

CHAPITRE 4

Phobie sociale

L.-P. Vera

Description clinique et diagnostic DSM

La phobie sociale est un motif fréquent de consultation en psychiatrie infanto-juvénile. Elle est caractérisée par une peur d'être humilié ou jugé négativement dans des situations sociales ou de performance. On pourrait résumer la phobie sociale comme un trouble anxieux où le sujet veut absolument faire bonne impression à ses congénères et à lui-même mais où il est intimement persuadé de ne pouvoir y arriver. Cette pathologie est chronique, et non traitée, elle évolue toute la vie étant source de handicap, sur le plan social et scolaire, parfois sévère. La phobie sociale figure parmi les troubles psychiatriques les plus fréquents. Le début se situe classiquement chez l'enfant ou le jeune adolescent (11 à 12 ans en moyenne), mais l'âge de consultation peut être bien plus précoce, à partir de 6 ans. La phobie sociale est souvent associée à d'autres troubles psychiatriques. Longtemps négligée, elle est depuis le début des années 1990 sous le feu des projecteurs, s'agissant d'un réel problème de santé publique.

Phobie sociale versus timidité

La phobie sociale est à distinguer de la timidité qui est un état que nous pouvons tous ressentir au cours de notre vie et qui n'est pas pathologique. Elle peut se manifester dans des situations diverses où nous sommes soumis au regard, au jugement des autres. Timidité et phobie sociale se recoupent par certains aspects mais diffèrent en bien des manières. Beaucoup de phobiques sociaux disent se sentir timides et partagent des caractéristiques communes avec eux. Or, il apparaît que

tous les phobiques sociaux ne le sont pas. Timidité et phobie sociale ont longtemps été considérées comme deux formes d'anxiété sociale de sévérité différente mais des études récentes (Heiser et al., 2003) remettent en question la présence d'un continuum entre ces deux pathologies. Tout au plus, la timidité serait un des facteurs contribuant à l'éclosion d'une phobie sociale.

La timidité est une conduite non pathologique particulièrement fréquente chez l'enfant et l'adolescent, ils n'oseront s'exprimer dans tel groupe ou s'inscrire à telle activité extrascolaire sans que cela constitue une phobie sociale. Chez l'enfant timide, l'anxiété est présente en situation sociale mais l'attention est portée sur les autres lors des situations anxiogènes, non sur soi. Par ailleurs, ces enfants et adolescents n'ont pas peur d'être humiliés ou ridiculisés, leur crainte est de ne pas être acceptés par le groupe, de ne pas être aimés. Les jeunes timides ne présentent pas de comportements d'évitement des situations sociales comme les phobiques sociaux ; au contraire, ils vont chercher le contact des autres, mais se retrouvent inhibés par l'anxiété lorsqu'ils sont dans certains types d'interactions sociales.

Diagnostic DSM

L'Association américaine de psychiatrie (*American Psychiatric Association*, APA) a inclus la phobie sociale chez l'adulte dans la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III) en 1980, au sein des troubles anxieux. Ce n'est que plus tard, en 1998, que l'APA a reconnu l'existence du trouble chez l'enfant, dans la quatrième édition du DSM. Le DSM-IV-TR définit la phobie sociale comme une peur persistante et intense durant laquelle le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien lorsqu'il peut être exposé à l'observation attentive d'autrui. Le sujet craint alors d'agir (ou de montrer des signes d'anxiété) de façon embarrassante ou humiliante. L'enfant peut avoir des relations sociales avec des gens familiers et l'anxiété se manifeste également en présence d'autres enfants et non uniquement avec des adultes.

Manifestations caractéristiques chez l'enfant et l'adolescent

L'exposition à la situation sociale redoutée (leur nombre et leur caractère étant variables en fonction des enfants) provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation. Chez l'enfant, les manifestations anxieuses sont différentes de chez l'adulte, l'anxiété se manifestera alors par des réactions de pleurs, de colère, de retrait, parfois de refus complet de communication avec mutisme.

L'enfant ne reconnaît pas toujours le caractère excessif ou irraisonné de la peur, cela dépend de son niveau de développement. Les adolescents sont capables de reconnaître le caractère excessif de leur crainte.

Les situations sociales ou de performance sont évitées lorsque cela est possible, ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses. Bien entendu, les adolescents présentent plus de comportements d'évitement que les enfants chez qui les interactions sociales sont organisées par les parents.

L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans les situations sociales redoutées perturbent, de façon importante, les habitudes de l'enfant ou de l'adolescent. Ses activités scolaires, extrascolaires, ses relations avec autrui, mais également le fait d'avoir cette phobie s'accompagnent d'un sentiment de souffrance important.

Le diagnostic de phobie sociale ne sera posé que si ces troubles évoluent depuis au moins 6 mois.

La phobie sociale est décrite chez l'enfant à partir de l'âge de 6 ans et sa prévalence croît avec l'âge. On pense qu'elle pourrait être présente à un plus jeune âge mais il est difficile de la dépister plus précocement.

Les enfants et adolescents souffrant de phobie sociale fonctionnent selon un mode d'évitement des interactions sociales tout en désirant ardemment être appréciés et aimés des autres. Ils sont avides de relations sociales mais inhibés par l'anxiété qu'ils ressentent en situation sociale. Si pour la plupart ils ne manquent pas d'habiletés sociales, ils s'en servent peu et sont persuadés d'en manquer cruellement. Les plus jeunes vont jusqu'à refuser de communiquer, les plus grands parlent peu et évitent le contact visuel. À la cantine, ils se sentent observés lorsqu'ils traversent le self après s'être saisis de leur plateau-repas, ils ne peuvent avaler s'ils sentent le regard des autres sur eux, ils ont peur de trembler en buvant leur verre d'eau. S'ils aimeraient de tout cœur pouvoir échanger avec les autres, ils sont pourtant persuadés de ne pas pouvoir soutenir une conversation et vont les fuir afin de ne pas paraître ridicule ou de ne pas rougir. En présence de jeunes plus inhibés qu'eux, ils peuvent se sentir enfin à l'aise et se comporter normalement sans avoir peur d'être jugés négativement ou ridiculisés.

