

CHAPITRE 3

Phobie sociale

Présentation du cas clinique

Introduction

Mademoiselle B. est âgée de 23 ans. Elle est adressée par sa psychiatre traitante pour une phobie sociale associée à des manifestations d'angoisse. La symptomatologie survient à l'occasion de nouvelles rencontres, ainsi que lors de la prise des transports en commun.

La patiente se présente comme une jeune femme souriante, affable mais craintive ; elle est habillée « à la garçonne » – jeans, blouson, casquette vissée sur la tête (pour ne pas voir ce qui se passe autour d'elle selon ses dires). Elle se plaint de ne plus pouvoir sortir de chez elle, et d'être sans cesse dépendante de quelqu'un pour faire quelque chose à l'extérieur de son appartement. Elle n'ose même pas aller seule au bureau de tabac en bas de son immeuble pour s'acheter des cigarettes. Elle aimerait vivre « comme tout le monde ».

Au moment des premières consultations, Mademoiselle B. n'a pas d'activité professionnelle. Depuis qu'elle a arrêté ses études aux Beaux-Arts, il y a trois ans, elle végète sans vraiment sortir de son appartement. Elle vit depuis un mois avec son compagnon, qu'elle connaît depuis deux ans et qui la prend totalement en charge pour ce qui concerne les tâches de la vie quotidienne.

Son père, qui est notaire, est un homme anxieux et très pragmatique. Il a 59 ans et est en bonne santé. Sa mère a 58 ans, elle ne travaille pas. C'est une femme dynamique.

Les parents de la patiente ont divorcé alors qu'elle avait 12 ans. Cette période a été difficile pour elle, car elle a longtemps attendu que son père revienne à la maison, comme sa mère le lui signifiait. Après une phase de rejet catégorique du père, elle s'entend de nouveau relativement bien avec lui.

Mademoiselle B. avait un frère de huit ans son aîné, qui est décédé il y a trois ans au cours d'un accident de la voie publique (cet événement, qui

a déclenché les troubles, sera repris ci-après). Elle a également une demi-sœur du côté de son père, âgée de 6 ans, avec qui elle s'entend bien.

Anamnèse

Les troubles de Mademoiselle B. ont probablement débuté durant l'enfance, pour se systématiser au cours de l'adolescence. En effet, alors que la patiente était à l'école primaire, toute la classe s'est moquée d'elle parce qu'elle s'est évanouie à la suite d'un vaccin. Depuis cet épisode, elle craint le jugement des autres et se dit très sensible à la moquerie.

À l'âge de 15 ans, elle quitte sa campagne natale pour se retrouver interne dans un lycée en ville. Le contact avec la foule, ainsi que le fait qu'on lui recommande de bien faire attention aux risques auxquels s'expose une jeune fille seule, l'amènent à ressentir à plusieurs reprises des angoisses à type d'attaques de panique dans des situations banales (sortie entre amis, transport en commun). Elle se souvient d'un voyage en bus pendant lequel elle voit un jeune homme vomir. Très vite, elle se sent mal à l'aise : non pas qu'elle soit écœurée, mais elle s'imagine à la place de cette personne. Elle souligne : « Les gens qui le regardaient semblaient le juger, et c'est comme si on me jugeait moi ». Selon ses dires, elle a eu honte pour lui.

À 18 ans, elle s'installe seule dans un appartement que son père lui achète. C'est une période au cours de laquelle elle est étudiante aux Beaux-Arts. Elle est autonome, indépendante, et vit seule. Elle sort beaucoup avec ses amis. Elle veut prendre le contre-pied de la petite fille timide qu'elle était à l'adolescence.

