

Université d'ANGERS

Le 24 mars 2005

DES de PSYCHIATRIE

Mini mémoire

**« *Timidité, anxiété de performance, phobie sociale, personnalité évitante : quels repères cliniques et quelles incidences thérapeutiques ?* »**

Soutenu par Mlle RONDET Isabelle, interne 1<sup>er</sup> semestre

JURY : Pr. WALTER

*Plan*

## Introduction

## 1) Mécanismes généraux de l'anxiété sociale

- a) la peur du regard
- b) le regard devient jugement
- c) modèles d'étude

## 2) Timidité et intimidation

## 3) Timidité installée

## 4) Anxiété de performance

## 5) Phobie sociale

## 6) Personnalité évitante

## 7) Etudes comparées

## 8) Incidences thérapeutiques

- a) techniques psychocorporelles
- b) traitement pharmacologique
- c) éducation
- d) traitements psychothérapeutiques
- e) instruments d'évaluation

## conclusion

## bibliographie

## *Introduction*

La timidité, l'anxiété de performance, la phobie sociale et la personnalité évitante représentent des troubles appartenant tous au champ de l'anxiété sociale ; les concepts cliniques qu'ils soulèvent tels que les dysfonctions cognitives, comportementales, et émotionnelles se chevauchent et leurs limites nosologiques se confondent autant dans la nomenclature psychiatrique que dans la nomenclature de la psychologie médicale.

Par ailleurs, c'est au regard du taux de prévalence de la phobie sociale et en tenant compte de la sous estimation de toutes les autres formes subsyndromiques que l'on peut concevoir l'importante incidence de ces troubles en tant que handicap social sur la population générale.

D'autant plus que, aujourd'hui, la mise en jeu d'une communication virtuelle comme le cyber réseau, la valorisation de la maîtrise en entreprise, l'accroissement des exigences de performance et de réussite individuelle se portent toutes au détriment de la relation à l'autre. C'est pourquoi il est intéressant d'approfondir la recherche des repères cliniques, notamment les parentés entre l'émotionnel, le cognitif, et le comportement afin de mieux singulariser ces troubles et d'adapter précocement les moyens thérapeutiques pour limiter les pénalités sociales, professionnelles et affectives qu'ils encourent.

## 1) Mécanismes généraux de l'anxiété sociale

### a) La peur du regard

La peur du regard est un facteur originel et commun à la timidité, la phobie sociale et la personnalité évitante ; la crainte d'être exposé au regard d'autrui est systématique. A l'origine du mécanisme, elle va ensuite en stimuler le développement, la plaçant au centre de la problématique cognitive. Ce sont les proportions et la nature handicapante qui mènent au trouble pathologique.

Personne n'aime être regardé car soutenir un regard peut signifier s'engager dans un affront : chez les mammifères, le regard fixe sur l'autre est une façon d'asseoir sa dominance ; il s'agit bien là d'une peur instinctive.

### b) Le regard devient jugement

La peur du regard se concrétise psychologiquement : la relation est vécue comme une évaluation et le sujet ainsi tourné vers lui-même, s'en détourne.

La crainte d'être jugé est en lien avec d'autres mécanismes tels que :

#### ≈ La peur de soi

Le sujet a préalablement mis en place de façon inconsciente une anxiété anticipatoire quant à ses propres réactions, générant des symptômes qui font partie intégrante du vécu anxieux de la situation.

On peut donc individualiser des symptômes psycho corporels (« je bafouille »), cognitifs (« je suis nulle ») et comportementaux (« je ne vais plus savoir quoi dire ») avec des attitudes d'inhibition ou d'évitement qui à force, font accroître la valeur anxiogène de la situation et auto nourrissent le vécu du trouble.

#### ≈ La peur de l'image de soi

Le sujet présente des difficultés à s'adresser des compliments sur ses propres performances ; il en découle un grand besoin de reconnaissance. Le désir de donner une bonne impression est donc fréquent. Le problème naît de la présence conjointe de cette ambition et de la peur de

ne pas y parvenir ; désir et peur sont ici à la naissance du trouble et les performances sont nécessairement insatisfaisantes.