Ces enfants sont amenés à la consultation par leurs parents qui s'inquiètent de les voir peu affirmés, en retrait ou tristes. Ils sont décrits comme ayant peu d'amis, peu d'activités extrascolaires qu'ils refusent quasi en bloc. Ils restent chez eux le week-end, ne voient pas leurs camarades de classe en dehors de l'école, restent dans leur chambre lorsque leurs frères et sœurs ou parents ont des invités et vont rechigner à sortir de leur chambre pour dire bonjour. Lorsqu'on les force à interagir avec les autres, ils se montrent inhibés, parlent peu, jouent à l'écart des autres, regardent volontiers leurs chaussures ou derrière leur interlocuteur. Ce comportement d'inhibition se manifeste aussi bien envers les

enfants de même âge qu'envers les adultes. Au sein de leur fratrie, même ils sont inhibés et ont du mal à s'affirmer au point de laisser les autres accaparer la parole pendant les repas, certains ne savent se défendre de leurs frères et sœurs et pleurent systématiquement lors des disputes. Les enfants contrairement aux adolescents ont moins la possibilité de s'engager dans des comportements d'évitement actifs, les parents organisant pour eux les activités extrascolaires, les fêtes d'anniversaire et autres occasions de rencontres sociales avec des jeunes du même âge. On note alors chez ces enfants une souffrance particulière lors de ces occasions, ils se montrent insatisfaits de leur activité extrascolaire et en change souvent, confrontés à d'autres personnes ils seront parfois incapables de parler, restant mutiques.

Parfois, la consultation est motivée par une inquiétude du corps professoral qui aura fait part aux parents d'un comportement de retrait global. À l'école, ces enfants vont jouer à l'écart de leurs camarades de classe, parfois même se réfugier aux toilettes pendant la récréation. En classe, le manque de participation, le refuge au fond de la salle, souvent les résultats scolaires en inadéquation avec les capacités intellectuelles sont rapportés par les professeurs.

À la période de l'adolescence où les interactions sociales sont encouragées et favorisées par les parents et autres adultes, elles ne sont plus organisées par les parents ou de moins en moins et c'est à l'adolescent d'être actif dans sa vie sociale. On note alors des comportements de retrait plus importants. Chez l'adolescent, les comportements d'évitement sont en effet plus nombreux. Ils ne sortent pas ou très peu après les cours ou le week-end, avec un ou deux amis qu'ils connaissent de longue date et en qui ils ont « confiance ». Même avec ces amis choisis, ils ne se rendront pas à des soirées, dîners de classe, ils n'iront pas « prendre un pot » au café le week-end par peur de rencontrer d'autres personnes. Chez les adolescents, le comportement d'inhibition verbale semble plus fréquent que dans l'enfance où les comportements phobiques ont un caractère global. Ils ne répondent pas au téléphone, n'appellent pas leurs amis, ou communiquent par « sms » afin de ne pas déranger. Les interactions avec les jeunes du même âge de sexe opposé sont rares, ils n'initieront pas d'action dans ce sens en tout cas et s'ils sont approchés dans une tactique de séduction, ils seront mal à l'aise.

Ces adolescents, s'ils ont des goûts marqués en matière vestimentaire, vont tout de même chercher à ne pas attirer l'attention en choisissant des couleurs et des formes « passe-partout ». Le but est de ne pas se faire remarquer par les autres, surtout ne pas se soumettre à leur jugement impitoyable.

L'anxiété anticipatoire est présente chez ces jeunes à la veille de situations à risque, par exemple tel adolescent ne dormira pas la veille d'un

baptême d'où il ne pourra réchapper, tel enfant se tournera dans son lit pendant des heures interminables la veille de la récitation d'une poésie. Les manifestations somatiques de l'anxiété sont importantes dans ces moments avec des signes classiques tels que tachycardie, transpiration, rougissements, nausées ; ils vont alors lutter pour que ces signes ne soient pas remarqués par les autres. La lutte est parfois telle qu'elle altère leur fonctionnement cognitif, le « trou noir » dû à l'inhibition de la mémoire d'évocation en est le parfait exemple.

Principales situations sociales redoutées par les phobiques sociaux enfants et adolescents

- Prendre la parole devant les camarades.
- Passer un contrôle de connaissance.
- Participer à des fêtes d'anniversaire, des soirées.
- Poser une question aux professeurs.
- Répondre à une question en classe.
- Participer au cours de gymnastique, se changer dans les vestiaires.
- Débuter ou se joindre à une conversation.
- Parler à des inconnus.
- Parler à des adultes ou à une personne représentant l'autorité.
- Inviter un ami à se retrouver en dehors de l'école.
- Se rendre à un rendez-vous avec une personne du sexe opposé.
- Manger en public.
- Écrire devant d'autres personnes.
- Répondre ou parler au téléphone.
- Utiliser les toilettes publiques.

On distingue classiquement deux types de phobie sociale : la phobie sociale simple qui touche quelques situations sociales, parfois une situation unique, et la phobie sociale généralisée qui concerne plusieurs situations jugées à risque par le patient.

Comorbidité

Les comorbidités sont fréquentes dans la phobie sociale, une étude récente (Rao et al., 2007) retrouve un taux de comorbidité de 62 % chez l'enfant et de 47 % chez l'adolescent. Le trouble comorbide le plus fréquent est le trouble anxieux généralisé. Chez l'enfant, la phobie sociale est souvent associée à une phobie spécifique (19 %), une anxiété de séparation (15 %), le mutisme sélectif (10 %) et un trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) n'est pas rare (8 %). Chez l'adolescent, une phobie spécifique est présente chez 10 % des phobiques sociaux, le TDAH est présent avec la même fréquence (8 %) ; les principales différences résident dans une association moindre à une anxiété

de séparation (4 %) et une plus forte association à une dépression (5 % contre 3 % chez l'enfant). L'adolescence est un âge où l'on commence à découvrir l'alcool, aussi certains en découvriront rapidement les effets anxiolytiques, du moins à court terme, et sont à risque de développer une addiction. Il en est de même pour d'autres toxiques tels que le cannabis qui a chez certains un effet euphorisant et libérateur.

Le point de vue comportemental et cognitif

La phobie sociale est le résultat de la combinaison de certains facteurs de risques à des facteurs environnementaux auxquels l'enfant sera soumis au cours de son développement.

Le facteur génétique a été clairement démontré comme jouant un rôle dans l'apparition d'une phobie sociale, la question de savoir s'il s'agit d'un facteur de risque spécifique ou d'un facteur pouvant favoriser d'autres psychopathologies est encore sujette à débat. Les études de jumeaux (Andrews et al., 1990 ; Hettema et al., 2006) montrent un risque plus net pour la phobie sociale généralisée que pour la phobie sociale simple.

L'inhibition comportementale est un tempérament pouvant être présent précocement dans l'enfance et où se manifeste un certain type de réponse comportementale et émotionnelle en présence d'une situation, un objet, ou une personne inconnue. Kagan (1984) décrit ces enfants qui répondent à une situation nouvelle avec une extrême précaution, en retrait et sur un mode craintif. Comme le souligne Neal (2002), il existe des similitudes comportementales entre les enfants présentant une inhibition comportementale et ceux souffrant de phobie sociale : ils ont les mêmes stratégies d'évitement, de retrait passif, de réticence à approcher les étrangers, une latence verbale similaire. De nombreuses études prospectives ont clairement mis en évidence des taux élevés de phobies sociales chez les enfants et adolescents s'étant comportés selon le mode d'inhibition comportementale durant l'enfance précoce. Schwartz et al. (1999), notamment dans une étude prospective de 12 ans conduite sur 79 adolescents ayant été qualifiés de très inhibés à l'âge de 2 ans, a montré un lien spécifique avec la phobie sociale et l'absence d'association avec d'autres troubles anxieux comme les phobies spécifiques, l'anxiété de séparation ou l'anxiété de performance.