À l'âge de 20 ans, elle apprend le décès brutal de son frère, survenu alors qu'il était en vacances en Belgique. Ce dernier a été renversé par une voiture lors d'une promenade en vélo sans ses papiers d'identité. Les services de police mettront une semaine pour retrouver son nom et prévenir ses parents. À l'annonce de la nouvelle, Mademoiselle B. éprouve une sensation d'« irréalité », puis un sentiment d'injustice et de colère. Elle ne comprend pas que son frère, qui était un modèle de gentillesse et de réussite, ait pu mourir. Elle aurait préféré être à sa place (« Au moins, moi, je ne manquerais pas », se dit-elle). Elle remet alors toute son existence en question. Elle ne mange plus, ne dort plus. Elle vit constamment dans le noir, n'a plus envie de rien. Ce comportement dépressif dure trois mois. Certains de ses amis se détachent d'elle. Ses parents s'occupent bien d'elle, mais rien n'y fait. Elle n'accepte pas le pragmatisme et la résignation de ces derniers.

À la suite de cet épisode douloureux, elle ne vit plus comme avant. Elle se cloître chez elle, abandonne ses études. Des amis lui font ses courses. Elle angoisse à l'idée de revoir des gens. Elle finit par éviter toutes les situations susceptibles d'entraîner un certain malaise. Elle vit

de « petits boulots à durée limitée » dans l'animation. En août 2000, elle bénéficie d'une hospitalisation de jour de deux semaines en psychiatrie, suite à une recrudescence de sa symptomatologie dépressive, avec idées suicidaires. Très vite, son état s'améliore et elle reprend des séances de thérapie de soutien en ville avec sa psychiatre, qui lui prescrit de la fluoxétine et de l'alprazolam.

Actuellement, elle redoute et évite toutes les situations qui la mettent en contact avec des inconnus ou un grand groupe de gens. Lorsqu'elle se retrouve dans de telles situations, elle décrit la survenue de nausées, d'une sensation de chaleur diffuse, de boule dans la gorge et d'une impression d'étouffement. Un sentiment de déréalisation l'envahit. Elle a peur de perdre le contrôle d'elle-même et de se mettre à vomir devant tout le monde. Elle ne se déplace jamais (ou très rarement) seule, et de toute manière toujours avec son vélo (qui est considéré ici comme un objet contra-phobique) : Mademoiselle B. souligne que c'est pour pouvoir rentrer plus vite chez elle en cas d'attaque de panique.

Ses activités sociales sont extrêmement restreintes : consultation chez sa psychiatre, cours de dessin dans un atelier en compagnie de trois ou quatre autres personnes, et quelques invitations chez des amis en petit comité. Elle n'a jamais repris ses études, ni un travail fixe. Elle ne fait jamais les courses seule, et ne prend plus les transports en commun. Elle évite toutes les sorties au restaurant et au cinéma.

Diagnostic

Selon la classification du DSM-IV, le diagnostic suivant peut être évoqué :

- *Axe I*¹ : phobie sociale : F40.1 [300.23] ; agoraphobie avec attaque de panique : F40.01 [300.21].
- *Axe II, III, IV* : absence.

Selon les critères diagnostiques du DSM-IV, la phobie sociale est caractérisée par une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou de performance durant lesquelles le patient est en contact avec des gens non familiers. Cette anxiété conduit généralement à l'évitement de la situation redoutée.

Mademoiselle B. présente depuis plus de trois ans des manifestations anxieuses en relation avec des situations mettant en jeu la rencontre ou le contact avec des inconnus ou une foule, ce qui la conduit à éviter ces situations de façon massive. La patiente craint d'agir de façon embarrassante ou humiliante, bien qu'elle reconnaisse le caractère excessif de sa peur.

1. On retrouve ici des attaques de panique en rapport avec la peur de l'autre et des attaques de panique en rapport avec la peur de ne pouvoir s'échapper, la peur de perdre le contrôle.

L'évitement et l'anticipation anxieuse qu'elle manifeste perturbent de façon notable ses activités sociales et professionnelles, et s'accompagnent d'un sentiment de détresse importante.

L'agoraphobie se définit comme une anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper, ou dans lesquelles on ne pourrait pas trouver de secours en cas d'attaque de panique.

Les peurs agoraphobiques de Mademoiselle B. regroupent des situations incluant le fait d'être au restaurant, dans un autobus ou un tramway. Toutes ces situations sont actuellement évitées de manière massive.