Cependant, l'anticipation anxieuse de la phobie sociale présente certaines particularités : autant il est irrationnel de craindre une souris autant il est rationnel de penser que l'on peut échouer à une performance sociale avant même de l'initier. La phobie sociale inhibe et le sujet n'est donc pas toujours en pleine possession de ses moyens. L'anticipation anxieuse de la phobie sociale s'inscrit donc dans un fond de réalité : inhibé on est moins bon socialement. Cet aspect sera à prendre en compte du point de vue thérapeutique pour mieux neutraliser l'anticipation anxieuse (cf chapitre incidences thérapeutiques)

c) modèles d'étude

### **Modèle psychosocial**

Selon les auteurs SCHLENKER et LEARY, l'anxiété sociale résulte de situations réelles ou imaginaires impliquant une évaluation personnelle faisant intervenir la motivation à faire bonne impression sur les autres mais avec doute sur ce résultat en présumant des réactions d'insatisfaction d'autrui ; la motivation devient un concept central. Ce modèle c'est-à-dire le modèle de *présentation de soi*, qui intrique tout un jeu de processus motivationnels et cognitifs peut s'appliquer à tous les modes de l'anxiété sociale. De plus la problématique de l'attention portée sur soi apparaît comme essentielle.

On pourrait l'illustrer en imaginant le timide ou le phobique debout, prêt à partir les deux pieds sur les freins.

Plusieurs autres modèles ont été étudiés dans le trouble anxieux en situation sociale et particulièrement dans la phobie sociale et la personnalité évitante :

### **Le modèle de conditionnement**

la phobie sociale surviendrait suite à l'exposition à un stimulus inconditionnel, tel que un échec social, une humiliation...En effet 50% des sujets ayant une phobie sociale rapportent avoir vécu une situation sociale vécue comme traumatisante au moment d'apparition de leur trouble.

### **Le modèle cognitif**

il existerait en mémoire à long terme des schémas cognitifs de danger ; la spécificité des schémas anxieux , et a fortiori chez les anxieux sociaux , aboutirait à une surévaluation du danger de l'environnement notamment à partir de la présence de croyances dysfonctionnelles concernant l'évaluation de la performance « je dois être approuvé par les autres » , concernant l'évaluation sociale « si je fais une erreur les autres vont me rejeter » , et concernant soi-même « je suis stupide et incompetent ».

## **2) Timidité et intimidation**

Le concept de timidité est un concept laïc et large ; sa prévalence élevée (autour de 40% avec un pic pour les douze quatorze ans) obscurcissent sa signification .Il a pu être étudié comme émotion, tempérament, ou trait de personnalité au carrefour de la nomenclature médicale et la psychologie sociale ; sa définition est large et ne se place dans le champ de la pathologie même si la timidité peut handicaper toute un vie ou donner l'impression au sujet de « vivre à moitié » .

Timidité vient du latin *timere* apparu au 16<sup>ème</sup> siècle qui signifie celui qui craint Dieu . Au départ timoré avait donc un sens laudatif ; on voyait dans cette crainte toute religieuse la preuve d'une âme scrupuleuse, désireuse d'éviter le Mal et le signe patent d'une crainte légitime de Dieu.

Ce n'est qu'au 18<sup>ème</sup> siècle que le terme prend un sens péjoratif : il désigne alors celui qui a peur des responsabilités, de l'imprévu, ou celui qui n'ose pas reconnaître ses propres désirs, le surnois envieux.

Si elle est bien une peur elle reste une peur très particulière car induite par la présence d'autrui JANET parle de crises d'intimidations violentes et passagères qu'il oppose à ce qu'il appelle la timidité pathologique insidieuse et durable. DUGAS distingue les petits timides, sujet au trac, des grands timides dont la vie entière est gênée par « ce sentiment aigu de l'incommunicabilité des êtres ». Au trac- émotion il oppose la timidité- sentiment installée à demeure et composante irréductible de la personne.

DUPUY établit une distinction nette entre la timidité brute , le trac, reconnaissant justement que tous les êtres humains peuvent en être frappés et la timidité réfléchie dont le caractère

enveloppe l'ensemble des conduites de la personne et donne lieu à des formations réactionnelles complexes. (scrupules, susceptibilité, autoritarisme)

Comme l'écrit DUGAS sous sa forme spontanée, la timidité est une disposition passagère, non un état durable ; son vrai nom est intimidation et non timidité.

L'émotion d'intimidation, comme crise paroxystique, semble bien l'expérience immédiatement visible et aisément observable de ce qu'on appelle en général timidité.

Dans tous les cas, que la timidité soit définie par la fréquence des crises d'intimidation ou bien par les formations réactionnelles secondaires, l'élément premier fourni à l'observation reste la crise d'intimidation, ce trac paralysant dont le sens étymologique évoque bien la panique de celui qui se sent traquer et ne sait plus où se mettre.