Des événements de vie négatifs survenant durant l'enfance ont été reliés à la phobie sociale, on retrouve notamment : le divorce des parents, une psychopathologie parentale, des conflits familiaux, des antécédents d'abus sexuels (Rapee et al., 2004).

La phobie sociale est caractérisée par des distorsions cognitives sur soi et le monde extérieur et également un biais dans le traitement des informations liées aux situations sociales. Elle est maintenue par une

sorte de cercle vicieux où les enfants qui en souffrent sont dans un engrenage où chaque situation sociale est l'objet d'un pré et d'un post-traitement biaisé de l'information ; ceci générant de l'anxiété et perturbant les performances sociales. Les stratégies d'évitement mises en place empêchent alors l'enfant de développer ses habiletés sociales et renforcent l'idée selon laquelle ces situations sont à risque. Ces distorsions cognitives ont été mises en évidence chez l'enfant dès l'âge de 8 ans (Epkins, 1996 ; Muris et al., 2000 ; Spence et al., 1999 ; Turner et al., 1994). Spence et al. (1999) ont bien mis en évidence les distorsions cognitives présentes chez l'enfant phobique social : une anticipation négative de l'événement, une évaluation négative de ses propres performances et des idées négatives sur leur comportement en situation sociale.

On note par ailleurs chez ces patients une croyance fortement ancrée que leurs pairs attendent d'eux un niveau élevé de performances sociales, ce niveau étant impossible à atteindre.

De nombreuses études ont mis en évidence le fait que ces enfants manquaient d'habiletés sociales. Ils sont moins populaires auprès de leurs camarades, ils sont plus facilement ignorés, négligés, rejetés ou exclus que les autres (Gazelle et Ladd, 2003 ; La Greca et Silverman, 1993 ; La Greca et al., 1998). Lors d'observation comportementale à l'école, Beidel et al. (1999) montrent que ces enfants initient peu d'interactions avec leurs camarades, parlent moins et leurs interactions durent moins longtemps que celles des autres. Chez les plus grands, par contre, on note des compétences sociales équivalentes à des personnes du même âge mais une intime conviction d'en manquer et une inhibition de ces compétences par l'anxiété.

Plusieurs facteurs environnementaux ont été incriminés dans l'émergence d'une phobie sociale. Ces facteurs associés à de mauvaises expériences sur le plan social et un défaut d'apprentissage (*modeling*) de stratégies de *coping* pour gérer les situations sociales complexes favoriseraient alors l'émergence d'une phobie sociale. Comme le souligne Rapee (1997), les parents d'enfants anxieux sont souvent très protecteurs, exercent beaucoup de contrôle et seraient moins chaleureux que les autres. Les adultes souffrant de phobie sociale se remémorent leurs parents comme peu sociables, pointant l'importance de l'opinion des autres, les isolant des autres et utilisant la honte comme une méthode d'éducation.

Chez les patients souffrant de phobie sociale, les pensées dysfonctionnelles vont être activées dans les situations sociales redoutées. Ces pensées sur soi en situation sociale et sur ses performances, lors de telles situations, entraînent une crainte de faillir à créer une bonne impression. Associée à la mise en route de ces biais cognitifs va se créer

une réorientation de l'attention qui sera alors dirigée sur soi, le jeune phobique se mettant en mode d'auto-observation.

Les biais cognitifs et le processus d'auto-observation sont la pierre angulaire de la phobie sociale. Les pensées automatiques de ces patients consistent en l'impression de ne pas se comporter de manière adéquate en situation sociale, la crainte que leurs signes d'anxiété ne soient repérés et l'idée d'être jugés par les autres. Par ailleurs, ils ont des critères de performance excessivement élevés et/ou un besoin excessif d'approbation.

L'image qu'ils ont d'eux-mêmes est également biaisée, ils se voient comme inintéressants, incompetents et pensent ne pas pouvoir être appréciés.

Exemples de pensées automatiques

- Je n'ai jamais rien à dire.
- Je suis ennuyeux.
- Tout le monde me regarde.
- Ils vont penser que je suis stupide.
- Les gens voient que je suis angoissé.
- Ils sont plus intéressants que moi.
- Ils sont plus drôles que moi.

Évaluation et traitement

L'analyse fonctionnelle doit s'attacher à déterminer les points suivants :

- les situations anxiogènes pour le patient ;
- l'anticipation anxieuse ;
- les capacités de *coping* face au stress ;
- la présence ou l'absence de composantes verbales ou gestuelles du comportement affirmé ;
- la définition des objectifs thérapeutiques à partir des échelles d'évaluation.

Dans un premier temps, l'analyse fonctionnelle doit permettre de déterminer les situations anxiogènes responsables de la perturbation sociale (isolement, retrait social, etc.), psychologique (estime de soi, focalisation excessive sur soi, etc.), intellectuelle (perte des moyens) et émotionnelle (se sentir obligé d'être toujours en accord avec les goûts des autres). En général, les manifestations anxieuses semblent entraver le fonctionnement global de l'enfant, elles sont inhibitrices et paralysantes.

Suivant la description des stimuli anxiogènes rapportés par les enfants et les adolescents, on peut distinguer trois « types » d'anxiété : anxiété sociale, anxiété de performance et anxiété phobique (liée à

des situations bien déterminées). Les stratégies thérapeutiques viseront la modification de l'anxiété directement (exposition graduelle) ou bien indirectement à travers la manipulation des facteurs de maintien des réponses anxieuses (thérapies d'affirmation de soi, techniques cognitives).

Si l'on se fie aux données descriptives et subjectives, presque tous les jeunes phobiques sociaux anticipent avec angoisse les situations anxieuses, cette anticipation anxieuse semble entretenir la peur. Un deuxième point intéressant à signaler concerne la pauvreté des mécanismes cognitifs pour faire face aux demandes stressantes de l'environnement. L'approche des situations anxieuses favorise une activité d'attente craintive, peu de jeunes présentant une anxiété sociale possèdent les habiletés nécessaires pour faire face au stress (*coping skills*). Les thérapies d'autocontrôle, d'affirmation de soi définissent leurs objectifs thérapeutiques en termes d'habiletés à apprendre. En plus des situations sociales extrascolaires, il faut tenir compte de la valeur stressante du milieu scolaire pour certains sujets : elles visent l'apprentissage des compétences comportementales incompatibles avec des réactions anxieuses chroniques.

