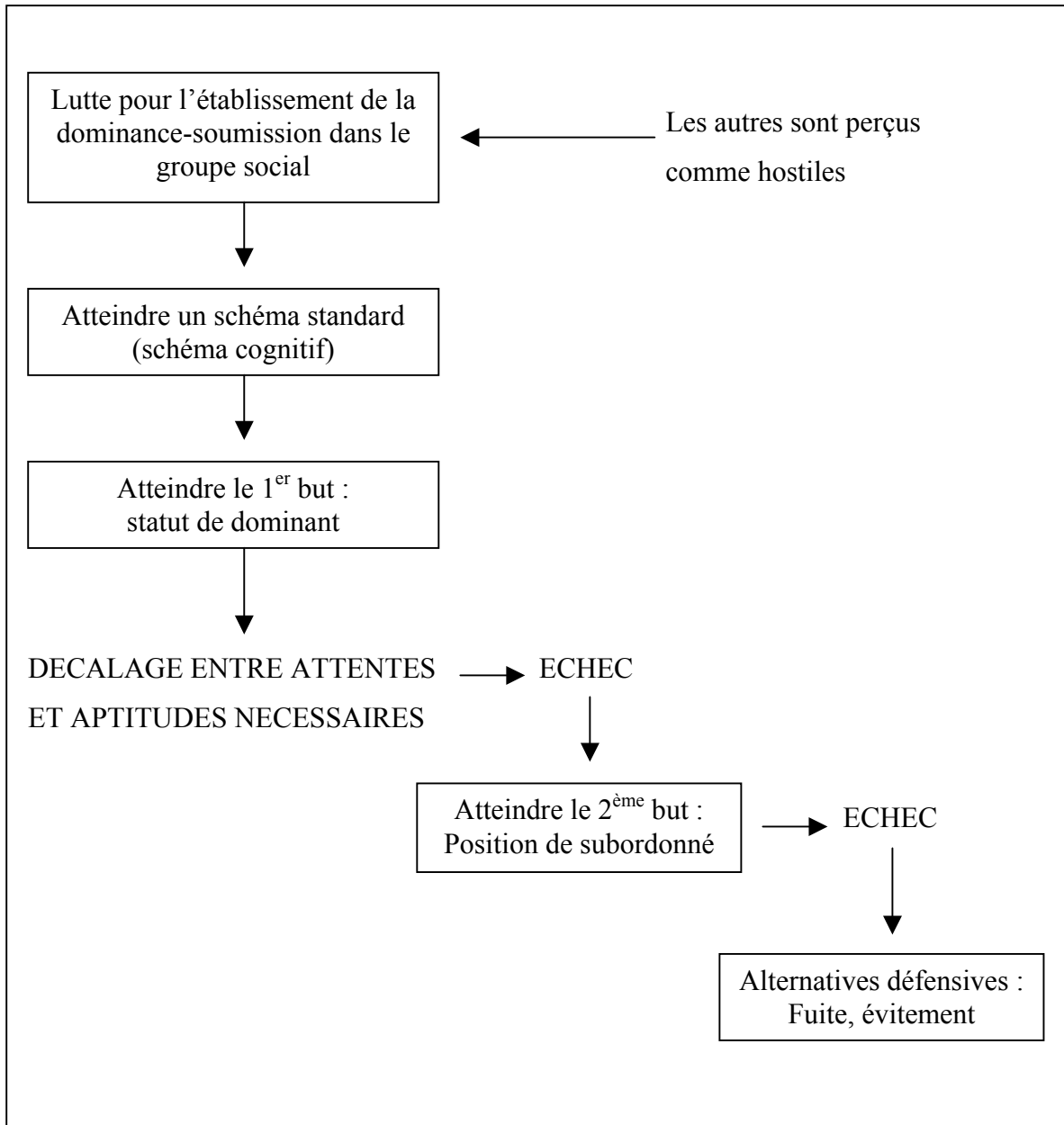


Figure 3 : Le modèle de TROWER et GILBERT.

Le schéma caractérisant la phobie sociale est de type superordonné, c'est-à-dire allant du dominant au dominé. Les sujets socialement anxieux cherchent en premier lieu à atteindre le statut de dominant. Mais ils ont des attentes faibles sur leurs capacités sociales à construire ou maintenir cette identité. Ce décalage entre le but et les appréciations négatives des aptitudes à l'atteindre crée une anxiété massive, non supportable et qui met en péril la survie de l'individu, qui n'a donc d'autre choix que de choisir la deuxième place dans la hiérarchie : celle de dominé.

Si à nouveau cette place échoue, il ne peut plus opter que pour des alternatives défensives, correspondant au besoin primaire de survie : la fuite (évanouissement, camouflage) ou l'évitement.

En résumé, dans ce modèle, le phobique social, percevant les autres comme hostiles, tente de lutter contre cette évaluation négative en adoptant un comportement soumis ou par l'évitement de toute relation.

#### **4. Le modèle de l'inhibition comportementale chez l'enfant**

Développé par KAGAN<sup>67</sup> en 1984, ce modèle décrit le comportement de retrait de certains enfants face à un environnement non familial.

Il existe deux types d'inhibition chez l'enfant : l'inhibition envers les étrangers, stable, elle constitue une dimension continue de la personnalité et correspond à la non-familiarité ; et l'inhibition envers les pairs qui diminuerait dans le temps et correspond à l'inquiétude face à l'évaluation d'autrui produite par les relations avec l'environnement social.

Les enfants inhibés acquièrent avec le temps un comportement passif caractérisé par de longs temps d'activités solitaires, ce qui est à l'origine de l'apparition du déficit dans les compétences sociales.

Le pronostic n'est pas le même pour tous les inhibés. L'évolution à l'adolescence peut se faire vers une amélioration, si l'environnement familial est favorable à l'acquisition de moyens de coping contre l'inquiétude dans les évaluations sociales. Le terme coping vient de l'anglais *to cope* : affronter, faire face. Il représente l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux que déploie l'individu pour répondre à des demandes internes et / ou externes spécifiques évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives. Il s'agit de processus que le sujet interpose entre lui et un événement éprouvant afin d'en maîtriser ou diminuer l'impact sur son bien-être physique ou psychique. Mais les sujets inhibés ont rarement la possibilité de recourir à des moyens de coping, et l'évolution se fait alors soit vers un maintien de cette inhibition avec des relations sociales plus faibles que les

---

<sup>67</sup> KAGAN J, REZNICK JS, CLARCK EC. Behavioral inhibition to the unfamiliar. Child Dev 1984 ; 55 : 2212-25.

adolescents non inhibés, soit vers une aggravation de cette inhibition, s'il existe des troubles psychopathologiques ou une pauvreté des rapports sociaux dans la famille, pouvant conduire l'adolescent vers une phobie sociale ou un trouble panique.

Ce modèle est repris dans la figure 4.

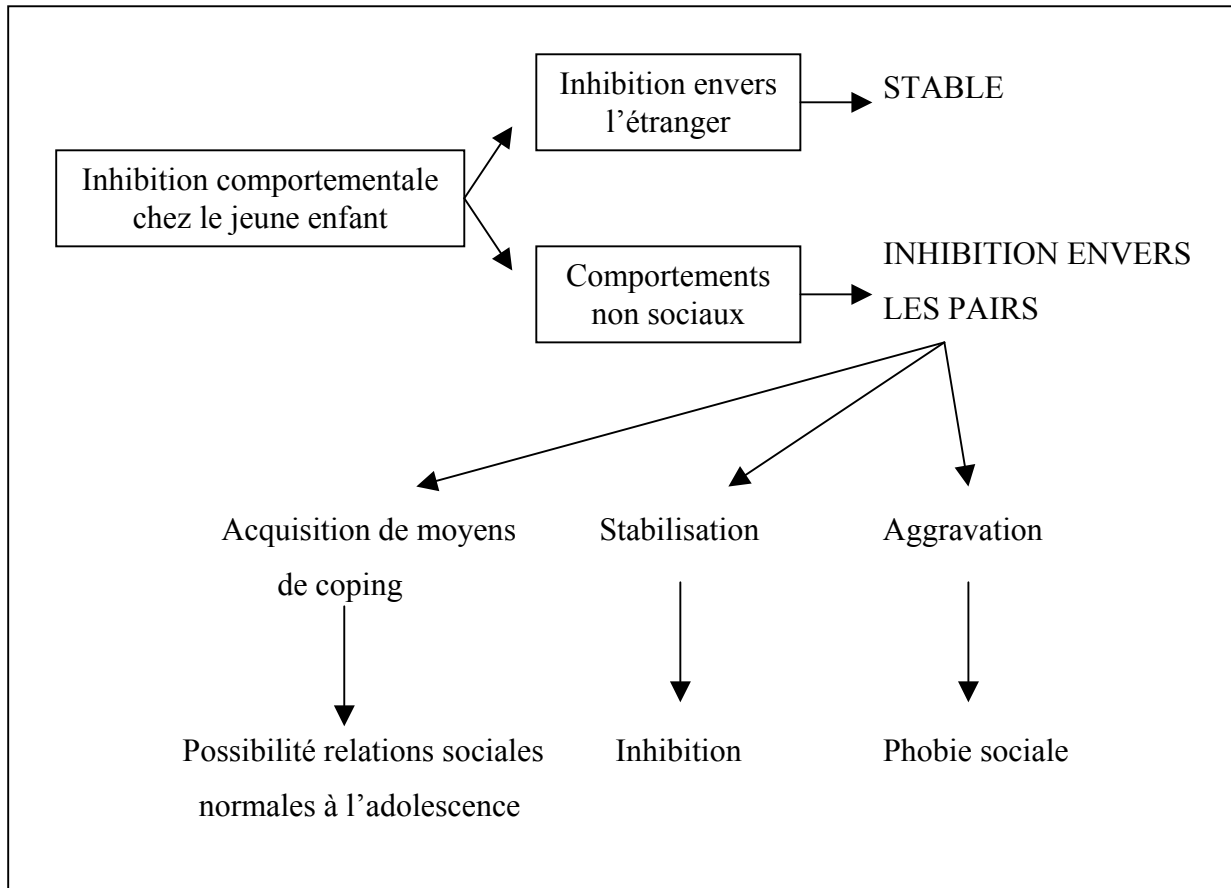


Figure 4 : Conséquences de l'inhibition comportementale chez l'enfant.

### 5. Le modèle du déficit dans les compétences sociales

Les « social skills » des anglo-saxons, habiletés sociales en français, peuvent être déficitaires, ce qui, pour TROWER et al.<sup>68</sup> serait à l'origine du trouble phobie sociale. Ce déficit dans les capacités d'affrontement des situations sociales a surtout été étudié selon l'angle spécifique des interactions avec les sujets de sexe opposé.

<sup>68</sup> TROWER P, BRYANT BM, ARGYLE M. Social skills and mental health. Methuen, London, 1978.



BEIDEL et al.<sup>69</sup> ont démontré que les sujets ayant un haut niveau d'anxiété sociale ont des capacités sociales nettement inférieures à celles des sujets à faible niveau d'anxiété sociale, et cela dans une grande variété de tâches. De faibles performances dans les situations sociales amènent des conséquences négatives, de la gêne, une évaluation négative d'autrui et une détresse psychologique.

Ce déficit peut avoir deux causes : soit les compétences sociales n'ont jamais été apprises, soit elles ont été apprises mais ne peuvent être mises en oeuvre car inhibées.

STOPA et CLARK<sup>70</sup> se sont particulièrement intéressés aux pensées des phobiques sociaux, comparées à celles des timides. Chez les phobiques sociaux, ils observent une plus grande fréquence de pensées négatives, mais il s'agit d'auto-évaluations et non de pensées négatives de l'autre locuteur. Ces pensées sont la conséquence de données réelles mais fonctionnent plutôt comme un programme automatique, c'est-à-dire que le phobique social lancerait un programme de pensées négatives dès qu'il se trouve en situation sociale, sans tenir compte de la situation en elle-même ou de son locuteur, alors que le timide tiendrait compte de la situation sociale dans laquelle il se trouve lorsqu'il active ces pensées négatives, en tenant compte des réactions positives de son interlocuteur. Le phobique social fonctionnerait donc de façon centrée sur ses propres auto-évaluations négatives, les activant, les considérant et ainsi les aggravants sans qu'aucune réaction positive de l'entourage ne puisse mettre fin à cette spirale. Il en résulte un double handicap : une performance moins bonne que leurs pairs et une perception faussée de leur propre comportement sans que l'évaluation qu'ils font d'autrui ne soit erronée.

## **6. Les modèles de l'apprentissage social et de l'assertivité**

La théorie de l'apprentissage social a été élaborée par BANDURA<sup>71</sup> en 1969. Elle se fonde sur des bases expérimentales et intègre des données cognitives. En outre, il s'agit d'une théorie sociale et, de ce fait, repose, par définition, sur le comportement humain, ce

---

<sup>69</sup> BEIDEL DC, TURNER SM, MORRIS TL. A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia : the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychol Assessment* 1995 ; 7 : 73-9.

<sup>70</sup> STOPA L, CLARK DM. Cognitive processes in social phobia. *Behav Res Ther* 1993 ; 31 : 255-67.

<sup>71</sup> BANDURA A, cité par COTTRAUX J. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson, Paris 2004 ; 397 p.

qui la différencie de la théorie skinnérienne qui tend à calquer le comportement humain sur celui des animaux.

Les travaux de BANDURA<sup>72</sup> partent d'une double critique de leur auteur : de la psychanalyse qui place la motivation à l'intérieur de l'individu sans justification causale précise fondée sur l'expérience, et du behaviorisme radical de SKINNER qui place le problème de la motivation entièrement dans l'environnement et les contingences de renforcement externes.

BANDURA<sup>73</sup> propose un schéma où l'individu, le comportement externe et l'environnement agissent en complète interaction, se définissant les uns les autres. Il s'agit d'un modèle bidirectionnel, interactionnel qui, contrairement au modèle opérant, voit l'individu comme un organisme actif.

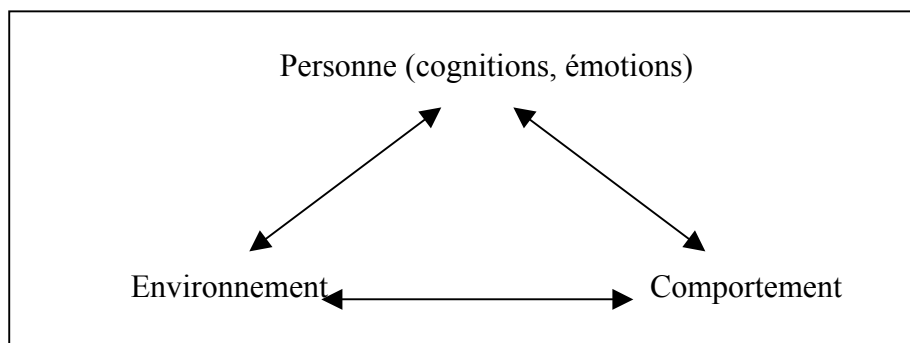


Figure 5 : Modèle bidirectionnel de BANDURA.

L'apprentissage des conduites sociales de l'enfant se fait par observation et imitation des comportements des personnes familières.

Les processus symboliques et l'imitation sont étroitement liés et représentent un apprentissage moins coûteux et plus rapide que l'apprentissage par essais et erreurs.

BANDURA<sup>74</sup> parle de « régulation du comportement » plutôt que de renforcement. Il met en avant la différence entre renforcement mécanique et externe, qui reste le modèle d'apprentissage préférentiel pour les organismes dits « inférieurs », c'est-à-dire dont les

---

<sup>72</sup> Ibid.

<sup>73</sup> Ibid.

<sup>74</sup> Ibid.

processus symboliques sont plus limités, du système de régulation du comportement humain propre aux humains.

Les processus symboliques sont encore appelés cognitifs. Ils représentent les pensées, images mentales, croyances, etc. Ces processus sont accessibles à l'analyse expérimentale et des travaux comme ceux de SPIELBERGER et NIKE<sup>75</sup> ont montré que, lorsqu'on soumet des sujets à un programme de conditionnement opérant cherchant à renforcer l'expression de certains mots (conditionnement verbal), les performances sont meilleures chez ceux qui ont conscience du programme de renforcement de l'examineur. Elles sont nettement moins bonnes si les sujets ignorent le but de l'expérience. On en conclut que la conscience du renforcement est nécessaire à la modification du comportement.

L'apprentissage social par imitation consiste en l'apprentissage vicariant, ou *modeling*, qui a lieu par l'intermédiaire de l'observation de modèles qui peuvent être réels, symboliques ou imaginaires. Ce mode d'apprentissage peut avoir un rôle positif, notamment dans l'acquisition de modes de relation sociale adaptés.

L'apprentissage social par imitation, ou vicariant, est basé sur l'observation. Quatre stades permettent au sujet de reproduire un comportement fonctionnellement équivalent à celui du modèle :

- L'attention : permet d'observer et de coder ;
- La rétention mnésique avec codage symbolique, organisation cognitive, répétition symbolique et répétition motrice mentale ;
- La reproduction motrice ;
- La motivation, qui peut intervenir à chacun des stades du processus d'apprentissage social par imitation.

---

<sup>75</sup> SPIELBERGER, NIKE, cités par COTTRAUX J. Op. Cit. (71).

On distingue trois types de renforcement, ou plus exactement de régulation du comportement :

- Le renforcement externe ;
- Le renforcement vicariant où le sujet observe un sujet puni ou récompensé pour un comportement qu'il va ensuite soit éviter de reproduire, soit imiter ;
- L'auto-renforcement lié à l'anticipation de récompenses, qui déclenche les processus d'attention en vue d'imiter le modèle.

Le modèle de l'apprentissage par imitation est résumé dans la figure 6.

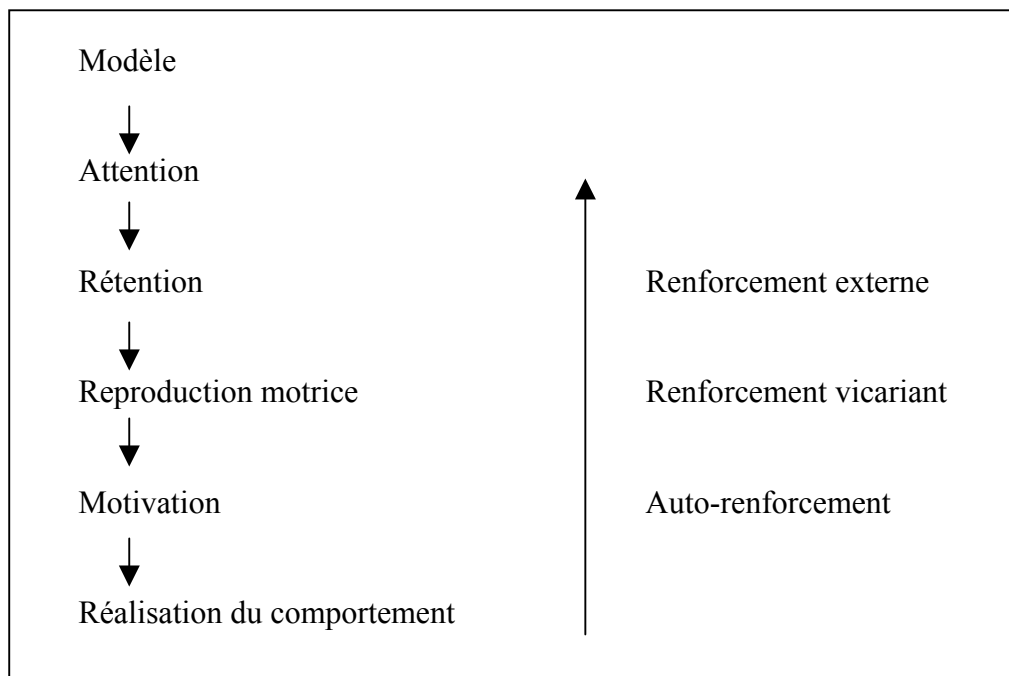


Figure 6 : Modèle de l'apprentissage par imitation (BANDURA).