Lors des accès aigu d'intimidation se mêlent des phénomènes physico physiologiques et cognitifs. L'intimidé présente des signes d'inhibition gestuelle, des modifications vasomotrices périphériques (pâleur, rougeur) et par l'accélération du pouls.

L'angoisse qui accompagne ces signes visibles est ressentie par le sujet sous forme de contractions de la gorge et du creux épigastrique ; le flux salivaire se tarit tandis que la transpiration cutanée devient abondante. Confusions et interférences des vocables donnent au langage un aspect dysarthrique et pseudo aphasique.

A l'état paroxystique, l'intimidé est incapable de se soustraire à la situation gênante et reste là pétrifié.

Parallèlement à ces troubles physiques apparaissent des symptômes mentaux : l'intimidé ressent une véritable déroute intellectuelle, une panique du sens, et connaît un état de confusion intellectuelle complète. Tout se passe comme si le timide se sentant inopportun adoptait des comportements inopportuns.

#### Ψ Présence d'autrui

Si la crainte ou la peur naissent devant des êtres ou des choses, l'intimidation est une angoisse qui ne naît qu'en présence des êtres ; elle est d'abord une réaction de la totalité du sujet à la présence et à l'attention d'autrui . Il y a dans l'intimidation la présence d'un alter égo, la reconnaissance d'un autre soi, d'une conscience devant laquelle on se présente et pour laquelle on devient objet de représentation. L'intimidation est donc bien ce trouble privilégié où transparaît une sorte de crainte de l'importance d'autrui . Tout se passe comme si le pouvoir attribué à l'autre provoquait une réaction de déroute globale.

Il est donc possible de cerner plus près l'intimidation : elle semble être la crainte de blessures ou de rejets comme réponses possibles de notre demande à l'autre

L'intimidation est donc anticipation défavorable au sein d'une situation d'altérité et réaction émotionnelle de fuite devant ce simple possible ; l'intimidé est pris entre des désirs contradictoires : l'envie de comparaître devant autrui pour se rassurer sur lui-même, un profond désir de plaire et la crainte que cette comparaison ne produise un jugement défavorable.

De fait dans l'intimidation, le sujet semble en porte à faux vis-à-vis d'autrui .Son état émotionnel traduit la contradiction de son désir et de son attente ; il s'agit donc là d'un conflit cognitif intrapsychique à l'origine de la problématique de l'intimidé.

Par le biais de l'attention qu'autrui me porte, je me sens renvoyé à moi-même ; par son détour je suis mis à distance de moi et devient le spectateur de mon action. Il y a donc au moment de la crise un dédoublement du moi entre un acteur et un spectateur .Cependant ce dédoublement est imparfait et confus.

L'intimidation comme crise paroxystique où se dévoile le mieux la timidité commence donc lorsque le sujet cesse d'être entièrement absorbé par ce qu'il a entrepris pour penser tout à coup, sollicité par la présence de l'autre ; à l'impression qu'il peut donner de lui-même.

JUDET précise que la timidité est l'interposition au cours de l'acte entre son inauguration et son achèvement, de la pensée du moi , en tant que susceptible d'être affecté par un jugement dépréciatif ; le sujet , en proie à la crise émotionnelle est tiraillé entre des représentations qu'il ne peut unifier ( action et attitude critique de l'action) des sentiments qu'il ne peut concilier ( valorisation et crainte d' autrui ; confiance en soi et doute) et des désirs qu'il ne peut réunir ( affronter ou fuir autrui).

Enfin il a bien chez l'intimidé un désir certain de communication avec autrui ce qui nous le verrons plus tard, représente une différence fondamentale avec la famille des phobiques ou des personnalités évitantes.

Le timide peut parler de son trouble à un proche et l'anxiété diminue avec la répétition des contacts ; la qualité de vie est donc, pour la majorité des cas, peu altérée.



### 3) Timidité installée

La timidité s'installe lorsque le sentiment d'insécurité devient réfléchi ; c'est-à-dire lorsqu'apparaît la rumination consciente de l'intimidation comme d'une réaction catastrophique possible devant autrui .La timidité n'est plus la crainte d'autrui mais la crainte de soi devant autrui .Il s'agit d'une véritable attitude existentielle où l'idéal du moi est en rupture avec l'image de soi.

La définition de CHEEK et BRIDGES avance que la timidité est l'association dans des proportions variables chez un individu qui vit ou anticipe une situation sociale donnée des manifestations d'anxiété, de pensées négatives quant à sa valeur et d'un comportement d'inhibition et d'évitement.