Il est admis presque d'une manière unanime que les composantes non verbales ont une importance prépondérante dans la communication. Certains comportements gestuels peuvent annuler un contenu verbal approprié, par exemple, émettre un compliment sur un ton agressif (ton trop élevé). La qualité de la voix fait partie de nombreux programmes d'affirmation de soi.

La posture amicale, hostile, supérieure, etc. est une source de messages qui est considérée dans presque tous les programmes d'entraînement à l'affirmation de soi. Elle détermine largement le type de relation établie entre deux ou plusieurs sujets. D'après quelques observations comportementales de sujets ayant suivi un entraînement assertif, il nous semble que les sujets peu assertifs sont extrêmement sensibles à tout ce qui est message à travers la posture. Nombre des situations interpersonnelles vécues comme difficiles rapportées par les sujets impliquent le décodage des messages à partir des éléments de posture « Quand je lui parlais, il ne me regardait pas, donc il n'était pas intéressé par ce que je disais ».

Le contact visuel est la composante non verbale qui a été la plus étudiée. Un individu non assertif a peu de contact visuel. Un des objectifs des thérapies d'affirmation de soi est l'augmentation progressive du contact visuel. Selon Argyle (1972), les gens ont deux fois plus de contact lorsqu'ils écoutent que lorsqu'ils parlent.

Parmi les composantes verbales de l'assertivité, on recherche la présence ou l'absence de plusieurs critères : la capacité à amorcer, maintenir et mettre fin à une conversation, savoir refuser certaines demandes,

être capable de demander une faveur, savoir exprimer des émotions, qu'elles soient positives ou négatives.

D'un point de vue thérapeutique, la prise en charge des phobies sociales repose essentiellement sur les thérapies cognitivo-comportementales, notamment sur les thérapies de groupe qui sont très efficaces dans cette indication. Elles reposent classiquement sur l'acquisition progressive d'habiletés sociales dont ces patients manquent. Nous verrons qu'en fait, tous les phobiques sociaux n'ont pas de déficit en habileté sociale mais sont persuadés du contraire. Si la thérapie cognitive tient une part essentielle dans leur traitement, l'exposition aux situations sociales que ces patients redoutent est capitale pour ancrer les modifications cognitives « sur le terrain ». Le traitement diffère selon l'âge du patient, la thérapie cognitive prenant une part plus importante à l'adolescence que chez le jeune enfant, ils montrent en effet plus de biais cognitifs que les enfants, correspondant à un degré de maturation plus important (Rao et al., 2007).

La thérapie comportementale et cognitive de la phobie sociale se pratique soit en groupe, soit individuelle. Les procédures thérapeutiques utilisées sont : le jeu de rôle, le *modeling*, le feedback, le renforcement externe, l'auto-évaluation et l'autorenforcement.

La première étape du traitement de la phobie sociale consiste à annoncer le diagnostic au patient puis de lui donner des informations claires sur sa pathologie. Ces patients se croient, pour la plupart, anormaux et sont soulagés d'apprendre que leur problème porte un nom et qu'il existe d'autres personnes dans la même situation. Il peut être utile de leur donner des conseils de lecture, lorsqu'ils sont en âge de pouvoir lire certains ouvrages.

Groupe d'affirmation de soi

Les techniques d'affirmation de soi constituent une aide thérapeutique efficace chez des patients présentant une altération significative du fonctionnement social et/ou scolaire et qui ont une faible estime de soi. Ces techniques sont d'un abord psychologique axé sur l'atténuation des manifestations anxieuses et sur l'apprentissage de comportements de communication.

Les techniques d'affirmation de soi peuvent également être proposées en individuel.

Jeu de rôle

La procédure de répétition de la réponse ou jeu de rôle a pour but d'aider le sujet à se sentir à l'aise face à des comportements nouvellement acquis et à les reproduire facilement dans des situations sociales appropriées. Le jeu de rôle comportemental demande au patient

de faire « comme si » il était en situation réelle, et de se comporter de façon affirmée dans cette situation. Le jeu de rôle est une des techniques employées dans l'apprentissage de l'affirmation de soi. Avant de le faire pratiquer en séance individuelle ou de groupe, il est important d'expliquer au patient en quoi il consiste, quelles sont les règles de cette pratique et en quoi cette simulation pourra l'aider. La liste des situations à simuler sera construite avec le thérapeute et hiérarchisée en fonction de la difficulté perçue par l'enfant, par exemple : refuser de rembourser 1 euro à un enfant à qui on ne les doit pas et qui les réclame, puis refuser de donner 1 euro à un copain même si on a 1 euro dans la poche, puis refuser de donner 1 euro à quelqu'un, etc., les situations de refus constituant une source fréquente de difficultés de communication.

Au cours du jeu de rôle, le thérapeute se trouve dans une situation de triangulation où deux individus vont simuler une scène. Le thérapeute récapitule, avant la simulation, le rôle de chacun, il arrête le jeu de rôle quand il le souhaite et met en avant ce qui a été bien réalisé par l'acteur principal du jeu. Ce dernier note ce qu'il a apprécié dans sa performance et celui qui donnait la réplique énonce à son tour ce qui lui a plu et comment il a ressenti les différentes interventions de l'interlocuteur. Le thérapeute récapitule les différentes observations et met en évidence les comportements assertifs avant de rejouer une autre scène. S'il est réalisable, un enregistrement vidéo de la scène permet au sujet d'obtenir un feedback sur son comportement verbal et non verbal.

L'association du jeu de rôle avec le *modeling* est bien plus efficace dans le traitement des phobies sociales que si l'on utilise ces techniques isolément. Le thérapeute participe dans ce cas au premier jeu de rôle à titre de modèle et peut mettre en scène un comportement assertif, un comportement passif ou un comportement agressif avec leurs différentes modalités.

Modeling

Dans le *modeling* ou apprentissage par imitation, un modèle présente un comportement à imiter (modelage positif) ou à éviter (modelage négatif). Par exemple, comment exprimer une idée dans un groupe, comment aborder d'autres personnes que l'on ne connaît pas. Le *modeling* en imagination consiste à décrire et à faire imaginer au patient une situation où une personne du même âge et du même sexe se conduit d'une manière socialement habile. Cette technique est particulièrement efficace pour modeler des comportements lors de situations aversives (se voir rejeter, se faire critiquer). Le modèle se comporte d'une manière affirmée. Il s'agit donc d'un processus d'apprentissage où le comportement individuel ou de groupe se modèle par rapport à un stimulus (attitudes, comportements et pensées) par observation de ce modèle.