L'apprentissage social fait intervenir toute une série de processus internes qui peuvent être le siège d'une erreur commise par l'enfant ou l'adolescent et entraîner un échec : mauvaise observation des activités du modèle, un codage inadéquat, et en conséquence une représentation mnésique faussée, une incapacité à réaliser le comportement et enfin une motivation insuffisante à chacune des étapes.

D'autre part, l'enfant ou l'adolescent peut mettre en oeuvre ce processus d'apprentissage social pour des comportements observés d'anxiété sociale, de peur, d'inhibition comportementale, d'évitement, et même de conduites telles que la soumission.

Cependant, pour COTTRAUX<sup>76</sup>, l'apprentissage par imitation ne peut expliquer entièrement l'acquisition de la phobie sociale dans laquelle la base biologique intervient de façon majeure. Mais ceci n'empêche pas d'envisager qu'un enfant puisse ne pas acquérir de façon satisfaisante par imitation les modes de coping efficaces dans les relations sociales.

L'assertivité est un concept assez flou, décrivant les comportements verbaux et non verbaux ainsi que les émotions efficaces dans les relations sociales, et qui peut être défini comme « *un comportement qui permet à une personne d'agir au mieux dans son intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments et d'exercer ses droits sans dénier ceux des autres* »<sup>77</sup>. L'assertivité entend un contrôle des émotions, elle est capitale pour pouvoir développer des capacités à avoir des relations sociales.

Un manque d'assertivité peut avoir été appris dans l'enfance du fait des réactions de l'entourage familial ou social qui ont gelé les sentiments et les émotions ou puni leur libre expression, mais il peut aussi tout simplement être dû à l'absence complète d'apprentissage de la gestion des émotions.

Avant de considérer un comportement comme assertif ou non, il est important de le remettre dans son contexte culturel.

Par exemple, dans la culture chinoise, les marques d'humilité font partie de la panoplie des comportements assertifs car nécessaires à l'établissement d'inter-relations sociales normales, les Chinois ayant un score nettement inférieur aux normes américaines au test d'assertivité de RATHUS.

Au sein même de ce qu'il est courant d'appeler la « culture occidentale », il faut être vigilant, car le « machisme » apprécié comme assertif dans les pays latins est perçu comme agressif dans les pays nord européens.

Ou encore, dans une même ville, on ne peut comparer un comportement considéré comme assertif dans un quartier chic de ce qu'il est dans une banlieue dite « sensible ».

---

<sup>76</sup> COTTRAUX J. Op. Cit. (71).

<sup>77</sup> ALBERTI RE, EMMONS ML, cités par COTTRAUX J. Ibid.

C'est pourquoi certains auteurs se sont attachés à définir une conceptualisation componentielle de l'assertivité en partant du principe qu'une personne peut avoir un comportement assertif dans certaines situations sociales et pas dans d'autres.

Là encore, l'assertivité et le déficit dans les compétences sociales ne peuvent bien sûr pas être considérés comme explicatifs de la phobie sociale, mais nous ne pouvons nier leur implication dans cette pathologie ne serait-ce que lorsque l'on observe l'amélioration des sujets après prise en charge dans les groupes d'affirmation de soi.

Nous pouvons considérer que la phobie sociale résulte entre autres, d'une vulnérabilité prédispositionnelle à devenir anxieux dans les situations sociales considérées comme stressantes à laquelle s'ajoutent un déficit dans les compétences sociales ainsi que le non-apprentissage de l'assertivité. Ceci ne fait que s'aggraver par les conséquences qui s'enchaînent, à savoir l'affaiblissement de l'efficacité sociale, le retrait social et la diminution du statut social.

## **7. Les modèles cognitifs**

Les premières hypothèses selon lesquelles il existe des facteurs cognitifs dans l'apparition de la phobie sociale remontent à 1982, par les travaux d'EMMELKAMP<sup>78</sup>.

Le modèle de référence est celui de BECK, concernant l'ensemble des troubles anxieux, repris par MUSA et LEPINE<sup>79</sup> et adapté à la phobie sociale en 2000.

Ce modèle est basé sur le postulat suivant : l'anxiété sociale serait la conséquence de croyances et de pensées dysfonctionnelles, assimilables à la vulnérabilité. Il s'agirait d'une interprétation erronée dans les situations sociales dans lesquelles le sujet phobique social met en avant ses pensées négatives en étant convaincu de son incapacité sociale et persuadé que son comportement va entraîner son rejet de la part d'autrui. Les manifestations somatiques et comportementales de son anxiété sont des signaux d'alarme hypersensibles le poussant, dans

---

<sup>78</sup> EMMELKAMP PM. Phobic and obsessive-compulsive disorders : theory research and practice. Plenum Press, 1982.

<sup>79</sup> MUSA CZ, LEPINE JP. Cognitive aspects of social phobia : a review of theories and experimental research. Eur Psychiatry 2000 ; 15 : 59-66.

un but de survie, à la fuite ou l'évitement. Le pivot de ce trouble est la crainte de l'évaluation négative.

Les distorsions cognitives dans la phobie sociale sont nombreuses, les principales étant la maximalisation des pensées négatives et de remémoration de situations sociales d'échec, et la minimalisation des situations ou signaux sécurisants de valorisation.

Ce modèle, dit du « traitement de l'information », postule que les troubles sont dus à l'existence d'un dysfonctionnement cognitif, affectant la manière dont le patient perçoit les événements, à partir de schémas personnels d'une rigidité excessive.

Trois variables cognitives sont identifiées :

- **Les cognitions ou pensées automatiques** : elles représentent le discours intérieur du sujet. Il est courant de les organiser selon ce que l'on nomme la « triade cognitive » :
  - Cognitions sur soi : cognitions d'incapacité ou de défaillance, « je ne suis pas à la hauteur », « je suis trop émotif », « ma voix est trop aiguë quand je suis gêné »... ;
  - Cognitions sur le monde extérieur : cognitions sur les exigences des personnes ou des situations, « ils sont en train d'observer mes mains qui tremblent », « dans ce repas, je dois absolument paraître à l'aise et parler à tout le monde »... ;
  - Cognitions sur le futur : cognitions anticipatoires défaitistes, « si le vendeur m'entend bégayer, il va me prendre pour un idiot », « j'ai rougi en lui disant au revoir, elle ne me réinvitera plus »...
  
- **Les distorsions cognitives** : il s'agit de l'ensemble des mécanismes de traitement de l'information impliqués dans la perception et l'évaluation des événements arrivant au sujet phobique. Il peut s'agir de :
  - L'inférence arbitraire : tirer des conclusions sans preuves, « il me regarde car il me trouve bizarre » ;
  - La personnalisation : ramener systématiquement à soi des éléments d'une situation donnée, « les gens ont ri à mon passage car ils me trouvent ridicule » ;

- L'abstraction sélective : se focaliser sur un point précis, isolé de son contexte, « à un moment donné de mon exposé, j'ai rougi, les gens ne retiendront que ça » ;
  - La maximalisation du négatif et la minimalisation du positif : tendance à valoriser les informations défavorables et à écarter les favorables, « ils m'ont dit qu'ils avaient passé une très bonne soirée, mais c'est par politesse, j'ai bien vu qu'ils avaient bâillé à la fin » ;
  - Le raisonnement dichotomique : tendance à raisonner en blanc ou noir, « si je rougis, c'est la catastrophe, je dois avoir un self-control total pour m'en sortir » ;
  - La généralisation : tirer des conclusions globales d'une situation isolée ou spécifique, « je n'ai pas osé rentrer dans ce magasin, je suis minable et un pauvre type ».
- **Les schémas cognitifs** : il s'agit d'un ensemble de règles personnelles rigides qui vont régir la perception du monde par le phobique social. Les schémas les plus fréquents ont trait à :
    - La soumission pour obtenir approbation et reconnaissance, « je ne dois pas contrarier ou déranger, sinon je serai rejeté » ;
    - La nécessité d'une performance parfaite, « je ne dois pas commettre d'erreur, ni subir de défaillance, sinon cela se retournera immédiatement contre moi » ;
    - L'importance d'un contrôle de l'environnement : « si je ne suis pas attentif aux attitudes des autres, des choses importantes et graves vont m'échapper » ;
    - La vigilance potentiellement hostile d'autrui, « les gens surveillent les attitudes des autres, et jugent négativement les faibles ou les agressent ».

CLARK et WELLS<sup>80</sup> ont repris la notion fondamentale de regard de l'autre dans la phobie sociale entraînant interprétations biaisées, exagération de la focalisation du regard et du jugement négatif d'autrui pour postuler l'existence d'un décalage entre l'envie de fournir une bonne image de soi et le sentiment de ne pouvoir y parvenir.

Chez tout être, la confrontation à une situation sociale déclenche un programme d'actions hérité de l'évolution et dont le but est la protection face à une menace. Il s'agit

---

<sup>80</sup> CLARK DM, WELLS A. A cognitive model of social phobia. In : social phobia, diagnosis, assesment and treatment. HEIMBERG GR, LIEBOWITZ M, HOPE D, SCHNEIER FR. Guilford Press, New York, 1995.



d'une série d'éléments cognitifs, comportementaux, somatiques et affectifs. Chez le phobique social, la confrontation à une situation sociale anxiogène va entraîner une réponse anxieuse inadaptée. En effet, le danger est plus anticipé que réel, le sujet étant persuadé qu'il va agir de façon inadaptée et que cela aura des conséquences catastrophiques inéluctables : critique de l'autre, rejet social, perte de statut... La réponse anxieuse (rougissement, bégaiement...) du sujet est elle-même source d'anxiété, le sujet focalise son attention sur ses pensées négatives et ses manifestations anxieuses, ce qui biaise son interprétation des signaux de l'environnement... C'est l'entrée dans le cercle vicieux de l'anxiété sociale.

Dans ce modèle cognitif, CLARK et WELLS identifient quatre processus :

- **Les comportements de sécurité** : destinés à protéger le sujet de l'évaluation négative et de l'anxiété, ils peuvent aller jusqu'à l'évitement des situations sociales et le repli sur soi. La protection est factice et génère un isolement important. Elle est délétère en maintenant le système de croyances et de prédictions négatives et entraîne, en fin de compte, la perte du statut social tant redoutée par le phobique social.
- **Le phénomène de déplacement attentionnel** : c'est un des points centraux de la phobie sociale. Lors d'une rencontre avec l'autre, un individu va centrer son attention sur son interlocuteur et la relation qui s'établit, analysant les signaux venant de l'autre pour adapter son comportement. Le phobique social a tendance à focaliser toute son attention sur lui-même. Non seulement il ne peut enregistrer les signaux potentiellement rassurants de l'autre, mais il se noie dans ses propres pensées négatives ce qui le conduit vers l'anxiété mais aussi à attribuer ses propres pensées d'évaluation négative de lui-même à l'autre. Il en vient à construire une représentation de lui-même tel qu'il pense être perçu par les autres.
- **L'effet de l'anxiété** : le phobique social aborde une situation sociale anxiogène avec la certitude de ne pas être à la hauteur. Cette pensée négative est génératrice d'une anxiété dont les effets somatiques et comportementaux vont s'ajouter à cette dévalorisation pour provoquer une honte qui va finir de perturber sa performance et donc continuer à altérer sa relation avec autrui.
- **La remémoration des échecs antérieurs** : les ruminations anxieuses et honteuses des échecs antérieurs entraînent une anxiété et une anticipation négative de rejet qui alimentent

le cercle vicieux de la phobie sociale en majorant les pensées négatives et justifiant les comportements de protection.

Le modèle cognitif de CLARK et WELLS est le plus achevé jusqu'à présent. Il articule les différentes distorsions cognitives autour du postulat de l'incapacité sociale du sujet à initier et maintenir une relation sociale, et de sa focalisation sur ses propres pensées négatives.

### **8. Les modèles psycho-sociaux**

Ces modèles ont été élaborés en incluant la vulnérabilité, le manque d'assertivité, le déficit dans les compétences sociales et, en conséquence, l'affaiblissement de l'efficacité sociale, le retrait social et la diminution du statut social.

Le modèle le plus typique, intégrant les modèles comportementaux et cognitifs, est le modèle de HEIMBERG et BARLOW<sup>81</sup> en 1988. Leurs travaux se sont intéressés à une situation d'interaction sociale bien particulière : le sexe. Ils partent de constatations faites sur le rôle de l'anxiété dans l'*arousal* (activation physiologique) sexuel. Ils ont établi que celui-ci est augmenté par l'anxiété chez les sujets normaux alors qu'il est diminué chez les sujets manifestant des dysfonctionnements sexuels. Le dysfonctionnement sexuel est perçu comme le résultat d'une anxiété de performance ou d'une peur de l'observation trop attentive d'autrui de la part des partenaires éventuels, ce en quoi il se rapproche de la phobie sociale.

Ici encore, les auteurs mettent en avant une erreur de jugement de ses propres capacités de la part de l'anxieux qui, de plus, prête sa propre évaluation négative à l'autre.

---

<sup>81</sup> HEIMBERG RG, BARLOW DH. Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics* 1988 ; 29 (1) : 27-37.

SCHLENKER et LEARY<sup>82</sup> établissent un modèle fortement inspiré de celui de BANDURA, centré sur le rôle prépondérant des attentes dans l'auto-évaluation de l'anxieux social. Ce modèle part de l'hypothèse selon laquelle l'anxiété sociale résulte de situations réelles ou imaginaires d'une évaluation personnelle faisant intervenir la motivation à faire bonne impression sur les autres. Mais le sujet, doutant de ses capacités sociales, présuppose des réactions d'insatisfaction d'autrui. Cette motivation est le point central du trouble phobie sociale. Le sujet se fixe un standard à atteindre pour obtenir cette bonne impression mais présuppose les réactions d'autrui semblables à l'évaluation qu'il fait de lui-même. C'est ce décalage entre standard fixé et réactions présupposées d'autrui qui détermine le niveau d'anxiété. Non seulement nous retrouvons les pensées négatives du sujet substituées à une évaluation d'autrui, mais le décalage de standard par rapport à la réalité est également source d'échec qui vient alimenter le cercle vicieux du phobique social.

Face à cet échec le sujet peut soit adopter des buts et une représentation de soi moins élevés mais plus vivables, ce qui est d'autant plus difficile que le trouble est installé, soit il entre dans la spirale du déficit assertif et des compétences sociales aboutissant à la fuite et l'évitement.

Ce modèle est repris dans la figure 7.

---

<sup>82</sup> SCHLENKER BR, LEARY MR. Social anxiety and self-presentation : a conceptualization and model. Psychol Bull 1982 ; 92 : 641-69.

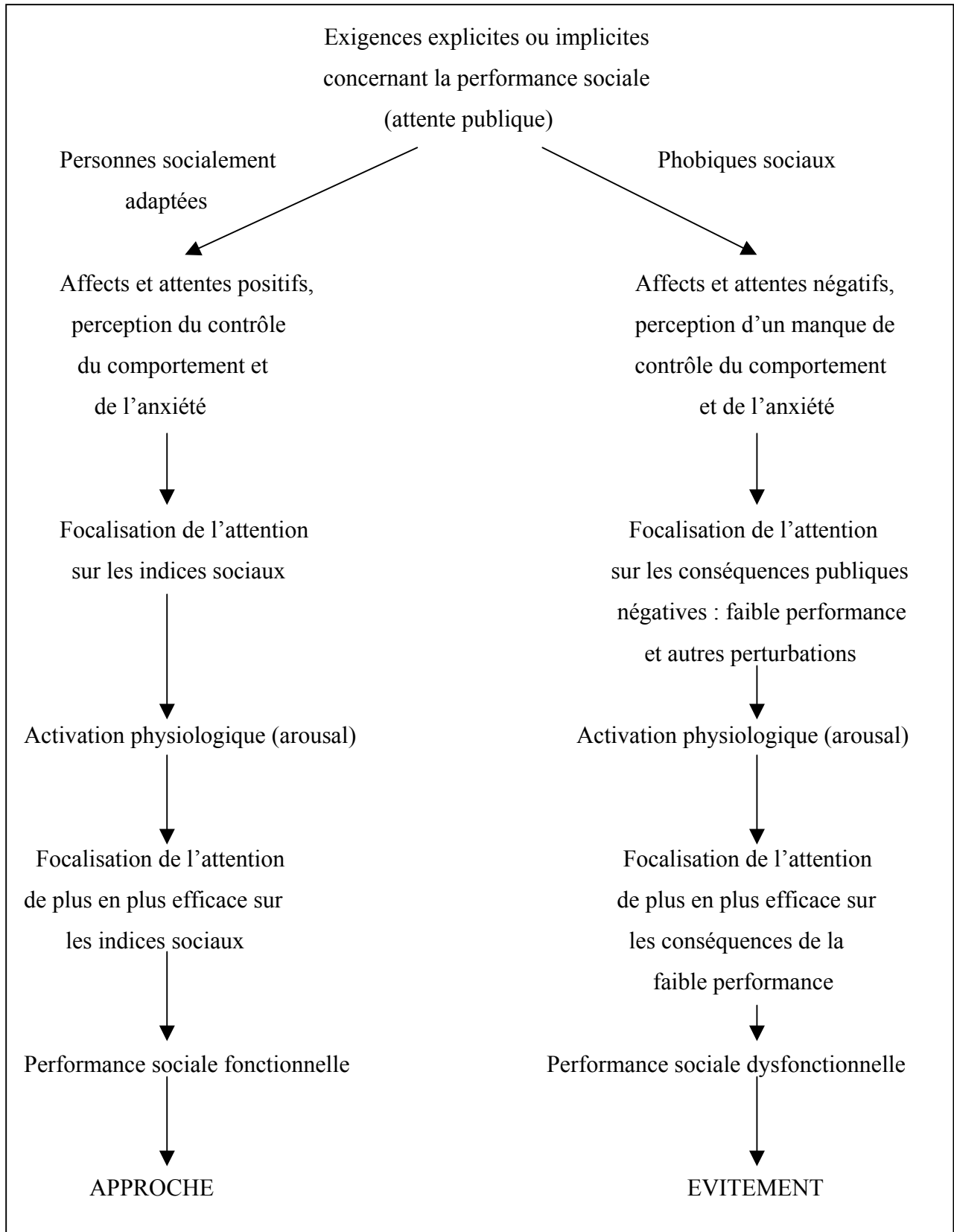


Figure 7 : Principe de la performance dysfonctionnelle selon HEIMBERG et BARLOW.

Les différents modèles comportementaux et cognitifs apportent chacun des éléments pour expliquer la genèse de la phobie sociale. Ils ne sont en rien contradictoires, mais justement se complètent pour tenter de définir les raisons multifactorielles de vulnérabilité génétique, de déficit des apprentissages sociaux et de manque d'assertivité de ce trouble des relations avec autrui basé sur la crainte de la critique et du rejet des autres.

La phobie sociale survient sur un terrain biologiquement préparé et se déclenche lors d'une expérience sociale traumatisante (rejet social par exemple) ou d'un épisode de déficit des conduites sociales, en général au début de l'adolescence, période où le sujet est particulièrement vulnérable. Le sujet se construit autour de croyances et de pensées dysfonctionnelles aboutissant à des comportements de sécurité qui, loin d'apaiser l'anxiété, ne font qu'aggraver le trouble. Ces comportements résultent d'une observation anxieuse de soi, de la peur d'être critiqué ou rejeté et de la perception exagérée du danger social.