DUPUY évoque les stigmates de la timidité : la pusillanimité pratique, le misonéisme , la lenteur d'élaboration de la pensée, l'esprit de routine sont les plus souvent des réactions de défense grâce auxquels le timide parvient à éviter les situations d'altérité à fort risque.

A l'inverse de l'anxiété de performance, la timidité ne se dissipe pas lors du passage à l'acte mais perdure dans un état latent d'inhibition qui peut se dissiper en familiarisant les rencontres sociales et avec l'apprentissage de nouvelles compétences : le timide retrouve alors un minimum d'aisance et de capacités à communiquer.

L'inhibition comportementale vis-à-vis du non familier vue par KAGAN représente sans doute la composante tempéramentale la plus génétiquement déterminée de la timidité.

Il s'agit du comportement d'inhibition et de retrait que montrent certains enfants dès la deuxième année de vie, en présence d'une personne, d'un objet ou d'une situation non familiers, phénomène quantifié en laboratoire à l'aide de stimuli standardisés. On dénote aussi une réaction du système sympathique lors de ces confrontations.

L'inhibition comportementale se révèle lorsqu'elle est stable pendant l'enfance et demeure un facteur de risque pour les troubles anxieux de l'enfant et de l'adulte en particulier pour le trouble panique avec agoraphobie et pour la personnalité évitante.

Anxiété, évitement et cognitions négatives sont donc les trois piliers de la timidité et ils se retrouvent de façon qualitativement plus prononcées dans la personnalité évitante et la phobie sociale.

TURNER et al ont réalisé une comparaison systématique de la timidité et de la phobie sociale selon six dimensions :

√ Caractères somatiques

√ Caractères cognitifs

√ Comportement social

√ Fonctionnement quotidien

√ Evolution

√ Début du trouble

La phobie sociale et la timidité partagent les mêmes caractéristiques physiologiques et cognitives mais sont différentes dans les autres dimensions. Cependant les différences sont essentiellement quantitatives.

Les conséquences de la timidité sont variables ; les études cliniques montrent que les timides peuvent souffrir de façon importante d'une faible estime de soi, de solitude, de dépression, d'abus d'alcool ou de drogues et que leurs relations affectives et sexuelles sont perturbées.

De façon générale, il semble que l'apparition de la timidité soit assez précoce dans l'enfance ou même la petite enfance .Il est fréquent qu'elle puisse s'amender spontanément grâce au sport, au développement d'un don, à la faveur des rencontres, d'expériences de moments particuliers ; les récits de personnes racontant comment elles ont dépasser leur timidité sont nombreux.

#### **4) Anxiété de performance**

L'anxiété sociale est perçue sous deux angles essentiels :

L'anxiété d'interaction : le sujet se sent évalué dans une relation à son désavantage et perd le statut d'interlocuteur valable.

L'anxiété de performance (ou trac) : le sujet est face à un observateur au centre de l'attention et perd ses moyens et ses ressources. Elle peut coexister avec la phobie sociale ou se surajouter à la timidité. Le sujet n'est pas dans une situation relationnelle proprement dite : c'est le regard de l'autre pendant la situation de performance qui pose problème

Exemples de situation : participer au sein d'un groupe, jouer, donner une représentation ou une conférence, prendre la parole en public etc....

L'intensité de l'appréhension. est maximale avant le moment d'affronter la situation redoutée puis elle diminue : elle se « solubilise » dans l'action. Il y a aussi un degré d'habituation au fur et à mesure des interventions ce qui rend ce type d'anxiété proche de la normalité même si là encore elle peut entraîner un lourd handicap professionnel (déclassement professionnel, emploi en deçà des compétences du sujet, faute d'un bon entretien d'embauche) .

Alors que la timidité pourrait se résumer comme une gêne chronique en situation sociale portant sur les autres, reflétant la crainte de ne pas être acceptée, l'anxiété de performance n'est qu'une appréhension ponctuelle en situation de performance portant sur la performance même sans concordance avec un trouble de la personnalité sous jacent.

Les troubles sexuels psychogènes largement majoritaires chez l'adulte jeune, sont reliés à l'anxiété de performance avec en outre, des cognitions négatives et des conduites d'évitement. L'anxiété de performance est un facteur de pérennisation et d'aggravation des troubles mais ne peut en général être créditée de la responsabilité initiale.

Dans les facteurs cognitifs de la dysfonction sexuelle psychogène, l'on reconnaît sans peine les facteurs cognitifs centraux partagés par la timidité et le trouble personnalité évitante – phobie sociale.