Un certain nombre de critères précis ont été mis en évidence par différentes études comme influençant le processus de *modeling*. Il s'agit des caractéristiques du modèle (similarité de l'âge, du sexe, de la race, des comportements, chaleur de contact, capacité de récompense), des caractéristiques de l'observateur (capacité à observer, niveau d'anxiété, traits de personnalité, etc.), des caractéristiques dans la manière de jouer le modèle. Après acquisition du comportement présenté par le modèle, un certain nombre d'éléments vont influencer la capacité du sujet à augmenter sa performance (répétition en imagination, etc.), puis s'opèrent un transfert et une généralisation des performances. Ce processus de *modeling* est utilisé dans l'apprentissage de comportements nouveaux : natation, conduite automobile, mais aussi en clinique pour l'obtention de nouvelles habiletés comportementales telles qu'exprimer ses opinions à un tiers ou affronter une situation précédemment anxiogène.

Façonnement de la réponse

Les procédures de façonnement de la réponse consistent à aider le sujet à affirmer ses comportements nouvellement acquis au moyen de la rétroaction et du renforcement. La rétroaction, ou feedback, permet de donner au sujet des informations spécifiques et descriptives sur son propre comportement. Le feedback négatif consiste à informer le patient qu'un changement de comportement est nécessaire, tandis qu'un feedback positif l'informe sur l'adéquation de son comportement. Le renforcement est utilisé la plupart du temps sous forme d'approbation ou de félicitations au moment où le patient montre une amélioration de son comportement. Le renforcement est « donné » soit par le thérapeute, soit par les membres du groupe thérapeutique, soit en favorisant les capacités du patient à s'autorenforcer. Les procédures cognitives sont également associées pour modifier directement la perception des situations sociales comme étant des situations « à risque ».

Tâches assignées

Les tâches assignées sont le point névralgique des thérapies comportementales et cognitives. En termes pratiques, elles représentent l'occasion pour les patients de transférer les habiletés et les idées de la situation thérapeutique à la vie de tous les jours dans laquelle la souffrance psychique se manifeste. Il s'agit selon ces auteurs des activités planifiées en séance directement en rapport avec le motif de consultation du patient. C'est le processus principal à travers lequel le patient va vivre, ressentir, pratiquer et renforcer les changements comportementaux et cognitifs obtenus en séance. C'est aussi dans les tâches assignées que la résistance au changement va se manifester.

Quelques exemples de tâches à domicile

- Dire bonjour en entrant dans l'ascenseur.
- Acheter quelque chose.
- Poser une question en classe.
- Parler de ce que l'on a fait pendant le week-end.
- S'habiller avec un vêtement que l'on n'ose pas mettre par peur du ridicule.
- Demander à jouer à d'autres enfants.

Techniques cognitives

Les enfants, mais surtout les adolescents anxieux, anticipent négativement le jugement des autres. Leur discours interne, c'est-à-dire ce qu'ils croient, imaginent, pensent ou attendent, est à l'origine ou est un facteur de maintien d'un fonctionnement social déficitaire. Ces attentes négatives sont le plus souvent le résultat d'une mauvaise adaptation cognitive.

Au cours de la relation interpersonnelle, le travail idéatif se fait en trois étapes :

- la première utilise des mécanismes cognitifs actifs, qui recherchent des informations pertinentes et apprécient le danger en se basant sur les caractéristiques de la situation, le comportement et le contenu verbal de l'interlocuteur. Comme nous l'avons vu précédemment, les anxieux ont tendance à interpréter de manière erronée ces données ;
- la deuxième étape permet de faire le tri des informations et de mettre en valeur celles qui vont diminuer l'impression de danger. Au contraire, nos patients valoriseront les données négatives, augmentant ainsi leur sentiment d'incapacité et de honte ;
- le résultat de ces deux premières phases aboutit normalement à une attitude comportementale d'adaptation à la situation, en y faisant face. Chez nos enfants, se développent des mécanismes d'évitement et de fuite.

La thérapie d'affirmation de soi permet de traiter les attentes négatives du sujet anxieux. Le travail en groupe, les jeux de rôle, le contrôle du stress de performance lui permettront d'affronter les situations plutôt que de les éviter.

Les distorsions cognitives qui se voient au cours de l'étape de recueil d'informations seront traitées par les méthodes comportementales utilisant la reconnaissance des émotions et du contenu verbal. Des techniques de restructuration cognitive sont nécessaires pour permettre aux anxieux sociaux de savoir faire le tri des informations recueillies, de percevoir les plus pertinentes, et de valoriser celles qui leur donnent confiance en eux. Ce travail de restructuration est plus difficile chez les enfants, en raison de la maturation cognitive qui est très différente

entre 6 et 17 ans et de leur difficulté à mettre en évidence et à exprimer leurs pensées négatives.

Ces techniques thérapeutiques en situation de groupe nous semblent répondre à un besoin de l'adolescent de modification du comportement problème dans un délai relativement court (moyenne de 15 séances). Si l'on se fie aux impressions subjectives des adolescents et aux observations comportementales de leur entourage, pour la plupart, les manifestations anxieuses diminuent considérablement.

Pendant, dans un premier temps, l'adoption des comportements nouveaux et détendus dans des situations anxigènes n'est pas toujours accompagnée d'une diminution subjective de la peur.

Cas clinique

Maxime, 16 ans, se présente à la consultation pour ce qu'il appelle une dépression. Sa mère est inquiète depuis plusieurs mois car Maxime se renferme de plus en plus et ne se rend plus au lycée. Maxime vit seul avec sa mère, son père est décédé il y a quelques années d'un infarctus du myocarde, il est fils unique. Depuis qu'il a abandonné le lycée, Maxime passe le plus clair de son temps dans la cave qu'il a aménagée comme un petit studio avec un ordinateur et une chaîne Hi-fi. Il sort très peu de chez lui et n'a plus goût à rien depuis plusieurs mois.

Maxime évite le contact oculaire et s'exprime peu spontanément, il a une image de soi très dégradée. Il sort très peu et ses relations sociales sont limitées à sa mère et un ami qui lui rend visite régulièrement. D'autres amis l'appellent de temps à autre mais il ne répond que très peu au téléphone et refuse les invitations chez eux. Au fil de l'entretien, Maxime s'ouvre peu à peu et évoque sa phobie du tremblement dont il souffre depuis plusieurs mois et qui l'empêche de se rendre au lycée et de sortir voir ses amis. Ces tremblements se manifestent dès qu'il se saisit d'un verre en présence d'autres personnes, il a alors peur de se mettre à trembler et que, les gens remarquant son anxiété, le prennent pour un « naze ». Il évite donc de se rendre à des soirées, avec ses amis, ne se rend plus au restaurant avec qui que ce soit et refuse systématiquement les invitations à des repas familiaux. On pose un diagnostic de phobie sociale simple.