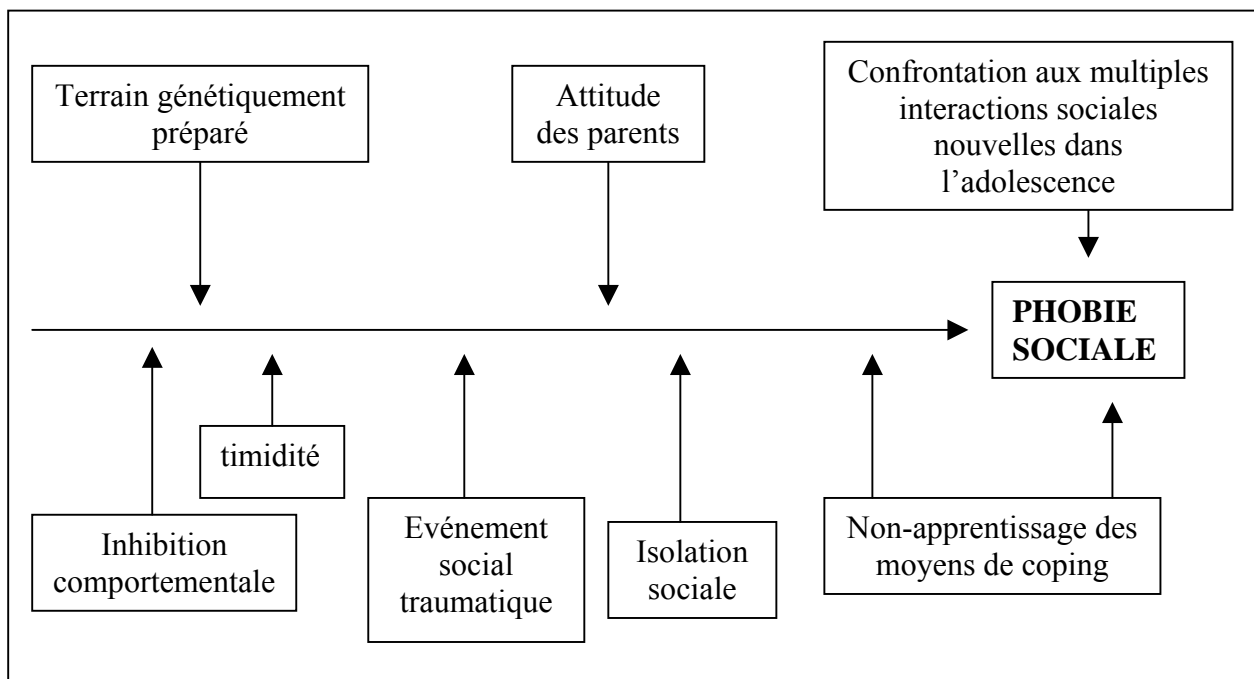


Figure 8 : Représentation des facteurs de genèse de la phobie sociale.

## **B. ABORD NEUROBIOLOGIQUE**

La neurobiologie de la phobie sociale reste encore mal comprise. Cependant, depuis une trentaine d'années, l'avancée des neurosciences a permis de mener des études, concernant notamment les différents neuromédiateurs pouvant être impliqués dans cette pathologie, et, de ce fait, commencer à entrevoir la participation de dysfonctionnements neuro-endocriniens, neurochimiques, génétiques dans la phobie sociale.

L'étude de la biologie de la phobie sociale s'est faite par le biais de différentes approches :

- Les études génétiques de jumeaux et d'adoption.
- L'exploration des systèmes neuro-endocriniens, à la recherche d'éventuelles anomalies hormonales (axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien et axe hypothalamo-hypophyso-thyroïdien).
- Les expériences basées sur l'administration de substances anxiogènes.
- L'exploration des neuromédiateurs cérébraux.

### **1. Génétique**

C'est seulement depuis une dizaine d'années que la recherche d'une prédisposition génétique dans la phobie sociale a suscité l'intérêt des auteurs. Il existe néanmoins encore bien peu d'écrits sur la question.

Cette recherche est menée à partir de trois grands types de travaux, reposant sur les études familiales, de jumeaux et d'adoption.

Il est intéressant de remarquer que les différentes études portant sur la prévalence de phobie sociale chez les apparentés de 1<sup>er</sup> degré de sujets souffrant de ce trouble est, non seulement significative, mais aussi en permanente progression entre les premières études et les plus récentes.

En effet, la première étude à avoir recherché un déterminisme génétique dans la phobie sociale a été menée par REICH<sup>83</sup> en 1988 et a démontré que le risque morbide chez les apparentés de 1<sup>er</sup> degré était de 6,6 % dans les familles de sujets présentant une phobie sociale contre seulement 2,2 % dans les familles témoins. Malgré l'apparente augmentation du risque relatif, les résultats de cette étude n'étaient pas statistiquement significatifs.

Ce qui n'est pas le cas des études qui ont suivi.

Les études de FYER en 1993<sup>84</sup> et 1995<sup>85</sup>, et celle de MANNUZZA<sup>86</sup> en 1995 ont, elles, démontré une fréquence significativement plus élevée de phobie sociale (15 – 16 %) chez les apparentés de 1<sup>er</sup> degré de sujets phobiques sociaux que chez les sujets contrôles (5 – 6 %).

L'étude la plus récente<sup>87</sup> menée sur le déterminisme génétique de la phobie sociale rapporte une différence encore plus marquée de phobie sociale chez des apparentés de 1<sup>er</sup> degré de phobiques sociaux (26,4 %) par rapport aux apparentés de 1<sup>er</sup> degré de sujets sains (2,7 %).

Ces différentes études montrent une augmentation du risque d'apparition d'une phobie sociale sur un terrain génétiquement prédisposé. Mais encore faut-il tenter de faire la part des choses entre le patrimoine génétique proche de deux individus d'une même famille et les facteurs environnementaux et socio-éducatifs qu'ils reçoivent en commun.

A ce titre les études portant sur les jumeaux constituent une étape supplémentaire dans la dissociation des influences génétiques et environnementales.

---

<sup>83</sup> REICH J., YATES W. Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Compr Psychiatry* 1988 ; 29 (1) : 72-5.

<sup>84</sup> FYER AJ, MANNUZZA S, CHAPMAN TF et al. A direct interview family study of social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1993 ; 50 (4) : 286-93.

<sup>85</sup> FYER AJ, MANNUZZA S, CHAPMAN TF et al. Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1995 ; 52 (7) : 564-73.

<sup>86</sup> MANNUZZA S, SCHNEIER FR, CHAPMAN TF et al. Generalized social phobia. Reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1995 ; 52 (3) : 230-7.

<sup>87</sup> STEIN MB, CHARTIER MJ, HAZEN AL et al. A direct interview family study of generalized social phobia. *Am Journ Psychiatry* 1998 ; 155 (1) : 90-7.

KENDLER et al.<sup>88</sup> ont été les premiers à rapporter, sur une population de 2163 paires de sœurs jumelles étudiées dont 11,5 % présentaient un diagnostic vie entière de phobie sociale, que le degré de concordance pour la phobie sociale était significativement plus important parmi les paires monozygotes (24,4 %) que parmi les paires dizygotes (15,3 %).

Dans une étude récente<sup>89</sup> portant sur 1198 paires de frères jumeaux, les auteurs ont retrouvé une prévalence vie entière de phobie sociale de 6,7 % chez les 707 paires de jumeaux monozygotes et de 6,2 % chez les 491 paires de jumeaux dizygotes. Le taux de concordance pour la phobie sociale était là encore plus élevé chez les jumeaux monozygotes (12,6 %) que chez les dizygotes (9,8 %).

Ces deux études permettent de démontrer qu'il existe une participation génétique au risque de survenue de phobie sociale, mais, dans la mesure où le taux de concordance de phobie sociale chez des jumeaux monozygotes n'atteint pas 100 % alors qu'ils ont le même patrimoine génétique, nous pouvons également en conclure qu'il existe une participation environnementale à la genèse de cette pathologie et que l'influence génétique est assez limitée.

Certains auteurs ont mené des études d'adoption afin de départager les influences héréditaires de celles du milieu familial socio-culturel. Cependant, aucune étude de ce type n'a été réalisée dans le cadre spécifique de la phobie sociale. Nous pouvons néanmoins nous tourner vers les résultats concernant la timidité.

FYER<sup>90</sup> a retrouvé une même concordance des scores de timidité entre enfants non-adoptés et parents biologiques d'une part et enfants adoptés et parents adoptifs d'autre part, ce qui souligne bien l'importance de la participation de l'environnement dans la survenue de la timidité, et, par extrapolation, nous pouvons penser, de la phobie sociale.

---

<sup>88</sup> KENDLER KS, NEALE MC, KESSLER RC et al. The genetic epidemiology of phobias in women. The interrelationship of agoraphobia, social phobia, and simple phobia. Arch Gen Psychiatry 1992 ; 49 (4) : 273-81.

<sup>89</sup> KENDLER KS, MYERS J, PRESCOTT CA et al. The genetic epidemiology of irrational fears and phobias in men. Arch Gen Psychiatry 2001 ; 58 (3) : 257-65.

<sup>90</sup> FYER AJ. Heritability of social anxiety : a brief review. J Clin Psychiatry 1993 ; 54 (suppl): 10-2.



## 2. Exploration des systèmes neuro-endocriniens

Il est à présent établi qu'il existe une participation biologique dans la genèse de certains troubles de l'humeur, et plus particulièrement de la dépression majeure, notamment en ce qui concerne les perturbations hormonales des axes corticotrope et thyroïdienne.

Certains auteurs se sont récemment intéressés à étudier si une corrélation pouvait également être retrouvée entre perturbation neuro-hormonale et phobie sociale.

### a. Axe hypothalamo-hypophysaire-corticosurrénalien

Les deux principaux examens réalisés dans le dépistage d'une anomalie de cet axe sont le dosage du cortisol libre urinaire (CLU) et le test de suppression à la dexaméthasone (DXM). Ce dernier test consiste en l'administration de 1 mg de dexaméthasone à 23 heures, le taux de cortisol étant dosé le lendemain à 16 heures.

UHDE et al.<sup>91</sup> ont étudié 54 patients présentant une phobie sociale et ont comparé les taux de cortisol libre urinaire de ces patients sur trois jours à ceux de 16 volontaires sains. Il n'existe pas de différence de taux entre ces deux populations.

Les mêmes auteurs<sup>92</sup> ont démontré de même que les résultats au test de suppression à la dexaméthasone ne différaient pas entre ces deux groupes.

MARTEL et al.<sup>93</sup> ont retrouvé des concentrations salivaires matinales de cortisol, dans l'attente de l'école, comparable chez des adolescentes phobiques sociales et chez des adolescentes saines.

La seule anomalie détectée jusqu'à maintenant a été relevée par CONDREN et al. et réside en l'augmentation des taux plasmatiques de cortisol plus importante chez des sujets phobiques sociaux comparés à des sujets sains lorsqu'on les expose à un stress psychologique, en l'occurrence à une tâche de calcul mental réalisée en présence d'observateurs.

---

<sup>91</sup> UHDE TW, TANCER ME, GELERNTER CS et al. Normal urinary free cortisol and postdexamethasone cortisol in social phobia : comparison to normal volunteers. *J Affect Disord* 1994 ; 30 (3) : 155-61.

<sup>92</sup> Ibid.

<sup>93</sup> MARTEL FL, HAYWARD C, LYONS DM et al. Salivary cortisol levels in socially phobic adolescent girls. *Depress Anxiety* 1999 ; 10 (1) : 25-7.

Mis à part ce dernier résultat isolé, il apparaît que l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien n'est pas altéré dans la phobie sociale.

La raison pour laquelle ce dernier résultat diffère des autres tests serait-elle le fait que, dans celui-ci, l'intervention du regard d'autrui, si important dans la phobie sociale, intervient ?

b. Axe hypothalamo-hypophyso-thyroïdien

L'existence de troubles anxieux lors de dysthyroïdies est à l'origine de quelques rares explorations à la recherche d'un lien entre phobie en général, et phobie sociale en particulier, et perturbations de l'axe thyroïdienne.

Les taux de T3, T4, T4 libre et TSH sont normaux chez les sujets présentant une phobie sociale<sup>94</sup>.

TANCER et al.<sup>95</sup> ont administré 500 mg de TRH à 13 patients phobiques sociaux et à 22 sujets contrôles appariés pour l'âge et le sexe. Aucune différence significative n'est retrouvée entre les deux groupes.

Seule a été notée une élévation significative de la pression artérielle systolique chez les sujets phobiques sociaux par rapport aux sujets contrôles et même à d'autres sujets présentant un trouble panique. Il s'agissait d'une élévation de la pression artérielle systolique significativement plus marquée une minute après l'injection de TRH, et celle-ci perdurait jusqu'à 6 minutes après l'injection. Ce résultat peut être interprété comme une altération de la sensibilité des récepteurs alpha-adrénergiques.

En conclusion, l'axe thyroïdienne ne semble pas non plus altéré dans la phobie sociale.

Globalement, aucune anomalie probante des axes corticotrope et thyroïdienne n'a été démontrée, mais nous devons objecter à cette conclusion que les études ont été menées chez des phobiques sociaux en dehors de situations de crise. Il serait intéressant de réaliser ces

---

<sup>94</sup> TANCER ME, STEIN MB, GELERTER CS et al. The hypothalamic-pituitary-thyroid axis in social phobia. Am J Psychiatry 1990 ; 147 (7) : 929-33.

<sup>95</sup> Ibid.

investigations au moment de manifestations anxieuses aiguës au cours ou au décours de situations d'interaction sociale.

### **3. Provocation par substances anxiogènes**

Nous vous proposons de passer rapidement en revue les travaux, peu nombreux, utilisant des modèles d'anxiété provoquée par différentes substances biochimiques. Ces résultats sont, de plus, bien peu contributifs à la compréhension de la physiopathologie de la phobie sociale.

#### **a. Lactate de sodium**

L'administration intraveineuse de lactate de sodium 0,5 à 1 molaire provoque la survenue d'attaques de panique chez des 40 à 100 % des sujets souffrant préalablement de ce trouble. Cette substance anxiogène semble bien spécifique du trouble panique, puisqu'elle ne provoque d'attaque de panique chez les phobiques sociaux que dans 6,7 % des cas<sup>96</sup>.

#### **b. Dioxyde de carbone**

L'inhalation d'air contenant 5 % de dioxyde de carbone induit des attaques de panique chez 39 % des sujets souffrant d'attaques de panique contre 0 % des sujets phobiques sociaux et 8 % des sujets sains.

Par contre, cette spécificité du trouble panique disparaît lorsque l'air inhalé contient 35 % de dioxyde de carbone. On observe alors l'apparition d'une attaque de panique chez 50 % des sujets présentant un trouble panique contre 36 % des sujets phobiques sociaux et 21 % des sujets contrôles<sup>97</sup>.

---

<sup>96</sup> LIEBOWITZ MR, FYER AJ, GORMAN JM et al. Specificity of lactate infusions in social phobia versus panic disorders. Am J Psychiatry 1985 ; 142 : 947-50.

c. Caféine

La caféine administrée à la dose de 480 mg par voie orale provoque une attaque de panique chez 27 % des sujets présentant un trouble panique mais chez également 27 % des sujets phobiques sociaux contre 0 % des sujets sains. Les effets anxiogènes de la caféine semblent relever de l'augmentation des concentrations plasmatiques de lactate chez les sujets présentant un trouble panique, ce qui n'est pas retrouvé chez les phobiques sociaux<sup>98</sup>.

d. Adrénaline

L'adrénaline est un très puissant anxiogène chez les sujets porteurs d'un trouble panique<sup>99</sup>, contrairement à ce qui se passe chez le sociophobique, chez qui la perfusion intraveineuse lente n'entraîne l'apparition de manifestations anxieuses que dans 1 cas sur 11, malgré l'augmentation d'environ 8 fois des concentrations plasmatiques d'adrénaline<sup>100</sup>.

e. Flumazénil

Le flumazénil, utilisé comme antagoniste des benzodiazépines, administré par voie intraveineuse à la dose de 2 mg, provoque une attaque de panique chez 80 % des patients présentant un trouble panique contre 0 % des sujets phobiques sociaux et des sujets contrôles<sup>101</sup>.

Mis à part quelques situations expérimentales de dosage extrême des substances anxiogènes, la grande différence de réaction entre sujets souffrant d'un trouble panique et sujets phobiques sociaux suggère que ces deux troubles ont une physiopathologie totalement distincte.

---

<sup>97</sup> GORMAN JM, PAPP LA, MARTINEZ J et al. High-dose carbon dioxide challenge test in anxiety disorder patients. *Biol Psychiatry* 1990 ; 28 (9) : 743-57.

<sup>98</sup> TANCER ME, STEIN MB, UHDE TW. Lactic acid response to caffeine in panic disorder : comparison with social phobia and normal controls. *Anxiety* 1994 ; 1 (3) : 138-40.

<sup>99</sup> TANCER ME. Neurobiology of social phobia. *J Clin Psychiatry* 1993 ; 54 ( Suppl ) : 26-30.

<sup>100</sup> PAPP LA, GORMAN JM, LIEBOWITZ MR et al. Epinephrine infusions in patients with social phobia. *Am J Psychiatry* 1988 ; 145 (6) : 733-6.

<sup>101</sup> COUPLAND NJ, BELL C, POTOKAR JP et al. Flumazenil challenge in social phobia. *Depress Anxiety* 2000 ; 11 (1) : 27-30.

#### 4. Systèmes de neurotransmission

Plusieurs épreuves de provocation par des agents pharmacologiques ont été menées et la réponse médicamenteuse étudiée dans le but d'utiliser cette dernière comme indicateur permettant de relier les symptômes physiologiques et les neuromédiateurs, cibles de la thérapeutique.

##### a. Noradrénaline

L'intérêt des auteurs pour l'implication du système noradrénergique dans la phobie sociale s'appuie sur le fait que les sujets phobiques sociaux expriment, dans les situations sociales anxiogènes, des symptômes de type noradrénergique : transpiration, palpitations, tremblements...

Récemment, DAVIDSON et al.<sup>102</sup> ont montré une ascension plus rapide de la fréquence cardiaque chez des sujets phobiques sociaux comparés à des sujets contrôles, en situation de prise de parole en public.

STEIN et al.<sup>103</sup> trouvent des taux plasmatiques de noradrénaline plus élevés chez les sujets phobiques sociaux que chez les sujets sains, à la fois en position allongée et lors du passage en orthostatisme.

Lors des manœuvres de Valsalva, la pression artérielle des phobiques sociaux présente une augmentation plus marquée que celle des sujets contrôles, ce qui témoigne d'une hyperréactivité de système noradrénergique en réponse à la stimulation vagale<sup>104</sup>.

D'autres expériences ont été menées afin d'étudier le niveau d'implication du système noradrénergique, mais cette fois-ci, en utilisant la clonidine, agoniste  $\alpha_2$ , utilisée dans la

---

<sup>102</sup> DAVIDSON RJ, MARSHALL JR, TOMARKEN AJ et al. While a phobic waits : regional brain electrical and autonomic activity in social phobics during anticipation of public speaking. *Biol Psychiatry* 2000 ; 47 (2) : 85-95.

<sup>103</sup> STEIN MB, TANCER ME, UHDE TW. Heart rate and plasma norepinephrine responsivity to orthostatic challenge in anxiety disorders. Comparison of patients with panic disorder and social phobia and normal control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 49 (4) : 311-7.