Le diagnostic différentiel avec une phobie sociale est un trouble de la personnalité de type évitant. C'est un mode général d'inhibition sociale associée au sentiment de ne pas être à la hauteur, à une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte. Compte tenu de l'ancienneté des troubles et de leur survenue à l'âge de 20 ans, on pourrait évoquer ce diagnostic, sans toutefois pouvoir conclure de façon formelle.

Analyse fonctionnelle

Synchronie

L'analyse fonctionnelle (fig. 3.1) est effectuée à l'aide de la grille SECCA (Cottraux, 1998). Le problème-cible est une phobie sociale (avec agoraphobie).

Diachronie

Données structurales possibles

Données génétiques

- Père anxieux.
- Aucun élément particulier concernant la mère.

Personnalité de la patiente

La patiente apparaît assez paradoxale²: le comportement d'évitement de nombreuses situations sociales semble en décalage avec l'attitude lors des rencontres en tête-à-tête, au cours desquelles Mademoiselle B. est toujours souriante, à l'écoute d'autrui, et se lie apparemment très vite avec une personne (lors de son hospitalisation, une problématique histrionique a été évoquée à de nombreuses reprises).

2. On peut ici évoquer la présence de certains traits histrioniques, qui toutefois ne remplissent pas les critères de l'axe II.