On peut donc comprendre que BARLOW fasse de la dysfonction érectile psychogène une forme de phobie sociale.

## **5) Phobie sociale**

Selon le DSM4 la prévalence de la phobie sociale varierait entre 3 et 13% ; cette grande variation peut s'expliquer par les critères diagnostiques et par les outils psychométriques utilisés. La phobie sociale se développe le plus souvent au cours de l'adolescence entre l'âge de 12 et 15 ans et s'installe rarement après 25 ans. La phobie sociale apparaît ainsi comme le trouble psychiatrique le plus précoce et se positionne derrière la dépression majeure et la dépendance à l'alcool.

Il s'agit d'une peur des situations sociales et des interactions avec d'autres personnes qui mène à des sentiments de « public self consciousness » c'est à dire la conscience aigüe de soi. Le sujet phobique devient plus susceptible de détecter les aspects de son comportement ou de celui des autres qu'il peut interpréter comme de preuves d'une évaluation sociale négative. La phobie sociale est ainsi la peur d'être jugée ou évalué négativement entraînant des sentiments d'inadéquation, d'embarras, d'humiliation et de dépression ;

La notion d'attribution causale négative des représentations faites par autrui jointe à l'auto concentration (self focus), amène le phobique à attribuer un caractère négatif à la relation sociale, augmente son autoreprésentation désastreuse et un système en boucle augmente la probabilité des comportements d'évitements sécurisants. De plus le sujet phobique semble utiliser l'information intéroceptive pour se construire une impression négative de ce que les autres pense de lui. En s'appuyant donc sur les différents modèles expliquant l'anxiété sociale et à partir de ses spécificités , la phobie sociale serait due aux divergences entre les caractéristiques que la personne croit posséder et les caractéristiques qu'elle croit que les autres considèrent qu'elle devrait posséder.

En fait le principal problème pour la phobie sociale c'est de passer inaperçu, un peu à l'image des enfants discrets dont on finit par réaliser qu'ils ne sont pas sages mais déprimés ,qu'ils ne sont pas discrets mais inhibés.

On a distingué deux types de phobie sociale :

- \* La phobie sociale spécifique : déclenchée par une situation sociale particulière
- \* La phobie sociale généralisée : où l'inconfort se retrouve dans la plupart des situations sociales.

Le phobique n'ose pas consulter considérant son problème comme une timidité excessive ou un trait de personnalité et attendra la survenue de complications (attaque de panique, dépression ...) pour s'adresser à un médecin..

Contrairement au trac, l'anxiété anticipatoire ne diminue pas pendant l'intervention ; il y a en outre une sensibilisation progressive du trouble à mesure des interventions.

La phobie sociale s'accompagne souvent de comorbidités compliquant son diagnostic : troubles anxieux, trouble panique, dépression, alcoolisme et toxicophilie.

La principale difficulté réside dans la détermination du seuil entre les formes subsyndromiques et les phobies sociales avérées.

La phobie sociale porte en elle une dimension culturelle évidente où les critères d'intégration sociale naissent des coutumes et des traditions du pays. Ainsi par exemple au Japon *le Taijin Kyofu* est défini par des caractéristiques qui s'apparentent en premier lieu à celles de la phobie sociale : il s'agit de la crainte de gêner les autres par des odeurs corporelles, par ses borborygmes ou la façon de se comporter. A l'anxiété sociale s'associent donc des éléments proches de symptômes délirants. Dans certains cas des idées de référence surviendraient pour aboutir à des tableaux proches de la psychose.

## 6) **Personnalité évitante**

Sa définition et sa conceptualisation sont dues à MILLON ; les idées de cet auteur vont jouer un rôle important dans l'élaboration de la classification des troubles de la personnalité du DSM3. Il distingue les personnalités détachées passives ( pers.schizoïdes) et les personnalités détachées actives ( pers.évitantes ) où le retrait social est commun mais lié à un manque de désir pour le premier cas et une hypersensibilité au rejet pour le deuxième cas.

Le trouble personnalité évitante est introduit en 1980 dans le DSM3 mais les critères diagnostic se modifieront dans le DSM3R puis dans le DSM4 mettant ainsi en relief les difficultés, pour les psychiatres de singulariser ce trouble par rapport à la phobie sociale.

DSM3 : faible estime de soi, hypersensibilité à la critique et au rejet

DSM3R : idem plus notion de difficultés en situation sociale : confusion avec phobie sociale

DSM4 : accentuation des cognitions négatives et crainte de l'évaluation d'autrui. Le texte entretient l'ambiguïté, reconnaissant comme type spécifique de la phobie sociale, la phobie sociale généralisée et en recommandant dans ce cas d'envisager la personnalité évitante comme diagnostique additionnel.