<sup>104</sup> STEIN MB, ASMUNDSON GJ, CHARTIER M. Automatic responsivity in generalized social phobia. *J Affect Disorders* 1994 ; 31 (3) : 211-21.

phobie sociale, et traitant avec succès le rougissement sévère d'un phobique social, initialement résistant à d'autres traitements (bêtabloquant, IMAO, benzodiazépine)<sup>105</sup>.

Chez les sujets dont le système noradrénergique fonctionne normalement, l'administration de clonidine entraîne une augmentation du taux plasmatique d'hormone de croissance (GH). Cette expérience constitue une épreuve pharmacologique considérée comme la mesure indirecte de l'activité noradrénergique centrale. TANCER et al.<sup>106</sup> ont noté un émoussement significatif de la réponse GH à l'administration de 2 µg/kg de clonidine chez 16 patients phobiques sociaux et 13 patients présentant un trouble panique, comparés à 31 sujets témoins, les deux groupes de sujets anxieux présentant un émoussement similaire.

Cet émoussement de la réponse GH à la clonidine est attribué à une down-régulation noradrénergique post-synaptique.

Ces résultats plaident en faveur d'une diminution de la sensibilité des récepteurs  $\alpha_2$  post-synaptiques dans la phobie sociale, qui peut être interprétée comme la conséquence d'une hyperactivité de la transmission noradrénergique.

#### b. Dopamine

L'hypothèse de l'intervention d'un dysfonctionnement du système dopaminergique dans la phobie sociale repose sur un certain nombre d'observations indirectes.

Les premiers arguments nous viennent de l'expérimentation animale. Chez des souris NC 100, considérées comme le modèle animal de phobie sociale en raison de la « timidité » qu'elles manifestent en situation d'interaction sociale, on note une diminution des concentrations plasmatiques de dopamine ainsi qu'une élévation de la densité des récepteurs dopaminergiques D<sub>1</sub> et D<sub>2</sub> au niveau des structures sous-corticales<sup>107</sup>.

---

<sup>105</sup> GOLDSTEIN S. Treatment of social phobia with clonidine. *Biol Psychiatry* 1987 ; 22 (3) : 369-72.

<sup>106</sup> TANCER ME, STEIN MB, UHDE TW. Growth hormone response to intravenous clonidine in social phobia : comparison to patients with panic disorder and healthy volunteers. *Biol Psychiatry* 1993 ; 34 (9) : 591-5.

<sup>107</sup> TANCER ME, GARIÉPY JL, MAYLEBEN MA et al. NC 100 mice : a putative animal model for social phobia. *Biol Psychiatry* 1992 ; 31 : 216.

Puis STEIN et al.<sup>108</sup> ont montré que 70 % des patients présentant un diagnostic de maladie de Parkinson souffrent également de phobie sociale.

Les neuroleptiques, tels que l'halopéridol, en tant qu'antagonistes dopaminergiques, peuvent être responsables de l'apparition de symptômes spécifiques de phobie sociale<sup>109</sup>.

EMMANUEL et al.<sup>110</sup> ont rapporté les effets bénéfiques du bupropion, antidépresseur inhibiteur de la recapture de la dopamine, dans le traitement de la phobie sociale.

Enfin, JOHNSON et al.<sup>111</sup> ont rapporté une diminution de la concentration d'acide homovanillique dans le liquide céphalo-rachidien de sujets souffrant de phobie sociale.

TANCER et al.<sup>112</sup> ont étudié la réactivité des récepteurs dopaminergiques en examinant les taux plasmatiques de prolactine après administration de lévodopa et ne relèvent aucune différence entre phobiques sociaux et sujets contrôles, ce qui amène à penser qu'il n'existe pas d'anomalie des récepteurs dopaminergiques.

Toutes ces observations vont dans le sens d'une hypoactivité du système dopaminergique central dans la phobie sociale.

### c. Sérotonine

Aucune étude ne s'est jusqu'à présent intéressée au dosage des concentrations de sérotonine ou de son principal métabolite, l'acide 5-hydroxyindolacétique (5-HIAA), dans le plasma ou le liquide céphalo-rachidien des sujets phobiques sociaux.

---

<sup>108</sup> STEIN MB, HEUSER IJ, JUNCOS JL et al. anxiety disorders in patients with Parkinson's disease. Am J Psychiatry 1990 ; 147 (2) : 217-20.

<sup>109</sup> MIKKELSEN EJ, DETLOR J, COHEN DJ. School avoidance and social phobia triggered by haloperidol in patients with Tourette's disorder. Am J Psychiatry 1981 ; 138 (12) : 1572-6.

<sup>110</sup> EMMANUEL NP, LYDIARD RB, BALLENGER JC. Reatment of social phobia with bupropion. J Clin Psychopharmacology 1991 ; 11 (4) : 276-7.

<sup>111</sup> JOHNSON MR, LYDIARD RB, ZEALBERG JJ et al. plasma and CSF HVA levels in panic patients with comorbid social phobia. Biol Psychiatry 1994 ; 36 (6) : 425-7.

<sup>112</sup> TANCER ME. Op. Cit. (99).

STEIN et al.<sup>113</sup> ont étudié la densité des sites plaquettaires de liaison de la sérotonine au moyen de paroxétine tritiée. Ils ont comparé 18 patients phobiques sociaux à 15 patients souffrant de trouble panique et à 23 sujets normaux. Ils n'ont pas noté de différences entre sujets phobiques sociaux et sujets contrôles.

TANCER et al.<sup>114</sup> ont étudié la sensibilité des récepteurs sérotoninergiques dans la phobie sociale au moyen de la fenfluramine qui facilite la libération de la sérotonine et bloque sa recapture pré-synaptique. Administrée par voie orale, à la dose de 60 mg, elle entraîne une anxiété ainsi qu'une augmentation plus importante de la cortisolémie chez les phobiques sociaux que chez les sujets sains.

En revanche, la réponse de la prolactine à la fenfluramine est comparable dans les deux groupes de sujets.

La conclusion est qu'il existe probablement une hypersensibilité des récepteurs sérotoninergiques post-synaptiques.

En conclusion de l'exploration de ces neuromédiateurs, nous pouvons avancer l'hypothèse qu'il existe probablement une altération des trois systèmes de neurotransmission.

La voie noradrénergique, probablement la plus impliquée, présenterait une diminution de la sensibilité des récepteurs  $\alpha_2$ -adrénergiques post-synaptiques, il existerait une hypoactivité du système dopaminergique central et une hypersensibilité des récepteurs sérotoninergiques post-synaptiques.

---

<sup>113</sup> STEIN MB, DELANEY SM, CHARTIER MJ et al. [3H]paroxetine binding to platelets of patients with social phobia : comparison to patients with panic disorder and healthy volunteers. *Biol Psychiatry* 1995 ; 37 (4) : 224-8.

<sup>114</sup> TANCER ME. *Op. Cit.* (99).



## **V. THERAPEUTIQUE**

### **A. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE LA PHOBIE SOCIALE**

Dès les années cinquante, les auteurs se sont intéressés au traitement médicamenteux des troubles anxieux. Les premières molécules à avoir été étudiées dans la prise en charge de patients présentant des troubles anxio-phobiques, qui correspondraient actuellement au diagnostic de phobie sociale ou d'agoraphobie, sont les IMAO (Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase), dans les années soixante-dix.

Puis, avec l'intérêt croissant pour ce trouble, différentes classes médicamenteuses ont été évaluées : les bêta-bloquants, les benzodiazépines puis plus récemment, les anti-dépresseurs.

Actuellement, en France, trois molécules ont reçu l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) pour le traitement de la phobie sociale, il s'agit de la paroxétine (DEROXAT<sup>®</sup>), la venlafaxine à libération prolongée (EFFEXOR LP<sup>®</sup>) et l'escitalopram (SEROPLEX<sup>®</sup>).

La plupart des études réalisées pour évaluer l'efficacité d'une thérapeutique médicamenteuse, en observant l'évolution de la pathologie sous traitement, utilise l'échelle Liebowitz Social Anxiety Scale.

#### **1. Les bêta-bloquants**

L'utilisation des bêtabloquants dans le traitement de la phobie sociale repose sur une longue tradition. Celle-ci s'appuie sur la théorie faisant de l'anxiété une réponse à une perception de sensations physiologiques périphériques. En bloquant les manifestations d'anxiété, telles que palpitations, tremblements, sueurs, on cherche à réduire l'anxiété ressentie. L'absence de passage de la barrière hémato-encéphalique des bêta-bloquants, confirme l'action de ces molécules sur le système nerveux autonome. La diminution de l'anxiété étant alors bien secondaire à la diminution du ressenti anxieux.

Les études ont surtout été réalisées dans l'anxiété de performance et non dans la phobie sociale à proprement parlée. Certaines études ont montré une diminution des symptômes d'anxiété de performance et de symptômes plus généraux d'anxiété.

Une étude ouverte a conclu à l'inefficacité du propranolol dans le traitement de la phobie sociale<sup>115</sup>.

LIEBOWITZ<sup>116</sup> a conclu que le propranolol semblait plus utile dans le traitement de l'anxiété de performance ou de la phobie sociale focalisée que dans la phobie sociale généralisée, et que les inhibiteurs de la mono-amine oxydase étaient plus efficaces que les bêta-bloquants dans le traitement des phobies sociales généralisées ou focalisées.

### **1. Les inhibiteurs de la mono-amine oxydase (IMAO)**

Il s'agit de la deuxième famille médicamenteuse à avoir été testée dans le traitement de la phobie sociale. Les IMAO, molécules efficaces dans le traitement de la dépression, ont démontré leur action anxiolytique dans le trouble panique et l'agoraphobie et ont amené les auteurs, dans les années quatre-vingts, à étudier leurs effets dans la phobie sociale. Les premières études ont été menées sur les IMAO classiques, irréversibles, tels que la phénelzine et la tranylcypamine (non commercialisées en France).

#### **a. Les IMAO irréversibles**

Les études les plus anciennes menées sur ce sujet sont difficiles à prendre en compte en raison du trop petit nombre de sujets inclus, ainsi que de l'hétérogénéité des pathologies testées : phobie sociale, trouble panique, phobie simple et agoraphobie. De plus, les posologies habituellement utilisées sont plus faibles que celles administrées chez les patients dépressifs.

---

<sup>115</sup> FALLOON IR, LLOYD GG, HARPIN R. The treatment of social phobia. J Nerv Ment Dis 1981 ; 169 : 180-4.

<sup>116</sup> LIEBOWITZ MR, SCHNEIER F, CAMPEAS R et al. phenelzine and atenolol in social phobia. Psychopharmacol Bull 1990 ; 2- (1) : 123-5.

Liebowitz<sup>117</sup> en 1985, rapporte 4 études antérieures où la phénelzine, comparée au placebo et au diazépam, présentait un effet sur l'anxiété sociale ou le retrait social, sans pour autant pouvoir conclure à une action spécifique sur la « phobie sociale primaire ».

Cependant il existe un grand nombre d'études plus récentes ayant conclu à l'efficacité des IMAO dans cette pathologie.

VERSIANI<sup>118</sup> utilise la tranylcypamine en étude ouverte chez 32 patients ayant le diagnostic DSM III de phobie sociale. Il en écarte les sujets présentant un diagnostic de trouble panique, d'agoraphobie ou d'état dépressif majeur associé. Après un an de prescription à des doses variant de 10 à 60 mg/j, 62 % ont une amélioration marquée, 17 % une réponse moyenne et 20 % ne répondent pas à la thérapeutique. Plusieurs patients de l'étude étaient non-répondeurs aux benzodiazépines, aux tricycliques ou à une thérapie analytique.

LIEBOWITZ<sup>119</sup> rapporte un effet de l'IMAO après un mois de traitement et une réduction principalement de l'anxiété anticipatoire, situationnelle et des évitements.

Ce même auteur pense à un effet transnosologique de l'IMAO sur « l'hypersensibilité interpersonnelle » retrouvée dans la dépression atypique, les personnalités évitantes et les phobies sociales.

En conclusion, les seuls travaux menés sur cette classe médicamenteuse dans la phobie sociale ont porté sur la phénelzine et la tranylcypamine, non commercialisées en France. Le niamide, seul IMAO classique encore sur le marché en France, n'a jamais bénéficié d'études dans cette indication.

Les IMAO semblent avoir une efficacité dans la phobie sociale, dès un mois de traitement, une rechute étant notée environ un mois après leur arrêt. Cependant, leurs effets secondaires potentiellement dangereux en ont limité l'indication au long cours au profit d'autres antidépresseurs plus récents. Leur prescription, assortie de mesures drastiques de surveillance, devrait se limiter au cas de phobies sociales rebelles aux autres thérapies.

---

<sup>117</sup> LIEBOWITZ MR, GORMAN JM, FYER AJ, et al. Social phobia : review of a neglected anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry 1985 ; 42 : 729-36.

<sup>118</sup> VERSIANI M, DINIZ MUNDIM F, NARDI AE, et al. Tranylcypamine in social phobia. J Clin Psychopharmacol 1988 ; 8 : 279-83.

<sup>119</sup> LIEBOWITZ MR, GORMAN JM, FYER AJ, Op. Cit. (117).

## b. Les IMAO réversibles

Il s'agit des inhibiteurs de la mono-amine oxydase A, dont les effets systémiques sont beaucoup moins dangereux.

Deux molécules sont utilisées en France : le moclobémide (MOCLAMINE<sup>®</sup>) et la toloxatone, cette deuxième n'ayant pas été l'objet d'études dans le cadre de la phobie sociale.

Les travaux publiés dans la littérature portent sur le moclobémide et la brofaromine (non commercialisée en France).

Concernant la brofaromine, nous avons relevé trois études menées sur son efficacité dans la phobie sociale.

L'étude de VAN VLIET<sup>120</sup>, en 1992, conclut à une nette supériorité contre placebo sur 12 semaines de traitement à une dose moyenne de 150 mg/j chez 30 patients phobiques sociaux. 80 % des patients répondent favorablement (contre 14 % sous placebo).

FAHLEN<sup>121</sup> a mené un essai randomisé en double aveugle sur 12 semaines, incluant 77 patients, comparant la brofaromine à 150 mg/j au placebo. 78 % des patients traités par brofaromine ont montré une amélioration importante ou très importante, contre 23 % sous placebo. A la suite de cet essai, le traitement a été poursuivi 9 mois, durant cette période, 60 % des patients sous placebo ont rechuté.

L'essai multicentrique menée par LOTT<sup>122</sup> sur 102 patients phobiques sociaux rapporte lui aussi l'efficacité de la brofaromine. Il s'agit d'une étude randomisée en double aveugle contre placebo menée sur 10 semaines. Il note une nette amélioration de la symptomatologie, mesurée par l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (LSAS). A signaler qu'une

---

<sup>120</sup> VAN VLIET IM, DEN BOER JA, WESTENBERG HG, et al. Psychopharmacological treatment of social phobia : clinical and biochemical effects of brofaromine, a selective MAO-A inhibitor. Eur Neuropsychopharmacol 1992 ; 2 : 21-9.

<sup>121</sup> FAHLEN T, NILSON HL, BORG K, et al. Social phobia : the clinical efficacy and tolerability of the monoamine oxidase-A and serotonin uptake inhibitor brofaromine. A double-blind placebo-controlled study. Acta Psychiatr Scand 1995 ; 92 (5) : 351-8.

<sup>122</sup> LOTT M, GREIST JH, JEFFERSON JW, et al. Brofaromine for social phobia : a multicenter, placebo-controlled, double-blind study. J Clin Psychopharmacol 1997 ; 17 (4) : 255-60.

amélioration a également été constatée dans le groupe placebo par rapport aux scores initiaux.

La brofaromine semble présenter une efficacité prouvée dans le traitement de la phobie sociale, mais cette molécule n'a pu être commercialisée en France.

L'autre IMAO-A, disponible en France, ayant été l'objet de travaux pour cette indication est le moclobémide.

VERSIANI et al.<sup>123</sup> comparent moclobémide (dose moyenne : 582 mg/j), phénelzine (dose moyenne : 68 mg/j) et placebo chez 73 patients dans une étude en double-aveugle. Le moclobémide montre une efficacité comparable à la phénelzine à la 16<sup>ème</sup> semaine, les taux respectifs étant de 82 et 91 %.

Le même auteur mène une autre étude contrôlée afin d'évaluer cette molécule sur le long terme<sup>124</sup>. Une première phase de deux ans de traitement est suivie par un arrêt brutal de la thérapeutique, au décours de laquelle, les patients présentant une rechute entrent dans une nouvelle phase de deux ans de traitement.

Dans la première phase, le moclobémide est prescrit pendant deux ans à une posologie allant jusqu'à 753 mg/j. 58 % des patients sont améliorés. 39,6 % des patients sont sortis de l'étude pour inefficacité du traitement ou rechute. A la fin de cette phase, les 58,4 % restants ont été considérés comme non-malades (45,5 %) ou présentant des troubles minimes (11,9 %).

Dans la deuxième phase, 88 % des patients ont rechuté après l'arrêt du traitement.

L'action des IMAO dans la phobie sociale pourrait être due, soit à un effet désinhibiteur global, soit à une réduction de l'hypersensibilité interpersonnelle.

Les IMAO réversibles, mieux tolérés, présentent un véritable intérêt dans la prise en charge des phobiques sociaux, mais nécessitent des doses assez élevées et entraînent des effets secondaires gênants, même s'ils sont moins importants que ceux occasionnés par les IMAO classiques.

---

<sup>123</sup> VERSIANI M, NARDI AE, MUNDIM FD et al. Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study with moclobemide and phenelzine. Br J Psychiatry 1992 ; 161 : 153-60.

## 2. Les benzodiazépines

Les premières études évaluant l'efficacité des benzodiazépines dans les troubles anxieux ont porté sur le trouble anxiété généralisée et sur le trouble panique, puis sur l'agoraphobie.

En 1985, LIEBOWITZ<sup>125</sup> ne semble pas convaincu de leur efficacité dans la phobie sociale.

LYDIARD<sup>126</sup>, en 1988, a rapporté le cas de 4 patients souffrant de phobie sociale résistante aux tricycliques, améliorés par des doses élevées (3 à 8 mg/j) d'alprazolam (XANAX<sup>®</sup>) : il observait une reprise des contacts sociaux avec évitements moindres.

La même année, REICH et YATES<sup>127</sup> réalisent une étude ouverte montrant l'efficacité de l'alprazolam sur 14 phobiques sociaux, à la posologie moyenne de 2,9 mg/j. L'amélioration est marquée dès la première semaine, l'incapacité fonctionnelle est améliorée à partir de la troisième semaine. L'interruption de la thérapeutique s'accompagne de la réapparition du niveau symptomatique initial.

Cependant, une étude menée par GELERNTER<sup>128</sup> a montré que le taux de réponse à l'alprazolam à dose moyenne de 4,2 mg/j (38 %) était plus faible que celui observé sous phénelzine et plus important que celui observé sous placebo.

D'autres benzodiazépines ont été testées dans la phobie sociale.

Le clonazépam (RIVOTRIL<sup>®</sup>) a fait l'objet d'une étude ouverte menée par REITER<sup>129</sup>. Administrée à une dose allant de 0,75 à 3 mg/j à 11 patients phobiques sociaux, une amélioration marquée des symptômes a été notée chez 9 patients.

---

<sup>124</sup> VERSIANI M, NARDI AE, MUNDIM FD et al. The long-term treatment of social phobia with moclobemide. *Int Clin Psychopharmacol* 1996 ; 11 (3) : 83-8.