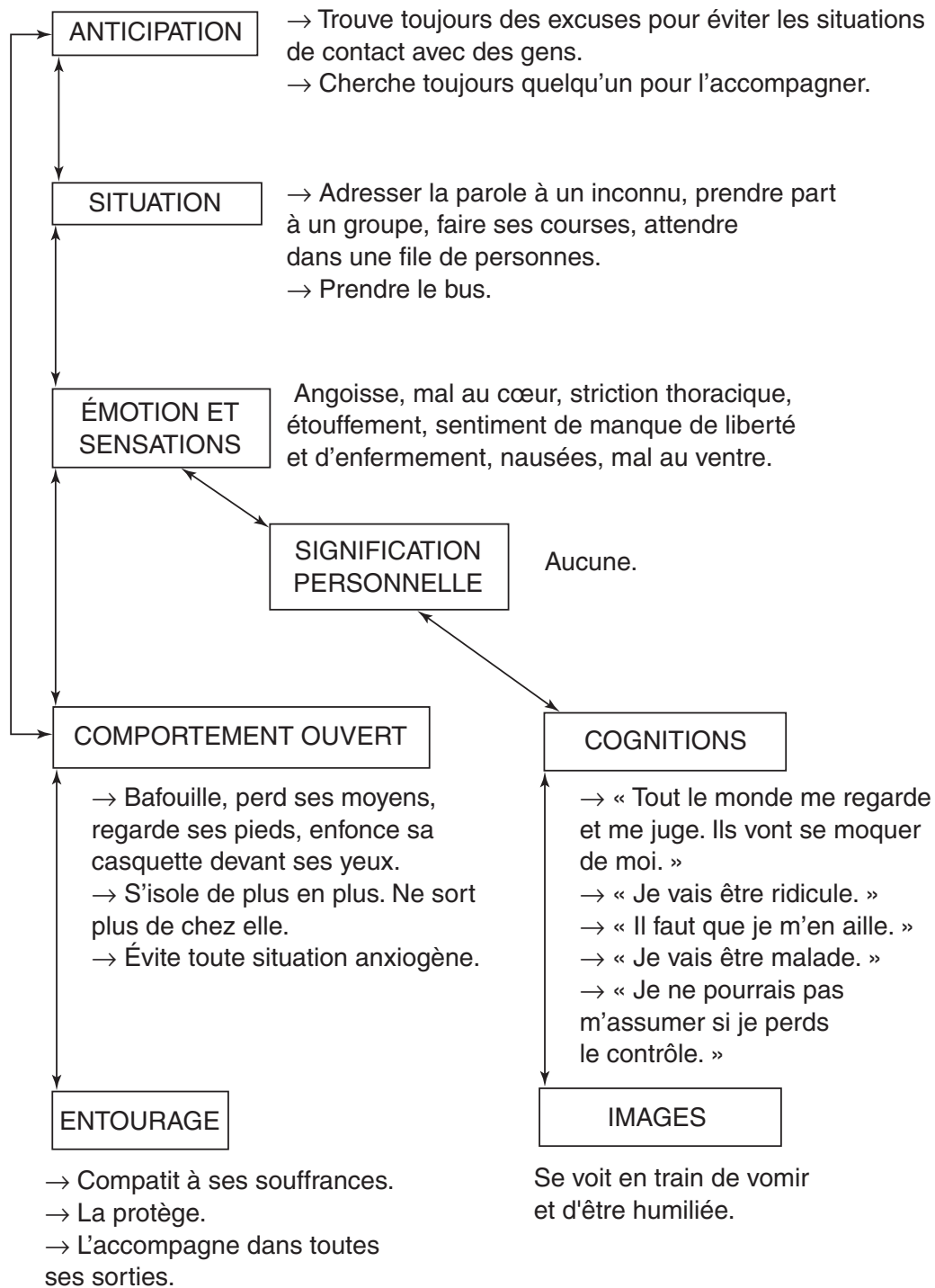


FIGURE 3.1. Analyse fonctionnelle d'une situation de phobie sociale avec agoraphobie.

Facteurs historiques de maintien possibles

- Surprotection de la part des parents et des amis, qui lui font ses courses et assurent ses démarches administratives (par exemple : c'est son père qui lui remplit sa déclaration d'impôts).
- Aucun traitement efficace proposé depuis trois ans.

Facteurs déclenchants initiaux invoqués

- Moqueries dont la patiente a été victime en primaire à la suite d'un évanouissement.
- Morcellement et séparation de la sphère familiale (divorce des parents à l'âge de 12 ans, internat à 15 ans et appartement personnel à 18 ans), avec maintien d'une certaine dépendance vis-à-vis de son père et de sa mère.

Événements précipitant les troubles

- Décès brutal du frère aîné au cours d'un accident de la voie publique.
- Syndrome dépressif avec idées suicidaires ayant nécessité une hospitalisation en août 2000.

Autres problèmes

Absence.

Traitements antérieurs

Fluoxétine et alprazolam.

Traitement actuel

- Psychothérapie de soutien (une consultation tous les 15 jours) depuis trois ans.
- Alprazolam en cas de crise d'angoisse.

Évaluation de la thérapie

Questionnaires

Plusieurs questionnaires ont été remplis, en début et en fin de thérapie :

- *Échelle de phobie sociale de Liebowitz* : ce questionnaire évalue l'anxiété et l'évitement selon deux sous-échelles, portant sur l'interaction sociale et la performance ;
- *Questionnaire des peurs (Marks et Mathews, 1979. Traduction de Cottraux et coll., 1985)* : ce questionnaire a pour objectif d'évaluer les problèmes phobiques les plus fréquents. Il évalue également l'anxiété et la dépression associées aux phobies ;
- *Questionnaire des cognitions agoraphobiques (Chambless, 1984. Traduction de Cottraux, 1998)* : il s'agit ici d'évaluer les pensées irrationnelles concernant les possibles conséquences de l'anxiété. Les items sont séparés en deux sous-scores : le score des inquiétudes sociales et comportementales, et le score des inquiétudes physiques ;
- *Inventaire de dépression de Beck (21 items : Beck, 1979. Traduction de Bourque et Beaudette, 1982)* : cet inventaire évalue l'intensité de la dépression, et permet d'attirer l'attention sur d'éventuelles idées suicidaires (item 9).

Mesures à intervalles rapprochés

Pour suivre l'évolution de la thérapie, des mesures à intervalles rapprochés ont été effectuées à partir du test comportemental d'évitement de Marks (Marks et Mathews, 1979 ; traduction de Cottraux et coll., 1985).