En remontant dans son histoire, on retrouve ce qu'il considère être comme le facteur déclenchant de sa phobie sociale : il a été interrogé en cours d'histoire en classe de quatrième alors qu'il n'avait pas appris sa leçon ; il a alors bredouillé quelques mots inaudibles et se souvient « parfaitement », dit-il, avoir été la risée de la classe. À partir de ce jour, il s'est renfermé progressivement, guettant les rires « moqueurs » de ses camarades. Avant cela, il n'avait jamais beaucoup participé en

TABLEAU 4.1. Analyse comportementale ou fonctionnelle : tableau récapitulatif

	Antécédents					Conséquents					Stratégie thérapeutique envisagée						
	Comportement inhibé dans l'enfance Épisode de moquerie à 13 ans					Renforcement des comportements de retrait Dépression					Thérapie individuelle <i>Modeling</i> Restructuration cognitive Apprentissage des habiletés sociales						
Symptômes																Phobie sociale	
											Repli progressif						
	Inhibition comportementale																
	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Âge (ans)

classe. Sa mère lui a recommandé de dire qu'à la maternelle et en cours primaire, les maîtres le disaient solitaire dans la cour de l'école.

Maxime ne souhaite pas suivre la thérapie de groupe qui lui est proposée, il sera donc suivi en individuel. Les éléments dépressifs qu'il présente n'ont pas fait l'objet d'un traitement au vu de son âge et de l'absence de critères de gravité.

L'analyse comportementale ou fonctionnelle est schématisée dans le tableau 4.1.

Séances 1 et 2 : faire connaissance avec sa maladie

Maxime est soulagé d'apprendre qu'il souffre d'une phobie sociale, qu'il s'agit d'une pathologie fréquente et qu'elle est curable.

La première séance sert essentiellement à expliquer au patient ce qu'est la phobie sociale, quels en sont les mécanismes sous-jacents, quelles sont les modalités du traitement cognitivo-comportemental. Durant cette séance, il est nécessaire de souligner au patient que cette phobie du tremblement s'intègre dans un trouble global : la phobie sociale, afin de centrer les entretiens futurs sur tous les aspects de la phobie sociale sans se focaliser uniquement sur la peur de trembler en public. Plusieurs séances sont souvent nécessaires afin que le patient commence à raisonner en termes de phobie sociale et non de phobie spécifique.

On se basera sur la liste des évitements de Maxime afin d'élaborer un programme thérapeutique personnalisé. Lors de la thérapie individuelle, l'exposition se fait en dehors des séances selon le programme thérapeutique fixé au début (celui-ci étant souple), on revoit au début

de chaque séance les exercices réalisés et la thérapie cognitive fait l'objet de quelques séances à part. On travaille les habiletés sociales avec le patient avant de l'envoyer en exposition.

Lors de cette première séance, on peut éventuellement donner des conseils de lecture au patient, par exemple *La peur des autres*.

La deuxième séance permettra de faire le point avec le patient sur sa compréhension du trouble phobie sociale, on répondra à ses interrogations et on lui délivrera éventuellement de nouvelles informations.

Séances 3 et 4 : habiletés sociales

Les séances suivantes doivent permettre d'évaluer les habiletés sociales du patient, on se heurtera classiquement à des « je n'ai rien à dire », « je ne sais pas m'exprimer », « je n'ai jamais su dire non ». Il faut alors creuser afin de trouver dans le passé du patient des événements où il a su s'affirmer sans difficulté, on en trouve toujours, puis renforcer ces habiletés.

Le regard sera le premier point sur lequel travailler, faire remarquer au patient qu'il évite le regard en lui demandant ce qu'il regarde par la fenêtre alors qu'il est en séance, lui demander s'il est content de ses nouvelles chaussures et lorsqu'il répond inévitablement qu'elles ne sont pas neuves, lui demander pourquoi il les regarde autant. Dédramatiser est un élément clé de l'entretien avec l'adolescent, d'autant plus que son vécu de la phobie sociale est souvent tellement honteux et dramatique.

On demande au patient comme exercice entre les séances de travailler sur l'évitement du regard avec son entourage. Il devra s'entraîner à regarder ses amis, les membres de sa famille dans les yeux au lieu de toujours regarder ailleurs.

Maxime s'est entraîné avec sa mère durant toute la semaine, il lui a proposé de jouer à soutenir le regard le plus longtemps possible, comme les enfants le font parfois à l'école. Très fier de lui, Maxime annonce que c'est sa mère qui a perdu la plupart du temps. Le renforcement positif « Bravo Maxime ! On voit bien que vous vous êtes entraînés car vous regardez moins vos chaussures aujourd'hui » a permis de motiver Maxime à poursuivre cet exercice avec motivation et d'en augmenter la difficulté. On lui a alors prescrit de s'entraîner également avec son meilleur ami qui passait le voir régulièrement chez lui.

La restructuration cognitive permet, à ce stade, de lutter contre l'évitement du regard.

Thérapeute : « Maxime, vous soutenez le regard avec moins de difficultés aujourd'hui. Pouvez-vous me dire ce qui vous bloquait auparavant ? »

Patient : « Je ne sais pas, je suis gêné voilà tout. »

T : « Vous me regardez dans les yeux aujourd'hui, en ressentez-vous une quelconque gêne ? »

P : « Non, mais c'est différent avec vous car vous n'êtes pas là pour me juger. »

T : « Pensez-vous que les autres vous jugent à travers le regard ? »

P : « Non, bien sûr, c'est idiot de penser ça, je ne sais plus trop pour quoi je ne regardais pas dans les yeux maintenant. »

Séances 5 et 6 : tremblement

Le début de chaque séance est, comme toujours, consacré à la revue des exercices de la semaine écoulée. La subtilité de la prise en charge de ces adolescents est de dédramatiser par le biais du jeu tout en maintenant un cadre rigoureux dans le déroulement des séances et en délivrant des informations scientifiques.

Lors de cet entretien, nous avons mis Maxime en exposition et lui avons demandé de se servir un verre de soda à partir d'une cannette.

Patient : « Je ne sais pas, je vais trembler »

Thérapeute : « Pensez-vous que vous tremblez systématiquement lorsque l'on vous regarde ? »

P : « Oui, dès que l'on me regarde je commence à trembler, je fais beaucoup d'efforts pour que cela cesse mais mes mains deviennent incontrôlables »

T : « Essayez de vous servir un verre d'une main sans vous concentrer sur vos mains en permanence et sans faire d'efforts pour ne pas trembler »

P : « Mais si je ne pense pas à mes mains pour les contrôler, je vais trembler encore plus ! »

T : « Faisons un essai et voyons si vous tremblez tant que vous le dites »

Le patient se saisit de la cannette et se sert en verre, il tremble légèrement.