Donc dans le DSM4 le trouble personnalité évitante désigne un mode général d'inhibition sociale, un sentiment d'incompétence sociale et une hypersensibilité au jugement d'autrui. Ici c'est la personnalité toute entière, la manière d'être dans sa globalité qui est affectée par la peur des autres. Ainsi, l'anxiété de la personne évitante est plus insidieuse avec une crainte presque permanente d'être jugée ou rejetée.

De plus, l'ingéniosité de la personnalité évitante est sans limites dès qu'il s'agit de se dérober à un danger présumé : la personnalité évitante cherche à rationaliser son attitude ; le vrai problème finit par être oublié et parfois attribué à d'autres raisons d'où parfois une vision du monde pleine de rancœur, d'amertume et de misanthropie.

Alors que la sensation d'être l'objet de l'attention serait caractéristique de la phobie sociale les sources d'anxiété sembleraient plus nombreuses pour la personnalité évitante.

Les personnalités évitantes éludent les responsabilités ; contrairement aux phobiques les évitants cherchent à communiquer avec leurs prochains et manifestent une grande dépendance à l'égard des proches qui procurent un refuge.

Leur territoire est limité à des situations familières .Il se réfugient dans un imaginaire parfois favorisé par la consommation d'alcool ou de cannabis et la pathologie se complique d'états dépressifs ou de troubles anxieux.

C'est la dépression qui, de par les sentiments d'infériorité et la perte d'intérêt dans les relations sociales qu'elle induit, peut aboutir au développement d'un trouble de personnalité évitante en l'absence de phobie sociale .Par ailleurs , il semble exister différents types de trouble personnalité évitante liés à la prédominance de certaines dimensions , anxiété sociale ou retrait social , sensibilité interpersonnelle , peur de l'attachement ou de la nouveauté.

## **7) Etudes comparées**

Plusieurs auteurs ne trouvent pas de différences nettes entre phobie sociale généralisée et personnalité évitante que se soit au plan physiologique que cognitif. Cependant on a pu constater que la personnalité évitante est plus fortement reliée à une sensibilité interpersonnelle alors que les phobiques sociaux dénotent de plus graves déficits dans les compétences sociales

Les pensées du phobique social ne sont pas les conséquences de données réelles mais déclenchées par le jugement à priori de la situation sociale ; le phobique lancerait donc un répertoire de pensées négatives automatiques sans tenir compte de la réalité elle-même. Il y a là une différence entre le timide et le phobique : les cognitions sont de même type, leur

fréquence équivalente mais le timide tiendrait compte des réactions positives d'autrui contrairement aux phobiques incapables d'engager cette analyse.

TURNER et al ont comparé phobie sociale et personnalité évitante en menant une étude sur 71 phobiques sociaux : le diagnostic additionnel de personnalité évitante est le plus souvent posé. Phobie sociale et personnalité évitante ne seraient que les variantes du même trouble. Une anxiété sociale débutant sur un mode phobique peut ainsi culminer dans une situation extrême centrée sur la sensibilité à la critique ou au rejet lors de relations interpersonnelles caractéristique de la personnalité évitante.

Le DSM3R montre une absence de différences qualitatives entre les deux qu'il s'agisse de la sémiologie, de la réponse au traitement ou des facteurs étiologiques : la personnalité évitante serait donc une forme plus sévère de la phobie sociale généralisée et sa réponse positive au traitement de la phobie associée qu'il soit médicamenteux ou cognitivocomportementaliste est aussi un argument en faveur de l'homologie des deux troubles.

Le DSM4R vient d'entériner ce point de vue en ajoutant au chapitre diagnostic différentiel de la phobie sociale sous-chapitre personnalité évitante la phrase : « il se peut que le trouble personnalité évitante représente une variante plus sévère de la phobie sociale généralisée, sans différence qualitative avec elle ».

## **8) INCIDENCES THERAPEUTIQUES**

Pour neutraliser l'anticipation anxieuse, il ne suffit pas de rassurer, de mettre à jour le discours catastrophiste ou les comportements dysfonctionnels ou bien d'expliquer seulement les manifestations corporelles ; il faut également développer ses compétences sociales dans tout ce que cela implique c'est-à-dire dans une dimension de développement personnel globale.

**a) Les techniques psycho corporelles** partent du principe que pour qu'il y ait estime de soi, il faut qu'il y ait conscience de soi et ceci avec le premier support qu'est le corps.