Ce test évalue l'importance de l'évitement et l'intensité de l'anxiété en lien avec les situations phobiques. Les quatre tâches retenues pour une évaluation régulière sont établies en fonction des deux objectifs de la patiente, et en collaboration avec cette dernière. Les deux premières concernent l'objectif « se déplacer et faire les choses seule » et les deux autres concernent l'objectif « trouver un emploi ». Ces tâches sont les suivantes :

- prendre le bus ou le tramway seule ;
- faire ses courses seule dans un magasin ;
- parler à des inconnus ;
- pouvoir passer un entretien d'embauche.

Thérapie

Contrat thérapeutique

Mademoiselle B. en a assez de vivre « en dehors du monde ». Elle en a assez d'attendre le retour de son compagnon pour aller chercher du beurre. Elle voudrait refaire tout ce qu'elle faisait avant le décès de son frère. Elle veut devenir indépendante, d'autant plus qu'elle n'a plus droit aux différentes aides financières dont elle disposait jusqu'à présent (RMI). Le contrat thérapeutique passé avec la patiente porte donc sur les deux aspects de sa demande d'indépendance :

- se déplacer et faire seule les choses (parvenir au moins à faire ses courses) ;
- trouver un emploi, ce qui signifie pouvoir parler avec quelqu'un (un inconnu).

Il est proposé à Mademoiselle B. une prise en charge cognitivo-comportementale d'une vingtaine de séances, débutant par une phase d'évaluation au cours laquelle des informations sur la phobie et sur les principes du traitement sont données. Puis, une phase de thérapie proprement dite permet d'expérimenter la relaxation, le jeu de rôle, et se poursuit par des expositions in vivo . Enfin, une phase de suivi (seule la première sera présentée dans ce chapitre) permet d'observer le maintien des résultats.

Objectifs thérapeutiques

Les deux objectifs thérapeutiques sont fixés en collaboration avec la patiente. Tout d'abord, celle-ci désire pouvoir se déplacer seule, et notamment faire ses courses sans dépendre de quelqu'un. Dans le cadre de la réalisation de cet objectif, une liste hiérarchique de situations angoissantes qu'elle n'affronte pas seule – ou avec difficulté – est établie.

Mademoiselle B. souhaite également trouver un emploi, mais elle ne se sent pas capable de faire les démarches nécessaires. Pour cet objectif, l'apprentissage de techniques de résolution de problème et d'affirmation de soi est proposé.

Techniques thérapeutiques utilisées

Elles sont les suivantes :

- techniques comportementales : relaxation, exposition *in vivo*, techniques d'affirmation de soi avec jeux de rôle et *modeling* ;
- techniques cognitives : présentation de la phobie et du principe de conditionnement, résolution de problème, restructuration cognitive ;
- prescription de tâches à domicile.

Déroulement de la thérapie

Protocole utilisé

Il est de type A-B :

- la phase A correspond à la ligne de base (3 séances), et permet d'observer le comportement de la patiente avant le traitement ;
- la phase B correspond à la phase de traitement proprement dite (13 séances) ;
- enfin, ce protocole comprend une phase de suivi permettant d'évaluer le maintien des résultats (3 séances). La première séance sera détaillée.

La thérapie consiste en une séance d'une heure toutes les semaines. Puis elle se poursuit au rythme d'une séance par mois pendant la phase de suivi.

Planning des séances

- Bilan de la semaine écoulée avec une revue des tâches à domicile.
- Agenda de séance.
- Choix d'un problème-cible et travail cognitif ou comportemental.
- Prescription de tâches à domicile.
- Résumé de la séance, puis *feed-back* réalisés par la patiente.

Déroulement des séances

Séances 1 à 3 : ligne de base

Ces trois premières séances permettent d'effectuer l'anamnèse et de poser le diagnostic. Lors de la 2^e séance, la conceptualisation du cas clinique peut être réalisée grâce à l'analyse fonctionnelle présentée ci-avant. Une information concernant la problématique de la phobie et celle du conditionnement est donnée. Les différentes échelles d'évaluation sont remplies à la fin de la 2^e séance, et reprises au cours de la 3^e séance. Lors de celle-ci, une liste hiérarchique des situations régulièrement évitées est établie.