<sup>125</sup> LIEBOWITZ MR, GORMAN JM, FYER AJ, et al. *Op. Cit.* (117).

<sup>126</sup> LYDIARD RB, LARAIA MT, HOWELL EF, et al. Alprazolam in the treatment of social phobia. *J Clin Psychiatry* 1988 ; 49 (1) : 17-9.

<sup>127</sup> REICH J, YATES W. A pilot study of treatment of social phobia with alprazolam. *Am J Psychiatry* 1988 ; 145 (5) : 590-4.

<sup>128</sup> GELERNTER CS, UHDE TW, CIMBOLIC P et al. cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1991 ; 48 : 938-45.

Le clonazépam a également été l'objet d'une étude en double aveugle menée par DAVIDSON<sup>130</sup> sur 75 sujets pendant 10 semaines. Une amélioration est notée chez 78,3 % des sujets sous clonazépam à la dose moyenne de 2,4 mg/j et seulement 20 % des sujets sous placebo. Ces différences sont significatives dès la première semaine, ainsi qu'à la deuxième et la sixième semaines. A la dixième semaine, l'efficacité est considérée comme modérée.

Enfin une étude s'est intéressée à l'évolution de la symptomatologie phobique après interruption du traitement chez des sujets répondeurs à 6 mois de clonazépam. L'étude est menée en double aveugle : les sujets poursuivent le traitement ou reçoivent 0,25 mg de clonazépam toutes les deux semaines. Aucune rechute n'a été observée chez les sujets poursuivant le traitement alors que 21 % des sujets sous placebo ont rechuté.

En conclusion, si certaines benzodiazépines peuvent montrer des résultats significatifs, les études ne semblent pas suffisantes pour retenir ces molécules comme indications dans la thérapie de la phobie sociale.

Certaines conclusions d'études en sont même arrivées à mettre en avant l'effet délétère des benzodiazépines dans la prise en charge des phobies. Ces médicaments diminuent l'anxiété anticipatoire et situationnelle certes, mais surtout dans leurs composantes somatiques de l'éprouvé émotionnel, et ce, par leurs propriétés amnésiantes.

Ainsi, non seulement les benzodiazépines ont tendance à renforcer les évitements, mais également à empêcher les phases d'exposition nécessaires à l'extinction et à l'habituation de l'anxiété. Utilisées au long cours, elles entravent les possibilités thérapeutiques comportementales en raison de cette action amnésiante sur l'éprouvé anxieux. En effet, au cours d'une thérapie comportementale, pour que l'exposition soit efficace, il faut que le patient ait pleinement conscience des stimuli de peurs et qu'il supporte l'anxiété situationnelle afin d'accéder aux phénomènes d'habituation<sup>131</sup>.

C'est pourquoi, il ne semble pas souhaitable d'utiliser des benzodiazépines dans le traitement de la phobie sociale.

---

<sup>129</sup> REITER SR, POLLACK MH, ROSENBAUM JF et al. Clonazepam for the treatment of social phobia. *J Clin Psychiatry* 1990 ; 51 (11) : 470-2.

<sup>130</sup> DAVIDSON RJ, POTTS N, RICHICHI E et al. treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J Clin Psychopharmacol* 1993 ; 13 (6) : 423-8.

<sup>131</sup> COTTRAUX J. Op. Cit. (71).

### **3. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)**

Dès 1990, les auteurs se sont intéressés à l'évaluation de l'efficacité des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine dans le traitement de la phobie sociale. Les molécules étudiées sont la fluoxétine, la paroxétine, la fluvoxamine, la sertraline.

La fluoxétine (PROZAC®) a montré des résultats intéressants.

SCHNEIER<sup>132</sup> étudie la fluoxétine chez 12 patients, à la dose moyenne de 25 mg/j. Une réponse thérapeutique est rapportée comme marquée à modérée chez 7 patients. La durée de l'amélioration va de 6 semaines à 5 mois. La majorité des patients répondeurs étaient considérée comme résistants aux traitements antérieurs. Le taux de réponse est de 58 %.

Des résultats similaires ont été rapportés par BLACK<sup>133</sup>. La fluoxétine est administrée à la dose moyenne de 47 mg/j chez 14 patients. 10 d'entre eux sont améliorés, dont 7 en monothérapie et 3 en association fluoxétine – anxiolytique, soit 72 %. L'amélioration est rapportée plus importante chez les sujets antérieurement traités par phénelzine.

VAN AMERINGEN<sup>134</sup> étudie 16 patients dont 13 traités sur 12 semaines par fluoxétine à la posologie moyenne de 53 mg/j. 63 % des patients présentent une amélioration de leur symptomatologie.

Ces trois études ouvertes montrent une efficacité de la fluoxétine, mais l'absence de groupe contrôle ne permet pas de retenir cette molécule comme indication dans le traitement de la phobie sociale.

La fluvoxamine (FLOXYFRAL®) a été le premier ISRS à démontrer sa supériorité par rapport au placebo dans une étude en double aveugle<sup>135</sup>. 30 patients phobiques sociaux ont

---

<sup>132</sup> SCHNEIER FR, CHIN SJ, HOLLANDER E, et al. Fluoxetine in social phobia. J Clin Psychopharmacol 1992 ; 12 : 62-63.

<sup>133</sup> BLACK B, UHDE TW, TANCER ME. Fluoxetine for the treatment of social phobia. J Clin Psychopharmacol 1992 ; 4 : 293-5.

<sup>134</sup> VAN AMERINGEN M, MANCINI C, STREINER DL. Fluoxetine efficacy in social phobia. J Clin Psychiatry 1993 ; 54 (1) : 27-32.

<sup>135</sup> VAN VLIET IM, DEN BOER JA, WESTENBERG HG. Psychopharmacological treatment of social phobia ; a double-blind placebo-controlled study with fluvoxamine. Psychopharmacol 1994 ; 115 : 128-34.



été randomisés pour recevoir de la fluvoxamine (150 mg/j) ou du placebo. L'évaluation se fait sur l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz. La supériorité de l'ISRS n'apparaît qu'à la 12<sup>ème</sup> semaine. Aucune différence n'est constatée à la sous-échelle d'évitement. Une amélioration de plus de 50 % à la sous-échelle d'anxiété est observée chez 47 % des sujets traités par la fluvoxamine contre 8 % des sujets sous placebo.

Une deuxième étude randomisée en double aveugle a été menée par STEIN<sup>136</sup> chez 92 sujets sur 12 semaines. La fluvoxamine, administrée à la dose moyenne de 202 mg/j, s'est montrée d'une efficacité supérieure dès la 8<sup>ème</sup> semaine.

La fluvoxamine, au travers de ces deux études contre placebo, a montré son efficacité dans la prise en charge de la phobie sociale.

La sertraline (ZOLOFT®) a été l'objet de plusieurs études ouvertes et d'une étude en double aveugle.

VAN AMERINGEN<sup>137</sup> étudie l'efficacité de la sertraline, à la dose moyenne de 148 mg/j, sur 8 semaines, chez 22 patients. 80 % des sujets sont considérés comme répondeurs.

KATZENILCK<sup>138</sup> a conduit un essai randomisé en double aveugle sur 8 semaines de sertraline (dose flexible de 50 à 200 mg/j) contre placebo. Une amélioration significative est observée chez 50 % des patients traités par la molécule active contre 9 % sous placebo.

Il ressort de ces études que la sertraline est efficace dans la phobie sociale.

Le citalopram (SEROPRAM®) ne semble pas avoir été l'objet d'études dans le cadre de la phobie sociale.

---

<sup>136</sup> STEIN MB, FYER AJ, DAVIDSON JR, POLLACK MH, WIITA B. Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder) : a double-blind, placebo-controlled study. Am J Psychiatry 1999 ; 56 (5) : 756-60.

<sup>137</sup> VAN AMERINGEN M, MANCINI M, STREINER D et al. Sertraline in social phobia. J Affect Disorders 1999 ; 31 : 141-5.

<sup>138</sup> KATZENILCK DJ, KOBAK KA, GREIST JH et al. sertraline for social phobia : a double-blind, placebo-controlled crossover study. Am J Psychiatry 1995 ; 152 (9) : 1368-71.

La paroxétine ( DEROXAT<sup>®</sup>), a contrario, à de nombreuses reprises, a été évaluée dans cette indication. Il s'agit de la seule molécule à avoir reçu l'AMM dans le trouble anxieux sociale caractérisé « phobie sociale » lorsqu'il perturbe de manière importante les activités professionnelles ou sociales.

Quatre études randomisées en double aveugle ont confirmé son efficacité.

L'étude de STEIN<sup>139</sup> a suivi une méthodologie originale. Après 11 semaines d'une étude menée en ouvert avec dose flexible de paroxétine, 16 répondeurs sont restés inclus dans une phase de maintenance de 12 semaines conduite en double aveugle avec la paroxétine et un placebo. 5 patients sur les 8 recevant le placebo ont rechuté, contre 1 seul sur les 8 traités par la paroxétine. Cette étude permet de conclure que l'arrêt prématuré du traitement entraîne un taux de rechute élevé.

STEIN<sup>140</sup> mène une autre étude sur 12 semaines chez 183 patients phobiques sociaux. 91 ont reçu de la paroxétine (20-50 mg/j), et 92 un placebo. 55 % des sujets recevant l'ISRS ont été améliorés contre 24 % sous placebo.

L'étude de ALLGULANDER<sup>141</sup> montre une efficacité nette de la paroxétine par rapport au placebo, mais les doses élevées, jusqu'à 50 mg/j, provoquent de nombreux effets secondaires, dont des troubles sexuels chez 40 % des sujets.

BALDWIN<sup>142</sup> mène une autre étude en double aveugle contre placebo sur 12 semaines chez 290 sujets. 139 patients reçoivent de la paroxétine (20-50 mg/j), et 151 sont sous placebo. L'amélioration des patients sous paroxétine est significative dès la 4<sup>ème</sup> semaine.

Enfin, l'étude la plus récente est menée par LIEBOWITZ<sup>143</sup> en 2002, sur 12 semaines chez 287 patients (95 sous paroxétine à 20 mg/j, 97 sous paroxétine à 40 mg/j et 97 sous

---

<sup>139</sup> STEIN MB, CHARTIER MJ, HAZEN AL, et al. Paroxetine in the treatment of generalized social phobia : open-label treatment and double-blind placebo-controlled discontinuation. *J Clin Psychopharmacol* 1996 ; 16 (30) : 218-22.

<sup>140</sup> STEIN MB, LIEBOWITZ MR, LYDIARD RB, PITTS CD, BUSHNELL W, GERGEL I. paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder) : a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 1998 ; 280(8) : 708-13.

<sup>141</sup> ALLGULANDER C. paroxetine in social anxiety disorder : a randomized placebo-controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 1999 ; 100 (3) : 193-8.

<sup>142</sup> BALDWIN DS, BOBES J, STEIN DJ, SCHARWACHTER I, FAURE M. paroxetine in social phobia/social anxiety disorder : randomized, double blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 1999 ; 175(8) : 120-6.

placebo). Une amélioration non significative est notée chez les patients sous faible posologie de paroxétine par rapport aux sujets sous placebo. L'amélioration sous 40 mg de paroxétine est par contre significative.

#### **4. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine noradrénergiques (IRSNa)**

Le seul IRSNA à avoir reçu l'AMM pour le « trouble anxiété sociale (phobie sociale) » est la venlafaxine LP (EFFEXOR LP<sup>®</sup>) en 2004.

Nous avons retrouvé 4 études comparant la venlafaxine LP au placebo dans cette indication. Ces études ont été réalisées dans le cadre de l'obtention de l'AMM.

L'étude 387-US/CA<sup>144</sup>, en 2002 est menée sur 12 semaines sur 271 patients : 133 sous venlafaxine LP (75 à 225 mg/j), 131 sous placebo. Une différence significative entre l'IRSNa et le placebo apparaît à la 6<sup>ème</sup> semaine.

L'étude 393-US<sup>145</sup> évalue la venlafaxine LP aux mêmes posologies par rapport au placebo sur 12 semaines chez 261 sujets (126 sous IRSNa, 131 sous placebo). L'amélioration est significative à la 4<sup>ème</sup> semaine.

L'étude 388-EU<sup>146</sup> compare la venlafaxine LP au placebo et à la paroxétine chez 391 sujets (129 sous IRSNa, 132 sous placebo et 128 sous paroxétine). La supériorité de la venlafaxine LP sur le placebo est significative dès la 3<sup>ème</sup> semaine. On note une supériorité significative de l'IRSNa sur l'ISRS à la 3<sup>ème</sup> semaine, mais il n'existe pas de différence d'efficacité entre les deux molécules actives à la 12<sup>ème</sup> semaine.

La dernière étude, 392-US<sup>147</sup>, compare les mêmes molécules chez 413 sujets (133 sous venlafaxine LP, 144 sous placebo et 136 sous paroxétine). La supériorité de l'IRSNa sur le

---

<sup>143</sup> LIEBOWITZ MR et al. a randomized, double-blind, fixed-dose comparison of paroxetine and placebo in social anxiety disorder. J Clin Psychiatry 2002 ; 63 : 66-74.

<sup>144</sup> ETUDE 387-US/CA, citée par CAPDEVIELLE D et BOULENGER JP. Traitements médicamenteux de la phobie sociale (trouble anxiété sociale). In : phobie sociale (trouble anxiété sociale). Canal Psy 2004 ; 9 : 18-25.

<sup>145</sup> ETUDE 393-US. Ibid.

<sup>146</sup> ETUDE 388-EU. Ibid.

<sup>147</sup> ETUDE 392-US. Ibid.

placebo est très précoce, dès la 1<sup>ère</sup> semaine. La comparaison de l'efficacité de la venlafaxine à celle de la paroxétine aboutit aux mêmes conclusions que dans l'étude précédente.

Ces études comparent également la tolérance de la venlafaxine LP et de la paroxétine. Les effets secondaires les plus fréquemment retrouvés sont similaires avec les deux molécules : insomnie, somnolence, nausées, vertiges, impuissance, asthénie.

## 5. La buspirone

La buspirone (BUSPAR<sup>®</sup>), agoniste sérotoninergique, ne semble pas avoir donné de résultats satisfaisants. Les résultats sont jugés négatifs par VAN VLIET<sup>148</sup>, avec seulement 27 % des sujets améliorés contre 13 % sous placebo. VAN AMERINGEN<sup>149</sup> rapporte une efficacité médiocre de la buspirone mais pense qu'elle peut potentialiser l'effet des ISRS.

En conclusion de ces études sur l'efficacité des chimiothérapies dans la phobie sociale, nous pouvons avancer que les bêta-bloquants n'ont pas prouvé leur efficacité dans la phobie sociale, ils peuvent être utilisés de façon épisodique dans le trac ou l'anxiété de performance.

Les benzodiazépines ne sont pas indiquées et sont même à éviter dans cette indication. Elles peuvent néanmoins être utiles lors de l'instauration d'un traitement antidépresseur potentiellement anxiogène, mais ne doivent être prescrites qu'1 à 2 mois. Sont dans ce cas recommandés l'alprazolam et le clonazépam.

Les IMAO de première génération sont probablement les molécules les plus efficaces mais la dangerosité de leurs effets secondaires systémiques les amène à n'être indiqués que dans les phobies sociales très invalidantes résistantes aux autres traitements.

Les IMAO-A ont des effets secondaires moins graves et ils gardent une bonne efficacité, même si celle-ci n'est qu'à 60-70 % de celle des IMAO irréversibles.

---

<sup>148</sup> VAN VLIET IM, DEN BOER JA, WESTENBERG HG, et al. Clinical effects of buspirone in social phobia : a double-blind placebo-controlled study. J Clin Psychiatr 1997 ; 58 (4) : 164-8.

Les ISRS semblent améliorer environ la moitié des patients, mais provoquent des effets secondaires gênants assez fréquents, notamment sexuels. Les différentes molécules étudiées, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine et sertraline ont une efficacité comparable. La paroxétine et l'escitalopram ont reçu l'AMM dans cette indication.

Dans le groupe des IRSNa, seule la venlafaxine LP a reçu l'AMM pour le traitement de la phobie sociale. Son efficacité est comparable à celle des ISRS.

## **B. LES THERAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES**

La phobie sociale est un des troubles dans lesquels la thérapie comportementale et cognitive est particulièrement adaptée. Elle permet de réaliser, en accord avec le patient, un travail dont le but est d'aider le sujet à pouvoir affronter et maintenir des interactions sociales.

La première étape de toute prise en charge cognitivo-comportementale consiste en l'analyse fonctionnelle du trouble présenté par le patient. Elle est suivie de l'établissement des objectifs, réalisables, que le sujet souhaite atteindre. La réalisation de ces objectifs sera évaluée au cours puis à la fin de la thérapie.

Nous allons parcourir les différentes techniques utilisées et validées.

### **1. La désensibilisation systématique**

Elle se base, ainsi que l'affirmation de soi que nous allons voir ensuite, sur le principe de « l'inhibition réciproque » de Wolpe qui avance qu'« *un comportement anxieux est incompatible avec la présence simultanée d'un affect antagoniste de l'anxiété, notamment de la relaxation* ». Suivant ce principe, on aborde le déficit dans les compétences sociales par le biais de l'anxiété. En effet, on peut imaginer que l'anxiété inhibant les expressions et les relations sociales, en lui opposant la relaxation, cette dernière va disparaître et permettre l'expression des émotions.

---

<sup>149</sup> VAN AMERINGEN M, MANCINI C, WILSON C. Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in social phobia. *J Affect Disorder* 1996 ; 39 (2) : 115-21.

La technique de désensibilisation a été mise au point en 1975 par Wolpe. Elle se base sur la relaxation de Jacobson, mais n'importe quelle type de relaxation peut s'avérer efficace dans la mesure où elle obtient une réponse de relaxation au niveau des muscles (détente), de la respiration et du cœur (ralentissement). Après en général 3 ou 4 séances avec le thérapeute, et à condition que le patient réalise des exercices à domicile, celui-ci acquiert un bon niveau de relaxation.

La désensibilisation proprement dite peut alors débiter. Chaque séance se déroule de la façon suivante : le sujet est relaxé et le thérapeute lui dit alors qu'il va lui demander d'imaginer de façon aussi claire que possible une série de scènes, habituellement anxiogènes. Il s'agit de suivre une présentation hiérarchisée de stimuli imaginaires de plus en plus intenses. Lorsque l'image se présente de façon claire, le sujet, après en avoir informé le thérapeute, doit coter son anxiété, puis le thérapeute demande au patient de se relaxer pendant 20 secondes. Puis la représentation d'une nouvelle scène est faite pendant 20 secondes, et ainsi de suite.

Le patient est ensuite invité à affronter dans la vie réelle les scènes imaginaires qu'il s'est représentées et qui doivent être désensibilisées.

Cependant, les auteurs actuels ne considèrent pas la désensibilisation systématique comme très efficace dans la phobie sociale. Elle ne posséderait pas en elle-même le processus de changement thérapeutique, elle ne serait qu'une procédure « hautement placebo », un temps préliminaire pour faciliter l'exposition qui est le véritable levier du changement thérapeutique<sup>150</sup>. En effet, si une exposition autogérée ne fait pas immédiatement suite à la désensibilisation systématique, le changement ne se maintient pas. La désensibilisation agirait plutôt comme technique d'autocontrôle de l'anxiété et ne serait pas responsable à elle seule de la disparition de l'évitement et de l'extinction de la phobie.

Elle peut être intéressante pour préparer un sujet particulièrement anxieux ou inhibé aux jeux de rôle de l'affirmation de soi ou à l'exposition in vivo.