Prendre conscience de ce que l'on est, ici et maintenant suggère de conjuguer corporalité et sensorialité au présent ; voilà une idée qui peut surprendre mais qui correspond à la manière de fonctionner de chaque individu avant la conceptualisation par le langage et la prise de pouvoir de la rationalisation parfois excessive.

Il s'agit donc réhabiliter un corps global vécu et ressenti dans son intégralité, en développant à la fois le travail des sens et la représentation de soi.

La reconnaissance des émotions est tout aussi fondamentale ; « ce que je ressens dit ce que je suis » si je nie l'émotion, c'est de moi-même que je m'éloigne.

Le sujet anxieux vit un profond décalage entre la réalité souhaitée absolue et la réalité ressentie, posée comme réel. Le monologue intérieur de l'anxiété sociale naît de cette dichotomie et le décalage ressenti est profondément vécu.

**b) Traitement pharmacologiques :** les benzodiazépines à demi-vie courte peuvent aider à surmonter l'anticipation anxieuse d'une performance quoique potentiellement amnésiant tout comme les bêtabloquants permettent de diminuer les réactions catécholaminergiques périphériques. Ceux-ci agissent ponctuellement et restent indiqués principalement dans l'anxiété de performance ;

Certains antidépresseurs sérotoninergiques ont l'AMM pour la phobie sociale ; la paroxétine est le médicament le plus utilisé , à doses progressives, la dose étant légèrement plus supérieure à celle de la dépression ; la venlafaxine et le séroprame ont eu l'AMM dans le traitement de la phobie sociale récemment .Cependant ils restent qu'un outil partiel dans sa prise en charge dont la réussite comprendra surtout la motivation du patient, le résistances de celui-ci, les renforcements de l'entourage et la qualité du thérapeute. Le sujet phobique social guérit deviendra au mieux un sujet timide. Il semble cependant que les phobie sociales spécifiques répondent mieux au traitement que les formes généralisées et que les formes simples sont plus faciles à traiter que les formes de phobie sociale avec d'autres troubles comorbides.

### **c) Education**

Dans une optique de prévention des troubles de l'anxiété sociale mais surtout pour accompagner au mieux la croissance du « moi social », il est important de promouvoir une éducation moins rationnelle en mettant en place dès l'école primaire des cours d'expression



théâtrale ou des cours de rhétorique ! Apprendre à parler en public, à s'exprimer en public doit se faire dès le plus jeune âge. Un système scolaire trop intellectualisant ne permet pas l'épanouissement de la personne.

#### **d) Traitement psychothérapeutiques :**

- Entraînement aux compétences sociales :

Ensemble de procédures visant à apprendre des comportements sociaux efficaces et à accroître l'estime de soi .Les habilités sociales font référence à la capacité d'établir et de maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes : des programmes d'apprentissage progressif le permettent via du « modeling » c'est-à-dire des jeux de rôles comportementaux , du feed – back , ou du renforcement social. Le thérapeute choisit avec le sujet des situations sociales types qui le met en difficulté et l'accompagne graduellement dans la gestion de celles-ci.

- Relaxation et désensibilisation systématique (WOLPE 1975)

Ceci désigne une procédure d'apprentissage de la régulation des réactions de peur à l'occasion d'affrontements gradués de stimuli anxiogènes ; l'exposition d'abord imaginée puis réelle est hiérarchisée en fonction de l'intensité de la peur et demeure contrôlée parallèlement par la relaxation. Les répétitions de la procédure sont nécessaires pour éliminer durablement les habitudes néfastes et pour transformer certains montages cognitivo-affectifs.

- Restructuration cognitive

Elle donne la possibilité de restructurer consciemment, en fonction des objectifs précis, les opérations cognitive propres au sujet ainsi que les significations attribuées aux évènements en rendant compte de l'irrationalité de la peur.

Le patient pourra ainsi en maîtrisant l'auto observation de lui-même, de repérer la pensée irrationnelle et de la remplacer par de pensées plus réalistes.

- Thérapie de groupe

Le groupe ne représente plus une source de menace de part le regard qu'il porte sur le sujet, il peut aussi constituer un miroir approuvant réfléchissant les qualités sociales du sujet qui ne lui sont pas accessibles à cause de ses distorsions cognitives.