Les mesures à intervalles rapprochés (les quatre tâches du test d'évitement de Marks) sont réalisées à chaque séance pour permettre d'établir la ligne de base.

Information

En ce qui concerne l'information de Mademoiselle B., celle-ci débute par la définition d'une phobie selon des termes simples pour que la patiente puisse retenir deux mots importants (« évitement » et « angoisse ») : la phobie est l'évitement d'une situation particulière, dans le but de réduire l'angoisse. Le rôle du conditionnement est également souligné, en montrant qu'une phobie s'acquiert par conditionnement classique et se maintient par conditionnement opérant. L'exemple du bus est repris avec présentation de la figure 3.2, en insistant sur le fait que cette explication est une hypothèse qui peut être appliquée à son cas.

Mademoiselle B. dit comprendre beaucoup de choses qui se sont passées dans sa vie au travers de cette présentation du conditionnement.

Situation : la patiente assiste avec angoisse au malaise d'un garçon qui vomit dans un bus.

Condition réflexe :

Stimulus Inconditionnel (SI) —————▶ Réponse Inconditionnelle (RI)
un garçon qui vomit émotion (dégoût, malaise)

Mise en place d'une association :

Stimulus Conditionnel (SC) ———— SI ———▶ RI
voyage en bus un garçon vomit angoisse

Conditionnement :

SC —————▶ RC
voyage en bus angoisse

Maintien par conditionnement opérant :

Dans ce cas, c'est le comportement d'évitement qui renforce le conditionnement ci-dessus. Il est montré à la patiente que l'évitement renforce son angoisse de la situation et participe à la mise en place de l'angoisse anticipatoire.

FIGURE 3.2. Phobie du bus.

À partir de cette explication, le principe de la thérapie – qui s’appuie essentiellement sur l’exposition – lui est présenté. Il comporte trois phases :

- contrôle de la réponse physiologique par la relaxation ;
- affrontement des situations redoutées par l’exposition ;
- renforcement du sentiment de contrôle et d’efficacité par la restructuration cognitive.

Constitution de la liste hiérarchique

À la 3^e séance, il est demandé à Mademoiselle B. de noter toutes les situations évitées, et de les organiser autour d’un thème en hiérarchisant l’intensité de l’anxiété de 0 à 100.

Deux thèmes principaux sont alors relevés. Ils correspondent aux deux principales situations que la patiente souhaite affronter sans anxiété excessive : d’une part « pouvoir se déplacer seule » (tableau 3.1)

TABLEAU 3.1. Liste hiérarchique concernant le thème : « Pouvoir se déplacer seule »

| Situations | % d’anxiété | Évitement |
|--|-------------|-----------|
| Long déplacement en bus ou en tramway, seule/ accompagnée | 100/97 | oui |
| Déplacement à Grenoble dans des endroits non familiers, avec ou sans vélo, seule/accompagnée | 95/80 | oui |
| Aller dans un grand centre commercial seule/ accompagnée | 91/80 | oui |
| Petit déplacement en bus seule/accompagnée | 90/75 | oui/non |
| Aller dans un petit magasin seule/accompagnée | 88/60 | oui/non |
| Marcher dans des endroits familiers, sans son vélo, seule | 60 | oui |
| Marcher dans des endroits familiers, avec vélo, seule | 50 | oui |
| Marcher dans des endroits familiers, avec ou sans vélo, accompagnée | 30 | non |
| En fonction de la distance par rapport à son immeuble (du plus loin au plus près) | | |
| Aller à sa banque ou chez son dentiste seule/ accompagnée | 50/30 | oui/non |
| Aller chez sa psychiatre seule/accompagnée | 50/30 | oui/non |
| Aller à son cours de dessin seule/accompagnée | 45/10 | oui/non |
| Aller jusqu’à l’arrêt de bus seule/accompagnée | 40/30 | oui/non |
| Aller jusqu’au bureau de tabac ou à la pharmacie seule/accompagnée | 35/15 | oui/non |
| Aller jusqu’à sa boîte aux lettres au bas de son immeuble | 0 | non |

et d'autre part « pouvoir être en contact avec des personnes inconnues ou un groupe de gens » (tableau 3.2).