---

<sup>150</sup> MARKS MI. Behavioral treatment of social phobia. *Psychopharmacol Bull* 1985 ; 21 (3) : 615-7.

## 2. L'affirmation de soi

Elle met, elle aussi, en oeuvre le principe de « l'inhibition réciproque » de Wolpe selon laquelle l'anxiété inhibe l'expression des émotions et, qu'inversement, l'expression de la colère, du refus... inhibe l'anxiété.

Rappelons que le concept d'assertivité signifie un comportement qui permet à une personne d'agir au mieux dans son intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments et d'exercer ses droits sans dénier celui des autres.

L'émotion joue un rôle central dans les réponses assertives et elle répond aux lois de l'apprentissage. Par conséquent, les sentiments peuvent être appris, réappris ou développés. Le travail d'affirmation de soi va permettre à un sujet présentant un manque d'assertivité de mieux contrôler sa défaillance émotionnelle et d'acquérir ou améliorer ses compétences sociales (social skills) afin de pouvoir se confronter aux contacts sociaux.

Le défaut d'affirmation de soi peut se situer à deux niveaux :

- Le pôle oppositionnel : il s'agit de sujets trop inhibés pour refuser des exigences ou des demandes déraisonnables ou excessives de la part d'autrui. Ils se perçoivent comme nécessairement soumis aux exigences des autres. Le but du travail d'affirmation de soi est de leur permettre de s'opposer aux autres pour faire respecter leurs droits.
- Le pôle expressif : il s'agit de sujets ne pouvant exprimer des sentiments positifs ou négatifs vis-à-vis des autres. L'expression des sentiments négatifs est bloquée car ceux-ci sont considérés comme dangereux, et celle des sentiments positifs est jugée ridicule ou dangereuse car elle peut entraîner critique ou rejet. La thérapie a pour but de permettre l'expression de ces sentiments.

On considère qu'il faut trois critères pour définir le caractère assertif ou non :

- La description du comportement verbal et non-verbal ;
- L'intention du sujet ;
- Le contexte socio-culturel dans lequel le comportement a lieu.

En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, un même comportement peut apparaître affirmé dans un certain milieu socio-culturel, et agressif dans un autre.

On définit ainsi quatre types de comportement : passif, assertif, agressif et passif-agressif.

Tableau XVIII : Types comportementaux et compétences sociales.

| TYPE COMPOTEMENTAL | COMPORTEMENT  |
|--------------------|---|
| Passif             | Nie ses propres droits                                      |
| Affirmé (assertif) | Reconnaît ses droits et respecte ceux des autres            |
| Agressif           | Nie les droits des autres                                   |
| Passif-agressif    | Nie ses droits et culpabilise les autres pour les manipuler |

La technique de base utilisée lors des thérapies par affirmation de soi est le jeu de rôle. Il peut avoir lieu soit en individuel, soit en groupe. Un travail en isolé avec le thérapeute, préalable à un travail avec d'autres patients, peut être nécessaire lorsque l'inhibition et l'anxiété sont tellement fortes qu'il n'est pas envisageable voire dangereux d'exposer le sujet au regard des autres, même s'il s'agit de patients souffrant du même mal.

La situation qui pose problème au patient est tout d'abord définie. Chaque patient a ses propres anxiétés anticipatoires et situationnelles, mais on constate que la plupart des patients est inhibée dans des situations-clé, telles que fixer un rendez-vous ou en accepter un, accepter ou faire des compliments, savoir refuser ou dire non, faire des demandes, recevoir des critiques et savoir y faire face, entamer une discussion, la maintenir ou la terminer, s'opposer à un membre important de sa famille...

Au cours des séances, les sujets et les thérapeutes, notamment lors des jeux de rôles en individuel, endossent des personnages qu'ils peuvent échanger. Le patient peut ainsi se rendre compte de l'effet que produit sur autrui son comportement inhibé. Les scènes sont répétées plusieurs fois, filmées et visionnées et le thérapeute souligne les traits positifs mais fait également remarquer les manques, sans jugement, sans critique (feed-back et renforcements positifs). Ces jeux de rôle permettent de travailler les composantes verbales



de l'interaction sociale mais aussi non-verbales (contact visuel, gestualité, attitudes...), ainsi que de développer les habiletés sociales.

Des exercices à domicile sont proposés afin de renforcer les effets bénéfiques de la prise en charge avec le thérapeute.

Schéma d'un groupe d'affirmation de soi (tiré de COTTRAUX<sup>151</sup>).

### 1<sup>ère</sup> séance

- Présentation par paire : chacun après une brève discussion avec un autre membre du groupe présente ce dernier au reste du groupe.
- Enoncé des buts de chaque participant.
- Présentation par les deux animateurs des buts et de la méthode d'affirmation de soi, en y incluant ses aspects éthiques : l'accent est mis sur la personne et son respect.
- Jeux de rôle par les deux animateurs montrant la différenciation des quatre comportements : agressif, passif, passif-agressif, assertif.

### 2<sup>ème</sup> séance

Les « comportements-problèmes » sont définis par une série de jeux de rôle. Le niveau minimum de réponse efficace est étudié. Chaque sujet s'attribue lui-même une tâche à réaliser : cette attribution se fait avec les animateurs et le reste du groupe.

### Les autres séances (3-20)

- Evaluation en groupe des tâches et de leur réalisation.
- Relaxation et sensibilisation interne (affirmation de soi « couverte »).
- Travail en groupe ou en paire sur les situations-problèmes apportées par chaque participant sur sa demande. Le travail par paire permet un travail plus intensif. La technique principale est le jeu de rôle avec répétition, feed-back et modèles. Après le travail, un tour du groupe est réalisé pour que chaque sujet s'attribue une tâche avec l'aide des autres et des animateurs.

---

<sup>151</sup> COTTRAUX J. Op. Cit. (71).

Il s'agit d'un travail de groupe continu, hebdomadaire. Chaque sujet est testé avant d'entrer dans le groupe, et re-testé lorsqu'il en sort après un nombre plus ou moins grand de séances mais qui n'excède pas 20 en tout. En outre, une évaluation continue du groupe est faite par une feuille permettant de chiffrer les différents éléments du comportement assertif. La vidéo permet d'effectuer une évaluation de la séance, de donner un feed-back ou de présenter un modèle.

### **3. L'exposition**

Pour l'ensemble des troubles phobiques, l'exposition semble être le meilleur choix thérapeutique. C'est la voie finale thérapeutique du changement en thérapie comportementale.

Le principe de la technique d'exposition réside dans le fait d'aider le patient à affronter le ou les stimuli de peurs, situation dans laquelle il va devoir supporter l'anxiété croissante jusqu'à sa décroissance. Comme tous les patients phobiques, les sujets phobiques sociaux luttent contre l'anxiété par la fuite ou l'évitement. Or, il est maintenant prouvé que ces comportements, loin de résoudre le problème, tendent à aggraver l'intensité de l'anxiété, tandis que la confrontation, sous certaines conditions, va entraîner une habitude progressive aux stimuli anxiogènes. La maîtrise puis la disparition de l'anxiété dans les situations sociales redoutées vont amener le sujet à ne plus considérer ces situations comme dangereuses.

Il convient d'être prudent et rigoureux dans la mise en place des techniques d'exposition car, si bien réalisées elles sont très efficaces, trop brèves ou trop intenses, elles provoquent une réponse anxieuse de niveau trop important ou de durée trop courte pour pouvoir être maîtrisée. Le phénomène d'habitude n'est alors pas possible et elles aboutissent à la notion pour le patient que l'immersion dans la situation anxiogène est dangereuse pour lui et ainsi renforcent l'évitement.

MARKS<sup>152</sup> a précisé en 1987 les modalités d'une exposition idéale : à côté d'un temps de travail en imagination par la désensibilisation systématique, le jeu de rôle, le flooding (exposition en imagination), il est nécessaire qu'il y ait un temps suffisant d'exposition in

---

<sup>152</sup> MARKS MI, cité par COTTRAUX J. Ibid.

vivo avec la rencontre possible et soutenue de la situation de peur dans la réalité. Les séances doivent être prolongées et répétées (entre 30 et 90 minutes), avec la présence régulière du ou des stimuli discriminants de la phobie. Un certain niveau d'anxiété doit être vécu pour que l'émotion puisse être traitée par le sujet et qu'il perçoive à nouveau la maîtrise des situations redoutées. Ceci explique aussi que les benzodiazépines à hautes doses empêchent l'habituation de prendre place car elles bloquent l'activation émotionnelle et la mémorisation de la maîtrise de l'anxiété.

L'exposition in vivo, c'est à dire dans la réalité, peut nécessiter, et c'est souvent le cas, d'être préparée.

La relaxation, décrite précédemment, n'aboutit pas au changement thérapeutique, mais permet au sujet phobique social d'apprendre à maîtriser son anxiété et de savoir qu'il en est capable.

COTTRAUX<sup>153</sup> propose une technique d'exposition prolongée en imagination puis en réalité. Le sujet est confronté en imagination à la situation anxiogène au niveau maximum d'intensité jusqu'à ce que son angoisse s'éteigne. Une durée de 15 à 45 minutes est en général nécessaire. Une dizaine de séances avec le thérapeute est réalisée. Les séances en imagination sont à effectuer quotidiennement à domicile par le patient. Elles sont suivies de tâches progressives d'exposition graduée dans la réalité.

Dans tous les cas, le sujet doit être cognitivement préparé. Il redoute de revivre l'anxiété situationnelle parce qu'elle implique cognitivement des idées de catastrophe, de mort. Il peut aussi craindre que la cognition dysfonctionnelle puisse être réactivée et entretenir le phénomène de peur : un phobique social souffre non seulement de trembler ou de rougir en public, mais il souffre également parce qu'il est convaincu du caractère dévalorisant ou humiliant de l'extériorisation au regard d'autrui de ses signes d'anxiété aiguë.

L'idéal est de préparer cognitivement le sujet pour qu'il ait des représentations plus simples de l'anxiété situationnelle : « c'est désagréable, mais ni catastrophique, ni mortel, ce n'est pas évident que la personne qui vous voit trembler vous déconsidère ».

---

<sup>153</sup> COTTRAUX J. Prise en charge psychothérapique des phobies sociales. In : Phobie sociale (trouble anxiété sociale). Canal Psy 2004 ; 8 : 46-52.

Il faut donc en venir avec le patient à des représentations mentales plus « simples » sur l'anxiété situationnelle.

Après ce travail préliminaire, et avant de débiter l'exposition en elle-même, le thérapeute et le patient doivent déterminer ensemble une liste de situations phobogènes et les classer par ordre croissant d'anxiété ressentie. Après quoi, le patient est « exposé » en séances à ces situations, c'est-à-dire qu'il s'y confronte, sans consignes particulières mais avec le simple objectif de tenir suffisamment longtemps pour voir son anxiété diminuer de manière significative. La répétition de ces exercices d'exposition, comme dans toute forme de phobie, permet d'obtenir une désensibilisation anxieuse. Les règles les plus importantes concernent la durée (un exercice trop bref peut au contraire être anxiogène, ainsi que nous l'avons évoqué précédemment), et la fréquence des exercices (une pratique trop épisodique ne permet pas une décruescence significative de l'anxiété).

ANDRE<sup>154</sup> insiste sur trois éléments indispensables de l'exposition : *progressivité, séance prolongée, séance répétée*. La progressivité implique que l'on prépare avec le patient une quantification de son problème phobique. Il faut trouver une série de situations progressivement anxiogènes, afin que le patient ne conceptualise pas la situation en tout ou rien. Par exemple, un patient qui souffre d'être invité à une soirée, souffre d'abord, et moins intensément, de situations plus simples que l'on peut hiérarchiser : prendre le téléphone, répondre à une invitation, parler avec un seul invité connu, puis avec deux personnes, être présenté à trois personnes, puis aller dans la salle de réception, porter son attention d'abord sur une partie des gens, puis aller à la rencontre de plus de monde...

La liste des objectifs, établie en début de thérapie, est évaluée au cours et à la fin de la thérapie.

---

<sup>154</sup> ANDRE C. Op. Cit. (3).

Tableau XIX : Exemple d'objectifs thérapeutiques établis en début de thérapie chez un patient phobique social.

| Objectifs en séance de thérapie                            | Niveau d'anxiété anticipé par le patient | Objectifs correspondants entre les séances de thérapie   |
|--|--|--|
| Déranger pour demander des renseignements au téléphone     | 3/10                                     | Appeler des magasins pour demander des renseignements (5 appels chaque soir)   |
| Etre observé par plusieurs personnes en train de marcher   | 5/10                                     | Ne plus éviter les groupes en changeant de trottoir, passer devant les terrasses de café                                     |
| Prendre la parole pendant plusieurs minutes dans un groupe | 7/10                                     | Saluer individuellement ses collègues de travail tous les matins, aller bavarder autour de la machine à café lors des pauses |
| Manger ou boire face à une personne non familière          | 8/10                                     | Aller déjeuner au self de l'entreprise, reprendre contact avec ses amis et les inviter à dîner                               |
| Etre observé par plusieurs personnes en position debout    | 9/10                                     | Rester debout dans les transports en public lorsqu'il y a des places assises   |
| Prendre la parole devant un public                         | 10/10                                    | Poser des questions lors des réunions de travail, de parents d'élèves, de copropriété  |

L'exposition in vivo, alliant travail en séances avec le thérapeute et si possible en groupe et exercices « à domicile », est l'étape indispensable à la prise en charge thérapeutique du phobique social. Le travail qu'il va ainsi pouvoir mener sur la maîtrise de son anxiété dans les situations sociales redoutées va lui permettre de les sortir de sa liste de situations à éviter et de multiplier les occasions de contacts sociaux. C'est la voie de la guérison.

#### 4. La restructuration cognitive

L'anxiété sociale est avant tout une anxiété d'évaluation, dans laquelle les sujets considèrent toutes les situations sociales comme évaluatives, même celles qui paraissent banales aux yeux des sujets normaux.

Comme nous l'avons vu précédemment, cette peur s'accompagne d'une focalisation de l'attention du patient sur lui-même (phénomène de déplacement attentionnel) et ses manifestations d'anxiété (physiologiques, comportementales et cognitives), dans la crainte angoissante qu'elles apparaissent visibles à autrui et ainsi soient source d'évaluation négative de la part de l'autre. La phobie sociale repose donc sur une double peur : peur de soi et peur des autres.

Les théories cognitives utilisées dans la thérapie cognitive de la phobie sociale ne diffèrent guère de la théorie initialement mise en place par Beck à propos de la dépression.

Nous ne pouvons cependant passer sous silence le modèle de Ellis, prédécesseur parfois discutable de la théorie de Beck.

##### a. Le modèle d' Ellis : la thérapie « rationnelle-émotive »<sup>155</sup>

Ellis élabore ce modèle en 1962, à partir de la dichotomie stoïcienne, avancée par Marc Aurèle et Epictète, entre la raison et les émotions.

Selon lui, le comportement névrotique correspondrait à un comportement stupide mis en actes par une personne intelligente. Le problème central est l'idée grandiose que les sujets se croient obligés d'avoir d'eux-mêmes, ce qu'Ellis appelle « shouldism » et « musturbation ». Le but thérapeutique est l'acceptation inconditionnelle de soi-même, le sujet ne devant plus porter des jugements sur son essence, mais plutôt considérer avec relativisme les accidents de son existence.

Ellis considère que les hommes ne sont pas émus par les évènements mais par la perception irrationnelle qu'ils en ont. Il propose de combattre les croyances irrationnelles des patients, par étapes.

---

<sup>155</sup> COTTRAUX J. Op. Cit. (71).

- Tout d'abord, sont isolées les activités ou situations déclenchantes.
- Ensuite sont déterminés les systèmes de croyances irrationnelles.
- Ces systèmes de croyances irrationnelles constituent les réponses internes aux événements stimuli et donnent lieu à des pensées, des émotions négatives et des comportements défaitistes.
- Le thérapeute aide le patient à corriger son système de croyances irrationnelles. Il y aurait, selon Ellis, dix croyances irrationnelles principales : ce sont des pseudo-obligations morales. Elles sont décrites dans le tableau ci-dessous. Les trois premières sont les postulats irrationnels les plus fréquents, les sept dernières sont au second plan, simples réactions cognitives autour des trois premiers postulats.

Tableau XX : Les dix croyances irrationnelles selon Ellis.

- 1- Vous devez être aimé et approuvé en tout et toujours par tout le monde.
- 2- Vous devez avoir du talent et être capable de vous réaliser dans quelque chose d'important.
- 3- La vie est une catastrophe si les choses ne vont pas comme vous voulez.
- 4- Ceux qui vous font du mal sont mauvais et doivent être blâmés.
- 5- Si quelque chose est menaçant, vous devez en être préoccupé et bouleversé.
- 6- Vous devez trouver des solutions pour rendre la vie meilleure.
- 7- La misère intérieure et émotionnelle vient de pressions extérieures et vous avez peu de possibilités de contrôler vos sentiments et de vous débarrasser de la dépression et de l'hostilité.
- 8- Il est plus aisé d'éviter d'affronter les difficultés de l'existence que d'entreprendre des activités plus fructueuses de maîtrise de soi.
- 9- Votre passé a une importance capitale et parce que quelque chose a influencé autre fois votre vie, il doit continuer à gouverner vos sentiments et votre comportement actuel.
- 10- Vous pouvez atteindre le bonheur par l'inertie, l'inactivité ou en vous faisant plaisir passivement et sans vous engager personnellement.

Le travail afin de mettre en place une conception du monde plus rationnelle va se faire à plusieurs niveaux à travers le jeu de rôle :

- Analyse critique avec le patient de l'idée irrationnelle, le thérapeute discute les systèmes d'obligations du patient et l'aide à s'en sortir (ex : « tout le monde ou cette personne doit m'aimer »).
- Il met les idées rationnelles en compétition avec d'autres plus rationnelles (ex : « il ne m'est pas vraiment nécessaire d'être aimé par cette personne et tout le monde »).
- Le sujet répète en cours de séance et à domicile : à chaque fois que débute l'émotion négative, il rappelle l'idée rationnelle ou positive ; il cherche donc à modifier son monologue intérieur. La « raison » permet de combattre les « émotions » et de valoriser la pensée positive.
- La modification cognitive va se traduire par la modification des jeux de rôle, puis du comportement dans la vie réelle.

Ce système thérapeutique a beaucoup été utilisé pour développer chez des sujets socialement inhibés un système de croyance assertif. Mais la théorie rationnelle-émotive a été critiquée en raison de ses prémisses délibérément philosophiques et pour la méthode thérapeutique très directive et parfois caricaturale utilisée personnellement par Ellis.

#### *b. Le modèle de Beck*

La thérapie cognitive des phobies sociales, basée sur le modèle de Beck, est plus récente que celle d'Ellis. Elle est issue des travaux réalisés par Beck à partir de 1959 sur la dépression. Le modèle de Beck a ensuite été développé et adapté à de nombreuses pathologies : obsessions-compulsions, agoraphobie... et phobie sociale.

L'hypothèse centrale du modèle cognitif des phobies sociales est que les sujets anxieux présentent des schémas cognitifs de danger, fonctionnant de manière automatique, en dehors de la conscience, et situés dans la mémoire à long terme. Les patients filtrent les



informations, ne retenant que les aspects négatifs et rejetant les aspects positifs. On parle de blocage cognitif et de tunnellation de la perception.

Comme nous l'avons exposé précédemment, les sujets phobiques sociaux ont une évaluation négative d'eux-mêmes et sous-estiment leurs comportements sociaux réels. Ils sont plus centrés sur leurs pensées négatives que sur les réactions des autres.