- Psychanalyse

Elle est peut-être la plus indiquée dans le cas de la personnalité évitante où demeure souvent des affects d'autodépréciation prononcés en lien avec une éducation parentale rigide et peu valorisante. Elle permet aussi de restituer une autonomie psychique au patient.

e) Les instruments d'évaluation

Il existe de nombreux instruments psychométriques dont certains sont plus spécifiques de l'anxiété sociale et d'autres sont des évaluations globales de l'anxiété incluant des items en relation avec l'anxiété sociale :

On peut citer entre autres :

- ♣ Social Anxiety scale for children
- ♣ Questionnaire des peurs (MARKS et MATHEWS 1979)
- ♣ Echelle d'évaluations des phobies, attaque de panique et anxiété généralisée (COTTRAUX 1979)
- ♣ Test comportemental d'évitement (MARKS)
- ♣ Echelle d'affirmation de soi (RATHUS 1973) : note globale d'affirmation de soi
- ♣ Questionnaires des conduites interpersonnelles (ARRINDELL) : évaluation multidimensionnelle de l'assertivité et aide à la planification du traitement.
- ♣ TAPIS : test d'autoévaluation des pensées en interaction sociale ; pensées facilitatrices ou inhibitrices en interaction sociale.
- ♣ Liebowitz social anxiety scale : évalue la sévérité de la phobie sociale

*conclusion*

Il existe bien un continuum entre la timidité, l'anxiété de performance, la phobie sociale et la personnalité évitante . La phobie sociale généralisée correspondrait plus aux composantes anxieuse et comportementales de la timidité et la personnalité évitante plus à ses composantes comportementales et cognitives.

La timidité couvrirait toute l'étendue du domaine de l'anxiété sociale, de la timidité normale faible ou transitoire, à la timidité sévère, équivalente à la phobie sociale généralisée, ou à son plus haut degré au trouble personnalité évitante, en passant par toute une palette sub-syndromique.

Les différences mises en évidence dans la nomenclature sont essentiellement quantitatives, probablement liées au fait que la phobie sociale est un trouble mental responsable par définition d'un handicap ou d'une détresse marquée, alors que l'impact pathologique du trait de personnalité timidité n'est pas évident et même difficilement quantifiable dans ses formes mineurs ou transitoires car souvent révélé par des crises d'intimidations périodiques.

Enfin, les thérapies cognitives et comportementales sont les psychothérapies les plus utilisées dans la prise en charge de l'anxiété sociale et leur efficacité est une évidence ; ceci est principalement dû à la qualité relationnelle de l'alliance thérapeutique entre le thérapeute et son patient lequel apprend à maîtriser de façon autonome les clés de sa propre adaptation sociale.

*bibliographie*

## Livres

ANDRE Christophe et LEGERON Patrick : la peur des autres ; trac timidité et phobie sociale  
éditions Odile Jacob

ANDRE Christophe : psychologie des peurs ; craintes, angoisses et phobies. Édition Odile  
Jacob

DUGAS, la timidité, étude psychologique et morale , Alcan 1921.

DUPUY, les aboulies sociales, Alcan 1940

JANET, les obsessions et la psychasthénie, Alcan 1928

JUDET, la timidité, contribution à l'hygiène du sentimental, Puf 1951

JOLIBERT Bernard : trac, timidité et intimidation. Édition Privat.

## Revue

◆ Etude cas témoins de la prévalence de la timidité, de la phobie sociale et de la personnalité  
évitante dans les troubles sexuels masculins . L'encéphale vol 27 fascicule 5 septembre  
octobre 2001.

◆ Traitements des phobies sociales : efficacité des thérapies comportementales et cognitives  
de groupe. L'encéphale vol 25 fascicule 2 mars avril 1999

◆ La phobie sociale : approche clinique et thérapeutique .L'encéphale vol 21 FASCICULE 1  
janvier février 1995

◆ Phobie sociale, canal psy n°8 .

## Articles

◆ Phobie sociale, timidité, personnalité évitante ; J. TIGNOL, H. PUJOL neuropsy numéro  
spécial mai 1999.

◆ Biological basis of childhood shyness; KAGAN et al .Science 1988, pages 167-171

◆ Social phobia: relationship to shyness .TURNER et al .behav res ther 28 : 497-705;

◆ Modern psychopathologie: a biosocial approach to maladaptative learning and functioning. Philadelphia: WB Saunders.

◆ Modèles psychologiques de la phobie sociale et données socioculturelles.

M.HAUTEKEETE neuro psy numéro spécial mai 1999.

◆ The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: a proposal to reclassify avoidant personality disorder on clinical empirical findings; J.REICH Eur psychiatry 2000; 15:151-159.

Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. BARLOW D. New York Guilford press 1988.