TABLEAU 3.2. Liste hiérarchique concernant le thème : « Être en contact avec des personnes inconnues ou un groupe de gens »

| Situations | % d'anxiété | Évitement |
|---|-------------|-----------|
| Demander un renseignement à un inconnu | 100 | oui |
| Parler à un inconnu | 100 | oui |
| Parler ou agir en public | 100 | oui |
| Manger et boire avec des amis et des inconnus en grand groupe | 98 | oui |
| Passer un entretien d'embauche | 95 | oui |
| Aller au restaurant entre amis | 90 | oui |
| Faire la queue dans une file d'attente | 80 | oui |
| Aller au cinéma | 78 | oui |
| Manger et boire avec des amis en petit comité à l'extérieur | 75 | non |
| Manger et boire avec des amis en petit comité chez elle | 50 | non |
| Parler à des gens qui détiennent une certaine autorité (mais familiers) | 40 | non |
| Parler à quelqu'un de connu, mais peu familier | 30 | non |
| Parler à quelqu'un de familier | 0 | non |

Feed-back

Les explications données en début de thérapie rassurent la patiente. Elle aime bien cette façon scientifique de présenter la psychologie, et en particulier ses propres peurs. En effet, le fait de prendre du temps pour lui expliquer les modèles cognitifs et le déroulement de la thérapie a plusieurs effets : d'une part, cette démarche progressive la rassure. Elle se sent « normale », et a enfin l'espoir de s'en sortir, mais elle ne veut pas que cela aille trop vite. Après l'explication du principe de l'exposition, elle souligne ironiquement mais non sans anxiété : « Si j'ai bien compris, je vais en baver ; j'espère que ça marche votre truc ».

D'autre part, l'espoir de guérir lui donne du courage pour se mettre en situation. Elle se fixera régulièrement des défis au cours de la thérapie, tout d'abord dans le but d'expérimenter ce qui est dit en séance, puis de poursuivre sa progression grâce au renforcement inhérent à ses premières réussites.

Séances 4 à 16

Relaxation

Dès la 4^e séance, et de façon à contrôler ses montées d'angoisse en situation, la relaxation rapide selon les principes exposés par Cungi (1998) est apprise à la patiente, et lui est conseillée comme tâche à domicile. Cette méthode, qui repose sur le contrôle de la respiration, inclut la technique de Valsalva utilisée pour la maîtrise des attaques de panique. Ce point est clairement expliqué à la patiente. Des répétitions de la technique respiratoire sont mises en place au cours des séances suivantes.

Au début de l'apprentissage de la relaxation rapide, Mademoiselle B. dit ne jamais se souvenir de la pratique de ce type de respiration lorsque l'angoisse survient. Elle rapporte que c'est son compagnon qui la lui rappelle le plus souvent. Pour éviter qu'une dépendance à son petit ami ne s'installe par le biais des techniques comportementales, il est demandé à la patiente de mettre en œuvre un procédé mnémotechnique qui ne dépend que d'elle. Elle finit par placer un papier dans son sac, sur lequel sont détaillées les différentes étapes de la relaxation rapide. À chaque fois qu'elle le voit, elle doit s'entraîner à respirer.

Lors de la 6^e séance, Mademoiselle B. arrive très anxieuse. De nombreux événements négatifs sont intervenus au cours de ces quinze derniers jours (décès d'un petit cousin à la naissance, suicide d'une tante). Elle est allée voir sa psychiatre, qui lui a prescrit de la sertraline et de l'alprazolam. Elle pleure beaucoup, et n'arrive plus à sortir de chez elle (et donc à s'exposer). Elle a des idées noires et ressasse sans arrêt le suicide de sa tante.