Les schémas cognitifs ne sont pas directement accessibles mais se manifestent au niveau conscient ou pré-conscient par les « postulats » : règles implicites, inflexibles de fonctionnement qui déterminent les pensées, les émotions et les comportements.

Les postulats peuvent se présenter sous deux formes :

- conditionnelle : « si je rougis, je serai forcément rejeté et ma vie deviendra fatalement un échec ».
- inconditionnelle : « je dois tout le temps et toujours être aimé par tout le monde ».

La thérapie en elle-même se déroule sur 15-20 séances hebdomadaires d'1 heure.

Le thérapeute cherche à isoler les situations sociales provocatrices d'anxiété, les émotions pénibles et les monologues intérieurs qui les accompagnent : ce sont les pensées automatiques. Il s'agit, là encore, de postulats, qui s'imposent donc d'emblée au sujet dans toute situation sociale. Elles reflètent et teintent le monologue intérieur et les méditations du sujet puisqu'elles représentent des sanctions sociales telles que honte ou rejet. Elles conditionnent bien sûr le comportement que ce dernier va adopter dans ces situations. Ces pensées peuvent être : « je vais encore me ridiculiser », « je ne suis pas à la hauteur », « dès que je vais parler, les gens vont me rejeter ». Une fois les pensées isolées, il sera possible de les discuter en utilisant une technique qui consiste à se poser la question en terme d'alternatives ou encore d'avantages ou de conséquences négatives.

Le sujet est entraîné à observer et relever ses contenus de pensées, c'est-à-dire les cognitions. Celles-ci portent le plus souvent sur trois familles de craintes :

- surévaluation de la visibilité des symptômes (rougir, trembler, transpirer...) ou des défauts présumés (manque de culture, d'intérêt personnel...) : « ils vont voir que... ».
- surévaluation de la négativité du jugement d'autrui sur ces symptômes : « ils vont penser que... ».

- surévaluation des conséquences négatives de ces jugements sociaux : « ils vont me dire / faire... ».

Patient et thérapeute entament alors côte à côte un travail dont le but est de dévoiler les erreurs interprétatives du sujet, comme le jugement émotionnel, qui consiste à confondre sa perception et la réalité observée : « si je me sens incompetent, c'est que je suis incompetent », « si je me sens mal à l'aise, alors les autres me voient mal à l'aise »...

Enfin, un travail d'assouplissement des croyances activées lors des situations anxiogènes et expliquant les distorsions cognitives est mis en place. Ces croyances portent sur des domaines variés comme la nécessité d'une performance sociale parfaite, ou d'un self-control émotionnel en toute situation sociale.

Tableau XXI : Les principales croyances dans la phobie sociale<sup>156</sup>

| Type de croyance   | Énoncé de la croyance   | Conséquence pour le patient  |
|--|---|--|
| Soumission à autrui  | « Je ne dois pas contrarier, déranger, ou me mettre en avant, sinon je serai rejeté ».  | « J'évite de donner mon avis, demander quelque chose, refuser, critiquer... ».   |
| Performance sociale  | « Quand je me trouve avec d'autres personnes, je ne dois pas commettre d'erreurs, ni subir de défaillances, sinon cela se retournera immédiatement et gravement contre moi ». | « Je cherche toujours la perfection dans ce que je fais face à autrui. Mais comme c'est impossible, j'évite beaucoup de situations, ou bien je suis insatisfait de la manière imparfaite dont je les ai gérées, et je me dévalorise ensuite à l'excès ». |
| Hypervigilance vis-à-vis d'autrui  | « Je dois être excessivement attentif aux attitudes des autres, sinon des choses importantes et graves vont m'échapper ».   | « Je cherche toujours dans les yeux ou les attitudes de mes interlocuteurs ce qui peut témoigner d'un jugement défavorable à mon égard ou d'une intention à s'opposer à moi ».   |
| Hypercontrôle de soi   | « Je ne dois pas laisser transparaître ma gêne ou mes émotions ».   | « Je veux à tout prix masquer mes émotions, même minimales, par peur qu'elles ne soient remarquées, ce qui ne manquerait pas de me mettre en position d'infériorité absolue ».   |
| Visibilité des faiblesses personnelles ou des manifestations émotionnelles | « Les manifestations d'émotivité que je ressens sont aisément décelables ». « Mon manque de culture et d'intelligence sont faciles à détecter ».                              | « La moindre de mes émotions est instantanément décelable par autrui, je suis transparent et désarmé. J'ai à chaque fois l'air coupable ou vulnérable ».   |
| Vigilance et menace de la part d'autrui                                    | « Les gens surveillent les attitudes des autres et jugent négativement les faibles, en les rejetant ou en les agressant ».  | « Les gens sont sans pitié pour les personnes comme moi, et ont tôt fait de voir comment les dominer ou les mettre à l'écart ».  |

<sup>156</sup> ANDRE C. Op. Cit. (3).

Nous vous présentons un déroulement type de thérapie cognitive, tel qu'il est présenté par COTTRAUX<sup>157</sup>.

Une séance de thérapie cognitive débute toujours par l'établissement d'un agenda de séance qui précise les problèmes à aborder au cours de la séance. Si des tâches ont été données dans la séance précédente, elles sont discutées. Au cours de la séance, le thérapeute récapitule fréquemment les points importants qui apparaissent, ce qui sollicite à la fois l'empathie du thérapeute, indispensable à ce type de prise en charge, et une meilleure compréhension mutuelle. Deux types de méthode sont utilisés. Tout d'abord la méthode socratique, basée sur l'ironie socratique (ironie en grec = question), c'est-à-dire l'utilisation du questionnement plus que des jugements moraux ou des conseils directs. Elle permet d'aider le patient à résoudre ses problèmes sans imposer la solution. La forme interrogative est donc typique des interventions du thérapeute : « est-il toujours vrai que... ? », « n'y a-t-il pas d'autres solutions que ... ? », « est-ce une règle générale sans exception aucune ? ». La deuxième méthode consiste en l'utilisation des techniques cognitives : les tâches cognitives à réaliser en dehors des séances sont établies par le patient et le thérapeute. Le thérapeute demande au patient de résumer ce qu'il a compris de la séance et le compare à ce qu'il a retenu lui-même, il lui demande également ce qui lui a plu et déplu dans la séance (feedback) et en cas désaccord étudie ce problème avec lui. Enfin un agenda pour la prochaine séance est fixé si des sujets n'ont pas pu être abordés ou si des problèmes sont apparus en fin de séance.

### 1<sup>ère</sup> séance

– Définition des pensées automatiques : repérer les émotions et les sentiments et les relier aux pensées et aux comportements, « fermez les yeux et concentrez vous sur les pensées et les images qui viennent », « cherchez les pensées qui accompagnent une forte émotion : colère, angoisse, dégoût, déplaisir... ».

– Mise à jour des pensées automatiques : toujours partir de l'émotion pour chercher la cognition qui l'accompagne (« l'émotion est la voie royale vers la cognition » Beck), par l'utilisation de questions directes, de la découverte guidée par induction (récit d'un

---

<sup>157</sup> COTTRAUX J. Op. Cit (71).

événement qui a entraîné une émotion), de l'imagerie mentale (le patient se concentre sur les pensées qui lui viennent à l'esprit après s'être représenté une situation sociale anxieuse), du jeu de rôle...

– Isoler les pensées automatiques : isoler les situations provocatrices, les émotions pénibles et les monologues intérieurs qui les accompagnent.

#### Séances 2 à 5

– Modifier les pensées automatiques : une fois isolées les pensées automatiques, vient le moment de les discuter en utilisant une technique qui consiste à se poser la question en termes d'alternatives (pour ou contre), d'avantages ou de conséquences négatives.

– Remplacer les pensées inhibitrices de conduites par des pensées orientées sur les conduites : après avoir repéré les pensées qui inhibent les conduites sociales et isolé les distorsions cognitives qui les sous-tendent, le patient est invité à remplacer ces idées par des pensées orientées vers des conduites socialement efficaces.

– Tâches cognitives en situation sociale : mise en place d'un plan destiné à tester ces pensées dans la réalité.

#### Séances 5 à 15

– Isoler les postulats : le thérapeute aide le patient à regrouper les pensées automatiques autour de thèmes communs qui procèdent de postulats. Ces postulats sont à l'origine d'échecs répétitifs au cours de la vie du patient, notamment de rejet. Les postulats principaux retrouvés se traduisent par des règles de conduite de type « je dois » :

- La soumission pour obtenir ou conserver l'affection des autres : « je dois toujours et partout être aimé sincèrement et approuvé par toutes les personnes que j'estime importantes sinon je ne vauds rien ». Si être en relation avec les autres risque d'aboutir à la perte d'approbation, le postulat va aboutir à un retrait social et au conformisme.

◦ Le postulat perfectionniste : « je dois prouver tout le temps et toujours que je suis compétent, adapté, performant, avoir du talent et réaliser quelque chose d'important dans la vie, sinon je ne vauds rien ».

– Technique de la flèche descendante : elle permet, en partant des pensées automatiques, d'aboutir au postulat et à sa conséquence du fait de la distorsion cognitive. Elle est indispensable à la compréhension des croyances qui sous-tendent le comportement de soumission ou de perfectionnisme par exemple. Ex : « je dois toujours me montrer brillant et compétent, sinon on se moquera de moi et on me rejettera ». Elle permet d'une certaine façon de « décortiquer » le postulat, qui paraît initialement inébranlable, afin de pouvoir le discuter point par point.

– Discuter les postulats : cela passe par la mise en question de leurs différentes conséquences à court, moyen et long terme. Le but est de les questionner et de mettre à jour des interprétations plus réalistes et plus positives.

La thérapie cognitive de la phobie sociale consiste en un travail commun du patient et du thérapeute dans l'optique de rétablir un fonctionnement cognitif non pathologique. Elle passe par l'identification des pensées négatives et des distorsions cognitives. La technique de la flèche descendante va permettre d'isoler les postulats qui sous-tendent les pensées, les émotions et les comportements. Le thérapeute va ensuite aider le patient à les critiquer et à élaborer un nouveau mode de pensées moins défaitiste, plus réaliste.

L'émergence du concept de phobie sociale a eu lieu en parallèle avec le développement des thérapies comportementales et cognitives qui se sont révélées particulièrement indiquées dans la prise en charge de ce trouble. Les auteurs se sont intéressés à évaluer l'efficacité de ce type de psychothérapie, comparativement aux traitements médicamenteux et au placebo. Les résultats vont tous dans le sens d'une efficacité supérieure des thérapies comportementales et cognitives sur les antidépresseurs sérotoninergiques et sur le placebo<sup>158</sup>.

---

<sup>158</sup> COTTRAUX J. Op. Cit. (153).

## **CONCLUSION**

La phobie sociale est un concept issu du courant behavioriste des années 60, qui se définit par la peur persistante d'être soumis à l'attention et au regard d'autrui dans la crainte d'être jugé, humilié ou rejeté. Elle touche 2 à 4 % de la population générale, ce qui représente quelques 1 à 2 millions de Français. Même si les vulgarisations de cette pathologie sont de plus en plus nombreuses, les phobiques sociaux, par définition, ressentent d'énormes difficultés à consulter : repli social, crainte du jugement, certitude d'être seul à souffrir de ce trouble... Le mode d'accès aux soins reste donc encore trop fréquemment la dépression, l'alcoolisme voire le passage à l'acte suicidaire.

Pourtant, nombreux sont les travaux menés récemment afin de comprendre les raisons neurobiologiques et cognitivo-comportementales de l'anxiété sociale. Ils ont permis de mettre en évidence des anomalies au niveau des systèmes neurotransmetteurs noradrénergiques, dopaminergiques et sérotoninergiques. Parallèlement, les études menées sur l'efficacité des psychotropes dans la prise en charge des phobiques sociaux ont prouvé l'intérêt des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, malgré une efficacité somme toute relative. La paroxétine, la sertraline, l'escitalopram pour la première catégorie et la venlafaxine LP, pour la deuxième, ont reçu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le traitement de l'anxiété sociale.

Mais la phobie sociale appartient indiscutablement au champ cognitivo-comportemental. Les travaux menés depuis MARKS ont permis de mieux comprendre la genèse de ce trouble. Il surviendrait sur un terrain génétiquement préparé sur lequel interviendraient des événements traumatisants d'interaction sociale, une éducation parentale centrée sur l'attitude correcte à avoir en public, un manque d'assertivité et un déficit dans les compétences sociales. Toutes ces connaissances sont à l'origine du développement des thérapies cognitives et comportementales qui ont prouvé leur efficacité dans le traitement des phobiques sociaux. Elles se basent sur les techniques d'entraînement aux habiletés sociales, d'exposition et de restructuration cognitive. Les premières, comportementales, sont réalisées en individuel ou en groupe, par le biais de jeux de rôles. Elles permettent au patient, par la gestion de l'anxiété et le phénomène d'habituation, de se confronter aux situations sociales autrefois redoutées. La

restructuration cognitive, elle, a pour objectif d'aider les sujets phobiques sociaux à isoler leurs pensées automatiques, distorsions cognitives et postulats qui sous-tendent leurs émotions et comportements pathologiques à l'origine de la dévalorisation et de l'évaluation négative d'eux-mêmes qu'ils prêtent à l'autre. C'est en changeant leurs schémas de pensées qu'un fonctionnement moins défaitiste et plus réaliste va leur permettre de se confronter au regard de l'autre dans les situations d'interaction sociale.



## **BIBLIOGRAPHIE**

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. ALBERTI RE, EMMONS ML, cités par COTTRAUX J. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson, Paris, 2004 ; 397 p.
2. ALLGULANDER C. paroxetine in social anxiety disorder : a randomized placebo-controlled study. Acta Psychiatr Scand 1999 ; 100 (3) : 193-8.
3. AMIES PL, GELDER MG, SHAW PM. Social phobia : a comparative clinical study. Brit J Psychiatry 1983 ; 142 : 174-9.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3<sup>rd</sup> edition. APA, Washington DC, 1980.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3<sup>rd</sup> edition, revised version. APA, Washington DC, 1987.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> edition. APA, Washington DC, 1991.
7. ANDRE C, LEGERON P. La peur des autres. Odile Jacob, Paris, 2003, 332 p.
8. ANGST J. Comorbidity of panic disorder in a community sample. Clin Neuropharm 1992 ; 15 (1) : 176.
9. BALDWIN DS, BOBES J, STEIN DJ, SCHARWACHTER I, FAURE M. paroxetine in social phobia/social anxiety disorder : randomized, double blind, placebo-controlled study. Br J Psychiatry 1999 ; 175(8) : 120-6.
10. BANDURA A, cité par COTTRAUX J. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson, Paris 2004 ; 397 p.
11. BARLOW DH, DINARDO PA, VERMILYEA BB, VERMILYEA J, BLANCHARD E. Comorbidity and depression among the anxiety disorders: issues in diagnosis and classification. J Nerv Ment Dis 1986 ; 174 : 63-72.
12. BEAUMARCHAIS, cité par ANDRE C. La timidité. Que sais-je ? PUF, 1997.
13. BEIDEL DC, TURNER SM, MORRIS TL. A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia : the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. Psychol Assesment 1995 ; 7 : 73-9.
14. BLACK B, UHDE TW, TANCER ME. Fluoxetine for the treatment of social phobia. J Clin Psychopharmacol 1992 ; 4 : 293-5.
15. BOUVARD M, COTTRAUX J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Masson, Paris, 323 p.

16. BUSS AH. A theory of shyness. In : JONES WH, SHEEK JM, BRIGGS SR. Shyness : perspectives and research and treatment. Plenum Press, New York, 1986.
17. CAPDEVIELLE D, BOULENGER JP. Traitements médicamenteux de la phobie sociale (trouble anxiété sociale). In : phobie sociale (trouble anxiété sociale). Canal Psy 2004 ; 9 : 18-25.
18. CASPER JL. Biographie d'une idée fixe. Présenté par PITRES A, REGIS E, traduction de LALANNE G, Arch Neurol 1902 ; 1 : 270-287.
19. CLAPAREDE E. L'obsession de la rougeur. A propos d'un cas d'éreutophobie. Arch Psychol Suisse Romande 1902 : 307-34.
20. CLARK DM, WELLS A. A cognitive model of social phobia. In : social phobia, diagnosis, assesment and treatment. HEIMBERG GR, LIEBOWITZ M, HOPE D, SCHNEIER FR. Guilford Press, New York, 1995.
21. COTTRAUX J. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson, Paris, 2004 ; 397 p.
22. COTTRAUX J. Prise en charge psychothérapique des phobies sociales. In : Phobie sociale (trouble anxiété sociale). Canal Psy 2004 ; 8 : 46-52.
23. COTTRAUX J, MOLLARD E et al. Agoraphobia with panic attacks and social phobia : a comparative clinical and psychometric study. Psychiatr Psychobiol 1988 ; 3 : 49-56.
24. COUPLAND NJ, BELL C, POTOKAR JP et al. Flumazenil challenge in social phobia. Depress Anxiety 2000 ; 11 (1) : 27-30.
25. DAVIDSON RJ, MARSHALL JR, TOMARKEN AJ et al. While a phobic waits : regional brain electrical and autonomic activity in social phobics during anticipation of public speaking. Biol Psychiatry 2000 ; 47 (2) : 85-95.
26. DAVIDSON RJ, POTTS N, RICHICHI E et al. treatment of social phobia with clonazepam and placebo. J Clin Psychopharmacol 1993 ; 13 (6) : 423-8.
27. DIXON JJ, DE MONCHAUX C, SANDLER J. Patterns of anxieties : an analysis of social anxieties. Br J Med Psychol 1957 ; 30 : 107-12.
28. DUBOUX X. A propos de la rougeur. Bull Soc Med Suisse Romande 1874 : 317.
29. EMMANUEL NP, LYDIARD RB, BALLENGER JC. Reatment of social phobia with bupropion. J Clin Psychopharmacology 1991 ; 11 (4) : 276-7.
30. EMMELKAMP PM. Phobic and obsessive-compulsive disorders : theory research and practice. Plenum Press, 1982.
31. FAHLEN T, NILSON HL, BORG K, et al. Socila phobia : the clinical efficacy and tolerability of the monoamine oxidase-A and serotonin uptake inhibitor brofaromine. A double-blind placebo-controlled study. Acta Psychiatr Scand 1995 ; 92 (5) : 351-8.