P : « Vous voyez comme je tremble, je vais tout renverser sur votre bureau »

T : « Vous n'avez rien renversé Maxime, maintenant prenez le verre d'une main »

P : « Je tremble, regardez, ma main part en vrille, si je renverse du soda sur votre bureau vous n'allez pas être content et je vais passer pour un naze »

T : « Je ne trouve pas que vous tremblez tant que ça et vous n'avez rien renversé sur mon bureau. Maintenez cette position et voyons ce qui se passe »

P : « Je n'ai rien renversé, c'est vrai, mais je tremble toujours »

T : « Voyez comme votre perception est exagérée, vous pensez trembler tellement fort que votre verre va se renverser alors qu'il ne se passe rien de tel. Maintenez cette position, vous allez voir que vous tremblez de moins en moins »

P : « C'est exact, mon tremblement se calme... »

Maxime a eu pour exercice de s'entraîner à saisir des verres avec des personnages familiers, sa mère et son meilleur ami.

Séances 7 et 9 : assertivité et autocentrage

La revue des exercices de la semaine permet de mettre en évidence que Maxime se sent mieux dans les interactions interindividuelles avec son entourage proche. Il se montre également plus à l'aise en entretien et nous soulignons ces progrès (renforcement).

Ces séances ont été consacrées à apprendre à Maxime les comportements assertifs dans les interactions sociales en ayant pour souci de progresser dans la difficulté des exercices. Nous avons donc fait remarquer à Maxime que parfois nous avons peine à comprendre ce qu'il disait et qu'un réajustement de la hauteur de sa voix lui permettrait d'être mieux compris de son entourage et de ses amis.

Cette séance a été l'occasion de progresser relativement rapidement dans la difficulté des exercices pour Maxime qui vivait quasi reclus, en effet il ne voyait pratiquement plus le reste de son entourage familial, ayant peur de trembler. Il nous fait part lors de cette séance de son appréhension à se rendre à un dîner d'anniversaire de sa tante où allaient se trouver une dizaine de personnes de sa famille. Comme toujours il mettait en avant sa peur de trembler en public et de passer pour un « naze ».

T : « Si je comprends bien, vous faites un lien direct entre trembler et être perçu comme quelqu'un de peu valable ? »

P : « Oui c'est exact, si je tremble on va me prendre pour un nul »

T : « Pouvez-vous penser à d'autres situations qui font trembler que celle d'être quelqu'un de nul ? »

P : « Je ne sais pas trop, mon grand-père tremble mais il a une maladie de Parkinson... »

T : « On peut donc trembler dans d'autres situations que celles provoquées par l'anxiété. Pensez-vous que tout le monde remarque votre tremblement ? »

P : « Oui, je tremble tellement fort, les gens ne peuvent pas passer à côté »

T : « Lors de notre dernière séance, il me semble que nous avons mis en évidence que votre tremblement était moins fort que vous ne pouviez l'imaginer. Par ailleurs, lorsque vous faites un effort pour ne pas vous concentrer sur vos sensations et que vous laissez du temps s'écouler, le tremblement diminue fortement en intensité. »

P : « Oui, c'est vrai, je n'ai rien renversé sur votre bureau et je tremblais de moins en moins fort »

T : « Bien, maintenant dites-moi : pensez-vous que les personnes autour de vous feront autant attention que vous à ce que vous faites de vos mains, de votre tête, du reste de votre corps que vous ? »

P : « Non, bien sûr que non, c'est l'anniversaire de ma tante, c'est elle la reine de la soirée »

T : « Très bien, pourriez-vous faire l'effort durant cette soirée de moins penser à vos mains, vos postures, votre vécu anxieux et plus à ce qui se passe autour de vous. Il s'agit d'un dîner d'anniversaire en famille, peut être pourriez-vous tenter de vous concentrer sur les sensations agréables comme les visages amicaux autour de vous, le bruit des bouteilles de champagne que l'on ouvre, l'odeur des fleurs que votre tante se sera vue offrir ? »

P : « Oui, je vais essayer de moins me concentrer sur moi et plus sur le déroulement de la soirée. Ma cousine Aurore sera là, on s'entend bien, elle a toujours des blagues qui me font rire »

Une part importante du traitement de la phobie sociale consiste à apprendre au patient à être moins centré en permanence sur ses sensations, son vécu anxigène de la situation. Ces patients sont dans une surveillance permanente de la moindre sensation désagréable et persuadés que leur entourage perçoit leur anxiété. Ils doivent apprendre à laisser tomber leur garde, ce qui leur permettra d'être plus à l'écoute des autres, des sensations agréables, d'être également plus spontanés. Il faut transformer le vécu anxigène de ces situations en un vécu agréable.

Séances 8 et 9 : restructuration cognitive

La reprise des exercices des semaines précédentes a permis de mettre en évidence des difficultés d'assertivité. Maxime s'est finalement rendu à ce dîner d'anniversaire et s'il admet que le déroulement n'était pas si négatif qu'il l'avait imaginé avant de s'y rendre, il met en évidence des difficultés de communication avec les autres.

P : « Je me suis rendu à l'anniversaire de ma tante, je n'ai pas tellement tremblé au final, mais je n'avais rien à dire, je n'ai jamais rien à dire de toute façon »

T : « Qu'entendez-vous par rien à dire ? Est-il possible de n'avoir jamais rien à dire ? »

P : « C'est toujours la même chose dès que je suis dans un groupe, j'écoute les autres parler mais je ne trouve rien à dire »

T : « Nous sommes bien d'accord, vous étiez concentré sur la conversation et non sur vos sensations désagréables ? »

P : « Oui, j'ai fait comme convenu mais à chaque fois que je voulais dire quelque chose j'avais un train de retard... »

T : « Lorsque vous êtes en entretien, vous avez des choses à exprimer et vous le faites sans difficulté, votre cerveau ne m'a pas l'air de penser avec lenteur. Vous avez essayé de vous départir de cette surveillance permanente que vous exercez sur vos gestes, en avez-vous fait de même avec ce que vous vouliez dire ? »

P : « Bien, j'essayais de ne pas dire trop de bêtises... »

T : « Vous exercez donc une censure sur ce que vous vouliez dire. Pourquoi craindre de dire des bêtises ? »

P : « Je n'ai rien d'intéressant à dire, les autres ont toujours tellement de choses passionnantes à raconter. Lorsque j'ai quelque chose d'intéressant à dire, je mets tellement de temps à trouver la bonne manière de le dire que les autres sont déjà passés à autre chose »

T : « Ne pensez-vous pas qu'en exerçant moins de censure, vous diriez plus de choses ? »

P : « Peut-être bien que oui »

T : « Quels étaient les sujets passionnants auxquels vous n'avez pu prendre part ? »

P : « Ils parlaient de tout et de rien, de la dernière émission de télé-réalité à la mode... Rien de bien important en fait, j'aurais sûrement pu me joindre à la conversation »

Les exercices permettent peu à peu d'aider le patient à identifier ses difficultés de communication et son manque d'assertivité. La restructuration cognitive doit aider le patient à réaliser que ses difficultés proviennent de son inhibition mais qu'il a le même potentiel que les autres. De nombreux patients, phobiques sociaux, vont comme lui préparer, remodeler ce qu'ils ont envie de dire et s'empêcher de parler spontanément : « Je prépare ma phrase avant de la dire et j'attends le meilleur moment pour la dire, du coup je me retrouve toujours avec un train de retard. » Le problème n'est pas de n'avoir rien à dire, mais de le dire sans exercer de censure. Le patient doit également réaliser que les personnes autour de lui n'ont pas des sujets de conversation extraordinaires alors que lui pense ne pas être intéressant.