- 32.FALLOON IR, LLOYD GG, HARPIN R. The treatment of social phobia. *J Nerv Ment Dis* 1981 ; 169 : 180-4.
- 33.FYER AJ. Heritability of social anxiety : a brief review. *J Clin Psychiatry* 1993 ; 54 (suppl): 10-2.
- 34.FYER AJ, MANNUZZA S, CHAPMAN TF et al. A direct interview family study of social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1993 ; 50 (4) : 286-93.
- 35.FYER AJ, MANNUZZA S, CHAPMAN TF et al. Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1995 ; 52 (7) : 564-73.
- 36.GELERENTER CS, UHDE TW, CIMBOLIC P et al. cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1991 ; 48 : 938-45.
- 37.GOLDSTEIN S. Treatment of social phobia with clonidine. *Biol Psychiatry* 1987 ; 22 (3) : 369-72.
- 38.GORMAN JM, PAPP LA, MARTINEZ J et al. High-dose carbon dioxide challenge test in anxiety disorder patients. *Biol Psychiatry* 1990 ; 28 (9) : 743-57.
- 39.HEIMBERG RG, BARLOW DH. Psychosocial treatments for social phobia. *Psychosomatics* 1988 ; 29 (1) : 27-37.
- 40.HEIMBERG RG, STEIN MB, HIRIPI E, KESSLER RC. Trends in the prevalence of social phobia in the United States : a synthetic cohort analysis of changes over four decades. *Eur Psychiatry* 2000 ; 15 (1) : 29-37.
- 41.HIPPOCRATE, cité par SERVANT D et PARQUET PJ. Les phobies sociales. Masson, Paris, 1997.
- 42.JANET P. Les obsessions et la psychasthénie. Alcan, Paris, 1903.
- 43.JOHNSON MR, LYDIARD RB, ZEALBERG JJ et al. plasma and CSF HVA levels in panic patients with comorbid social phobia. *Biol Psychiatry* 1994 ; 36 (6) : 425-7.
- 44.KAGAN J, REZNICK JS, CLARCK EC. Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Dev* 1984 ; 55 : 2212-25.
- 45.KATZENILCK DJ, KOBAK KA, GREIST JH et al. sertraline for social phobia : a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am J Psychiatry* 1995 ; 152 (9) : 1368-71.
- 46.KENDLER KS, MYERS J, PRESCOTT CA et al. The genetic epidemiology of irrational fears and phobias in men. *Arch Gen Psychiatry* 2001 ; 58 (3) : 257-65.
- 47.KENDLER KS, NEALE MC, KESSLER RC et al. The genetic epidemiology of phobias in women. The interrelationship of agoraphobia, social phobia, and simple phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1992 ; 49 (4) : 273-81.

- 48.KESSLER, cité par ROUILLON F, LEPINE JP, TERRA JL. Epidémiologie psychiatrique. Gourreau, Paris, 1995, 376 p.
- 49.LEPINE JP, LELLOUCH J. Classification and epidemiology of social phobia. Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci 1995 ; 244 : 290-6.
- 50.LEPINE JP, PELISSOLO A. Social phobia and alcoholism : a complex relationship. Journ of Affect Disord. 1998 ; 50 : 523-8.
- 51.LIEBOWITZ MR et al. a randomized, double-blind, fixed-dose comparison of paroxetine and placebo in social anxiety disorder. J Clin Psychiatry 2002 ; 63 : 66-74.
- 52.LIEBOWITZ MR, FYER AJ, GORMAN JM et al. Specificity of lactate infusions in social phobia versus panic disorders. Am J Psychiatry 1985 ; 142 : 947-50.
- 53.LIEBOWITZ MR, GORMAN JM, FYER AJ, et al. Social phobia : review of a neglected anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry 1985 ; 42 : 729-36.
- 54.LIEBOWITZ MR, SCHNEIER F, CAMPEAS R et al. phenelzine and atenolol in social phobia. Psychopharmacol Bull 1990 ; 2- (1) : 123-5.
- 55.LOTT M, GREIST JH, JEFFERSON JW, et al. Brofaromine for social phobia : a multicenter, placebo-controlled, double-blind study. J Clin Psychopharmacol 1997 ; 17 (4) : 255-60.
- 56.LYDIARD RB, LARAIA MT, HOWELL EF, et al. Alprazolam in the treatment of social phobia. J Clin Psychiatry 1988 ; 49 (1) : 17-9.
- 57.MAGEE WJ, EATON WW, WITTCHEN HU et al. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry 1996 ; 53 : 159-68.
- 58.MANNUZZA S, SCHNEIER FR, CHAPMAN TF et al. Generalized social phobia. Reliability and validity. Arch Gen Psychiatry 1995 ; 52 (3) : 230-7.
- 59.MARKS MI. Behavioral treatment of social phobia. Psychopharmacol Bull 1985 ; 21 (3) : 615-7.
- 60.MARTEL FL, HAYWARD C, LYONS DM et al. Salivary cortisol levels in socially phobic adolescent girls. Depress Anxiety 1999 ; 10 (1) : 25-7.
- 61.MERIMEE P, cité par HARTENBERG P. Les timides et la timidité. Alcan, Paris, 1921.
- 62.MIKKELSEN EJ, DETLOR J, COHEN DJ. School avoidance and social phobia triggered by haloperidol in patients with Tourette's disorder. Am J Psychiatry 1981 ; 138 (12) : 1572-6.
- 63.MILLON T, cité par TIGNOL J, PUJOL H. Phobie sociale, timidité et personnalité évitante. Neuro-psy 2001 ; numéro spécial : 41-5.

- 64.MULLANEY JA, TRIPPET CJ. Alcohol dependence and phobias : Clinical description and relevance. *Br J Psychiatry* 1979 ; 135 : 563-73.
- 65.MUSA CZ, LEPINE JP. Cognitive aspects of social phobia : a review of theories and experimental research. *Eur Psychiatry* 2000 ; 15 : 59-66.
- 66.OHMAN A. Face the beast and fear the face : animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology* 1986 ; 23 : 123-45.
- 67.ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, World Health Organization, Genève, 1992.
- 68.PAPP LA, GORMAN JM, LIEBOWITZ MR et al. Epinephrine infusions in patients with social phobia. *Am J Psychiatry* 1988 ; 145 (6) : 733-6.
- 69.PELISSOLO A, LEPINE JP. Les phobies sociales : perspectives historiques et conceptuelles. *Encéphale* 1995 ; XXI : 15-24.<sup>1</sup> MARKS IM. The classification of phobic disorders. *Brit Jour Psychiatr* 1970 ; 116 : 377-86.
- 70.PERSSON G, NORDLUND CL. Agoraphobics and social phobics : differences in background factors, syndrome profiles and therapeutic response. *Acta Psychiatr Scand* 1985 ; 71 : 148-59.
- 71.PITRES A, REGIS E. L'obsession de la rougeur (érotrophobie). *Arch Neurol* 1897 ; vol III (13) : 1-26.
- 72.PITRES A, REGIS E. L'obsession de la rougeur ou érotrophobie (note additionnelle). *Arch Neurol* 1902 ; 13 : 177-94.
- 73.REGIER DA, KAELBER CT, RAE DS et al. Limitations of diagnostic criteria and assesment instruments for mental disorders. *Arch Gen Psychiatr* 1998 ; 55 : 109-15.
- 74.REICH J, YATES W. A pilot study of treatment of social phobia with alprazolam. *Am J Psychiatry* 1988 ; 145 (5) : 590-4.
- 75.REICH J., YATES W. Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Compr Psychiatry* 1988 ; 29 (1) : 72-5.
- 76.REITER SR, POLLACK MH, ROSENBAUM JF et al. Clonazepam for the treatment of social phobia. *J Clin Psychiatry* 1990 ; 51 (11) : 470-2.
- 77.SCHLENKER BR, LEARY MR. Social anxiety and self-presentation : a conceptualization and model. *Psychol Bull* 1982 ; 92 : 641-69.
- 78.SCHNEIER FR, CHIN SJ, HOLLANDER E, et al. Fluoxetine in social phobia. *J Clin Psychopharmacol* 1992 ; 12 : 62-63.
- 79.SCHNEIER FR, JOHNSON J, HORNIG C. Social phobia : comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch. Gen. Psychiatr* 1992 ; 49 : 282-8.

- 80.SELIGMAN M. Phobias and preparedness. *Behav Ther* 1971 ; 2 : 307-20.
- 81.SHEEHAN DV, SHEEHAN KH. The classification of phobic disorders. *Int J Psychiatry Med* 1982-83 ; 12 (4) : 243-66.
- 82.SMAIL P, STOCKWELL T, CANTER S, HODGSON R. Alcohol dependence and phobic anxiety states : A prevalence study. *Br J Psychiatry* 1984 ; 144 : 53-7.
- 83.SOLYOM L, LEEWIDGE B, SOLYOM C. Delineating social phobia. *Br J Psychiatry* 1986 ; 149 : 464-70.
- 84.SPIELBERGER, NIKE, cités par COTTRAUX J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. Masson, Paris 2004, 397 p.
- 85.STEIN et al., cités par ADES J, LEJOYEUX M. *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives*. Masson, Paris, 1997.
- 86.STEIN MB, ASMUNDSON GJ, CHARTIER M. Automatic responsivity in generalized social phobia. *J Affect Disorders* 1994 ; 31 (3) : 211-21.
- 87.STEIN MB, CHARTIER MJ, HAZEN AL, et al. Paroxetine in the treatment of generalized social phobia : open-label treatment and double-blind placebo-controlled discontinuation. *J Clin Psychopharmacol* 1996 ; 16 (30) : 218-22.
- 88.STEIN MB, CHARTIER MJ, HAZEN AL et al. A direct interview family study of generalized social phobia. *Am Journ Psychiatry* 1998 ; 155 (1) : 90-7.
- 89.STEIN MB, DELANEY SM, CHARTIER MJ et al. [<sup>3</sup>H]paroxetine binding to platelets of patients with social phobia : comparison to patients with panic disorder and healthy volunteers. *Biol Psychiatry* 1995 ; 37 (4) : 224-8.
- 90.STEIN MB, FYER AJ, DAVIDSON JR, POLLACK MH, WIITA B. Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder) : a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 1999 ; 56 (5) : 756-60.
- 91.STEIN MB, HEUSER IJ, JUNCOS JL et al. anxiety disorders in patients with Parkinson's disease. *Am J Psychiatry* 1990 ; 147 (2) : 217-20.
- 92.STEIN MB, LIEBOWITZ MR, LYDIARD RB, PITTS CD, BUSHNELL W, GERGEL I. paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder) : a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 1998 ; 280(8) : 708-13.
- 93.STEIN MB, TANCER ME, GELERNTER CS, VTTONE BJ, UHDE TW. Major depression in patients with social phobia. *Am Journ Psychiatry* 1990 ; 147 : 637-9.
- 94.STEIN MB, TANCER ME, UHDE TW. Heart rate and plasma norepinephrine responsivity to orthostatic challenge in anxiety disorders. Comparison of patients with panic disorder and social phobia and normal control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 49 (4) : 311-7.

- 95.STOPA L, CLARK DM. Cognitive processes in social phobia. *Behav Res Ther* 1993 ; 31 : 255-67.
- 96.TANCER ME. Neurobiology of social phobia. *J Clin Psychiatry* 1993 ; 54 ( Suppl) : 26-30.
- 97.TANCER ME, GARIEPY JL, MAYLEBEN MA et al. NC 100 mice : a putative animal model for social phobia. *Biol Psychiatry* 1992 ; 31 : 216.
- 98.TANCER ME, STEIN MB, UHDE TW. Growth hormone response to intravenous clonidine in social phobia : comparison to patients with panic disorder and healthy volunteers. *Biol Psychiatry* 1993 ; 34 (9) : 591-5.
- 99.TANCER ME, STEIN MB, UHDE TW. Lactic acid response to cafein in panic disorder : comparison with social phobia and normal controls. *Anxiety* 1994 ; 1 (3) : 138-40.
- 100.TROWER P, BRYANT BM, ARGYLE M. *Social skills and mental health*. Methuen, London, 1978.
- 101.TROWER P, GILBERT P. New theoritical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clin Psychol Rev* 1989 ; 9 : 19-35.
- 102.UHDE TW, TANCER ME, GELERNTER CS et al. Normal urinary free cortisol and postdexamethasone cortisol in social phobia : comparison to normal volunteers. *J Affect Disord* 1994 ; 30 (3) : 155-61.
- 103.VAN AMERINGEN M, MANCINI C, STREINER D. Fluoxetine efficacy in social phobia. *J Clin Psychiatry* 1993 ; 54 (1) : 27-32.
- 104.VAN AMERINGEN M, MANCINI M, STREINER D et al. Sertraline in social phobia. *J Affect Disorders* 19994 ; 31 : 141-5.
- 105.VAN AMERINGEN M, MANCINI C, WILSON C. Buspirone augmentation of selective serotonin reuptake onhibitors (SSRIS) in social phobia. *J Affect Disorder* 1996 ; 39 (2) : 115-21.
- 106.VAN VLIET IM, DEN BOER JA, WESTENBERG HG, et al. Psychopharmacological treatment of social phobia : clinical and biochemical effects of brofaromine, a selective MAO-A inhibitor. *Eur Neuropsychopharmacol* 1992 ; 2 : 21-9.
- 107.VAN VLIET IM, DEN BOER JA, WESTENBERG HG. Psychopharmacological treatment of social phobia ; a double-blind placebo-controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacol* 1994 ; 115 : 128-34.
- 108.VAN VLIET IM, DEN BOER JA, WESTENBERG HG, et al. Clinical effects of buspirone in social phobia : a double-blind placebo-controlled study. *J Clin Psychiatr* 1997 ; 58 (4) : 164-8.
- 109.VERSIANI M, DINIZ MUNDIM F, NARDI AE, et al. Tranylcypamine in social phobia. *J Clin Psychopharmacol* 1988 ; 8 : 279-83.



110. VERSIANI M, NARDI AE, MUNDIM FD et al. Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study with moclobemide and phenelzine. Br J Psychiatry 1992 ; 161 : 153-60.<sup>1</sup>

111. VERSIANI M, NARDI AE, MUNDIM FD et al. The long-term treatment of social phobia with moclobemide. Int Clin Psychopharmacol 1996 ; 11 (3) : 83-8.

112. WEILLER E, BISSERBE JC, BOYER P, LEPINE JP, LECRUBIER Y. Social phobia in general health care : an unrecognised undertreated disabling disorder. Br J Psychiatry 1996 ; 168 : 169-74.

113. WITTCHEN et al., cité par LEPINE JP. Phobies sociales : prévalence, facteurs de risque et comorbidité. Neuro-Psy 2001 ; numéro spécial : 22-7.

114. WITTCHEN HU, FUETSCH M, SONNTAG H, MULLER N, LIEBOWITZ M. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. Eur Psychiatry 2000 ; 15 : 46-58.

**Annexe 6 : Test d'auto-évaluation des pensées en interaction sociale**

## TABLE DES MATIERES

|  |    |
|--|----|
| <b>INTRODUCTION</b> .....  | 10 |
| <b>I.HISTORIQUE</b> .....  | 12 |
| A.De l'antiquité au XIXème siècle.....   | 12 |
| B.Le XIXème siècle.....  | 13 |
| 1.Un éreutrophobe allemand en 1846.....  | 13 |
| 2.PITRES et REGIS.....   | 16 |
| C.Le début du XXème siècle.....  | 18 |
| 1.La polémique.....  | 18 |
| 2.La clinique de l'éreutrophobie.....  | 19 |
| 3.De Pierre JANET au DSM.....  | 20 |
| <b>II.INDIVIDUALISATION DE LA PHOBIE SOCIALE</b> .....                                     | 22 |
| A.Place de la phobie sociale dans les classifications internationales.....                 | 22 |
| 1.La phobie sociale dans le DSM III.....   | 23 |
| 2.La phobie sociale dans le DSM III R.....   | 24 |
| 3.La phobie sociale dans le DSM IV.....  | 24 |
| 4.La phobie sociale dans la CIM 10.....  | 27 |
| B.Examen de cinq études descriptives et comparatives de la phobie sociale.....             | 27 |
| 1.Etude de MARKS 1970.....   | 28 |
| 2.Etude de AMIES 1983.....   | 31 |
| 3.Etude de PERSSON 1985.....   | 34 |
| 4.Etude de SOLYOM 1986.....  | 35 |
| 5.Etude de COTTRAUX 1988.....  | 38 |
| 6.Conclusion de ces études.....  | 40 |
| <b>III.CLINIQUE DES PHOBIES SOCIALES</b> .....   | 42 |
| A.Epidémiologie.....   | 42 |
| 1.Prévalence.....  | 42 |
| 2.Données socio-démographiques.....  | 47 |
| 3.Comorbidité.....   | 48 |
| a.Phobie sociale et troubles anxieux.....  | 49 |
| b.Phobie sociale et dépression.....  | 49 |
| c.Phobie sociale et alcool.....  | 50 |
| d.Phobie sociale et suicide.....   | 53 |
| e.Phobie sociale et retentissement professionnel.....                                      | 53 |
| B.Clinique.....  | 55 |
| C.Formes cliniques de la phobie sociale.....   | 58 |
| 1.Les deux sous-types de la phobie sociale.....  | 58 |
| 2.Une forme culturelle : le <i>taijin-kyofu-sho</i> .....                                  | 58 |
| D.Formes frontières de la phobie sociale.....  | 59 |
| E.Outils d'évaluation utilisés.....  | 64 |
| 1.Questionnaire des peurs (Fear questionnaire).....  | 64 |
| 2.Echelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée (PPAG)..... | 67 |
| 3.Test comportemental d'évitement (Behavioural avoidance test).....                        | 68 |

|   |            |
|---|------------|
| 4.Echelle de phobie sociale de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale).....          | 68         |
| 5.Questionnaire des conduites interpersonnelles (Scale for interpersonal behavior)..... | 70         |
| 6.TAPIS : Test d'Auto-évaluation des Pensées en Interaction Sociale.....                | 72         |
| 7.Echelle d'affirmation de soi de RATHUS.....   | 73         |
| 8.Echelle des peurs FSS III.....  | 75         |
| <b>IV.ANALYSE CONCEPTUELLE.....</b>   | <b>77</b>  |
| <b>A.Abord cognitivo-comportemental.....</b>  | <b>77</b>  |
| 1.Le modèle du conditionnement.....   | 77         |
| 2.Le modèle de la préparation.....  | 80         |
| 3.L'hypothèse génétique et la part des apprentissages.....                              | 81         |
| 4.Le modèle de l'inhibition comportementale chez l'enfant.....                          | 83         |
| 5.Le modèle du déficit dans les compétences sociales.....                               | 84         |
| 6.Le modèle de l'apprentissage social et de l'assertivité.....                          | 85         |
| 7.Les modèles cognitifs.....  | 90         |
| 8.Les modèles psycho-sociaux.....   | 94         |
| <b>B.Abord neurobiologique.....</b>   | <b>98</b>  |
| 1.Génétique.....  | 98         |
| 2.Exploration des systèmes neuro-endocriniens.....                                      | 101        |
| a.Axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien.....                                     | 101        |
| b.Axe hypothalamo-hypophyso-thyroïdien.....   | 102        |
| 3.Provocation par substances anxiogènes.....  | 103        |
| a.Lactate de sodium.....  | 103        |
| b.Dioxyde de carbone.....   | 103        |
| c.Caféine.....  | 104        |
| d.Adrénaline.....   | 104        |
| e.Flumazénil.....   | 104        |
| 4.Systèmes de neurotransmission.....  | 105        |
| a.Noradrénaline.....  | 105        |
| b.Dopamine.....   | 106        |
| c.Sérotonine.....   | 107        |
| <b>V.THERAPEUTIQUE.....</b>   | <b>109</b> |
| <b>A.Traitement médicamenteux.....</b>  | <b>109</b> |
| 1.Les bêta-bloquants.....   | 109        |
| 2.Les inhibiteurs de la mono-amine oxydase (IMAO).....                                  | 110        |
| a.Les IMAO irréversibles.....   | 110        |
| b.Les IMAO réversibles.....   | 112        |
| 2.Les benzodiazépines.....  | 114        |
| 3.Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).....                | 116        |
| 4.Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.....          | 119        |
| 5.La buspirone.....   | 120        |
| <b>B.Les thérapies cognitives et comportementales.....</b>                              | <b>121</b> |
| 1.La désensibilisation systématique.....  | 121        |
| 2.L'affirmation de soi.....   | 123        |
| 3.L'exposition.....   | 126        |
| 4.La restructuration cognitive.....   | 130        |
| a.Le modèle d'Ellis : la thérapie « rationnelle-émotive ».....                          | 130        |
| b.Le modèle de Beck.....  | 132        |

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| <b>CONCLUSION</b> .....    | 139 |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> ..... | 141 |
| <b>ANNEXES</b> .....       | 150 |