Séances 10 à 12 : comportement affirmé

Les dernières séances sont consacrées à l'apprentissage de ce qu'est un comportement affirmé en groupe afin que Maxime puisse se sentir le plus à l'aise possible au sein des jeunes de son âge.

On programme alors un suivi plus espacé permettant un renforcement positif des nouveaux acquis et des rappels souvent nécessaires.

Évolution de Maxime

Maxime est retourné en classe rapidement après le début de la thérapie (vers la cinquième semaine), il a redoublé son année, le soutien mis en place lui a permis de continuer à aller en cours et de passer son bac 2 ans plus tard. Maxime est revenu nous voir il y a quelques mois, il a maintenant 22 ans, il travaille comme infographiste dans un bureau en *open-space*. Il ne refuse plus jamais une invitation à voir des amis autour d'un café ou pour une soirée où il est susceptible de rencontrer de nouvelles personnes. Parfois surgit un léger doute sur ses capacités mais il l'écarte très rapidement.

Plan du traitement

Séances 1 à 3

Sur le plan comportemental et cognitif :

- Évaluation diagnostique.
- Évaluation de la comorbidité.
- Évaluation de la nécessité d'un éventuel traitement médicamenteux.
- Évaluation du handicap.
- Détermination des situations anxiogènes pour l'enfant ou l'adolescent.
- Évaluation des composantes de comportement affirmé qu'il présente.
- Questionnaires d'anxiété, d'estime de soi, de dépression (*cf. chapitre 1*).
- Analyse fonctionnelle.
- Explication du modèle thérapeutique.

Tâches à domicile :

- Rendre le patient attentif à des situations anxiogènes qui n'auraient pas été listées.
- Lui demander de travailler sur le contact oculaire et sur son ton de voix.

Séances 4 à 6

Sur le plan comportemental et cognitif :

- Apprentissage des habiletés sociales (comportement affirmé en groupe, rencontre avec de nouvelles personnes, initiation et maintien d'une conversation, etc.).
- Techniques de *modeling* et jeu de rôle.

Tâches à domicile :

- On demandera au patient de se confronter aux situations anxiogènes selon une échelle de difficulté croissante (inviter un ami à la maison, puis deux, se rendre à une fête et discuter avec des inconnus, etc.).

Séances 7 à 9

Sur le plan comportemental et cognitif :

- Restructuration cognitive.
- Identification des obstacles éventuels dans l'application du traitement.

Tâches assignées :

- Exposition de difficulté croissante aux situations anxiogènes.
- Association de la prescription de ces tâches à des techniques de décentrage que le patient aura appris (ne plus s'observer en détail durant l'exposition).

Séances 10 à 12

Sur le plan comportemental et cognitif :

- Définition et apprentissage des comportements assertifs.
- Développement positif de l'estime de soi en s'appuyant sur les progrès.

Tâches assignées :

- Idem que pour les séances précédentes.

Séances suivantes

- Réévaluation.
- Discussion sur les changements constatés dans la deuxième évaluation.
- Identification des points anxieux qui résistent. Programmation d'un projet thérapeutique pour ces points de résistance.
- Programmation de suivi espacé (tous les 15 jours, puis de temps en temps de séances de rappel de l'outil thérapeutique).

Références

- Andrews, G., Stewart, G., Allen, R., & Henderson, A.S. (1990). The genetics of six neurotic disorders : A twin study. *Journal of Affective Disorders, 19*, 23–29.
- Argyle, M. (1972). Non-verbal communication in human social interaction. In R.A. Hinde (Ed.), *Non-verbal communication* (pp. 243–269). Cambridge, England : Cambridge University Press.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., & Morris, T.L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38* (6), 643–650.
- Epkins, C.C. (1996). Cognitive specificity and affective confounding in social anxiety and dysphoria in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 18* (1), 83–101.
- Gazelle, H., & Ladd, G.W. (2003). Anxious solitude and peer exclusion : A diathesis–stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Development, 74* (1), 257–278.

- Heiser, N.A., Turner, S.M., & Beidel, D.C. (2003). Shyness : relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 209–221.
- Hettema, J.M., Neale, M.C., Myers, J.M., Prescott, C.A., & Kendler, K.S. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163, 857–864.
- Kagan, J., Reznick, J.S., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212–2225.
- Kimbrel, N.A. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28, 592–612.
- La Greca, A.M., & Silverman, W.K. (1993). Parent reports of child behavior problems : Bias in participation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (1), 89–101.
- La Greca, A.M., Silverman, W.K., & Wasserstein, S.B. (1998). Children's predisaster functioning as a predictor of posttraumatic stress following Hurricane Andrew. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (6), 883–892.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Damsma, E. (2000). Threat perception bias in non-referred, socially anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (3), 348–359.
- Neal, J.A., Edelmann, R.J., & Glachan, M. (2002). Behavioural inhibition and symptoms of anxiety and depression : Is there a specific relationship with social phobia ? *British Journal of Clinical Psychology*, 41 (4), 361–374.
- Rao, P.A., Beidel, D.C., Turner, S.M., Ammerman, R.T., Crosby, L.E., & Sallee, F.R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence : Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1181–1191.
- Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47–67.
- Rapee, R.M., & Spence, S.H. (2004). The etiology of social phobia : Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737–767.
- Schwartz, C.E., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *J. Am. Acad. Child Psy*, 38, 1008–1015.
- Spence, S.H., Donovan, C., & Brechman Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (2), 211–221.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Cooley, M.R., & Woody, S.R. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia : Social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32 (4), 381–390.

Pour en savoir plus

- Biederman, J., Petty, C., Faraone, S.V., Henin, A., Hirshfeld-Becker, D., Pollack, M.H., et al. (2006). Effects of parental anxiety disorders in children at high risk for panic disorder : A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 94, 191–197.