Par questionnement socratique, elle comprend que son malaise provient d'une réaction de colère vis-à-vis de sa tante. En effet, cet épisode douloureux la renvoie à sa propre envie de tout abandonner (et donc de baisser les bras, comme sa tante), alors qu'elle a décidé de s'en sortir. Cet exemple est très décourageant pour elle.

Une relaxation de type Jacobson est proposée à la patiente. Son niveau d'anxiété est de 6 sur 8 au début de la séance, puis il chute à 1 sur 8 à la fin. Elle est très étonnée de voir que « même quand on est angoissé, on peut se détendre ». Elle prend conscience qu'il faut, pour une meilleure efficacité de la technique :

- prendre le temps de se relaxer, ce n'est pas instantané ;
- travailler sur ses anticipations anxieuses, qui l'empêchent de s'exposer régulièrement.

Son « optimisme » revient après cette séance, et ces événements ne seront plus réabordés.

Lors de la 7^e séance, Mademoiselle B. demande comment elle peut se relaxer directement en situation de manière plus efficace. En effet, il lui

est difficile d'être à la fois impliquée dans une action et partie prenante dans une relaxation. Une « promenade » dans l'hôpital lui est alors proposée, promenade durant laquelle la tâche est de s'astreindre à une respiration calme tout en relâchant les muscles des épaules et de l'abdomen. Il lui est également demandé d'enlever sa casquette et de regarder droit devant. Le modèle donné par le thérapeute lui permet d'avoir confiance et de se détendre, tout en parlant et en observant les gens qu'elle croise. La patiente apprécie beaucoup cette expérience.

Situations de déplacement

- *Déplacement pour aller à son cours de dessin* : dès le début de la thérapie, Mademoiselle B. essaie de sortir seule de chez elle de plus en plus fréquemment. C'est ainsi qu'elle va à son cours de dessin en vélo. Elle explique qu'elle a un parcours « bien à elle » qu'elle emprunte systématiquement à cette occasion. Elle constate que son anxiété diminue progressivement après plusieurs trajets. Ainsi, son angoisse, cotée à 7 sur 8 lors du premier déplacement, tombe à 0 après le cinquième voyage. Elle reconnaît que son vélo la rassure beaucoup dans cette tâche.

À partir de la 9^e séance, la patiente avoue ne plus aller à son cours de dessin car elle s'est disputée avec son professeur. Toutefois, elle fait remarquer que c'est la première fois qu'elle ose s'affirmer de la sorte. Avant la thérapie, elle n'aurait jamais pu tenir tête ainsi à quelqu'un.

- *Déplacement pour aller chez sa psychiatre* : Mademoiselle B. se rend chez sa psychiatre une fois tous les quinze jours. Jusqu'à présent, elle trouvait toujours quelqu'un pour l'accompagner. Depuis la séance 5, elle essaie d'y aller toute seule en vélo. Le plus dur pour elle est de se mettre en route, à cause de l'anxiété d'anticipation. Mais une fois dans la situation, le malaise disparaît. Elle se dit très heureuse de réussir. Elle est toujours chaleureusement félicitée lorsqu'elle s'expose et qu'elle réussit.

- *Déplacement en bus* : les pensées automatiques les plus inhibitrices sont celles qui se manifestent lors de la confrontation à la prise des transports en commun.

Lors de la 2^e séance, Mademoiselle B. vient pour la première fois en bus, accompagnée d'une amie. Il y a neuf arrêts entre son appartement et l'hôpital (elle les compte toujours). Pendant ce premier trajet, l'intensité de son anxiété est de 8 sur 8. Par la suite, elle s'exposera à nouveau à ce type de situation, mais toujours accompagnée. Son anxiété diminue au fur et à mesure des répétitions (fig. 3.3).

Évolution de l'anxiété au cours du trajet en bus. La patiente est toujours accompagnée. Le score de l'anxiété évolue de 0 (= pas de malaise) à 8 (= malaise très important).

Malheureusement, la patiente ne prendra pas ce moyen de transport de manière continue pour venir à l'hôpital, puisque l'autre amie qui l'accompagne par la suite possède une voiture. Il lui est bien demandé

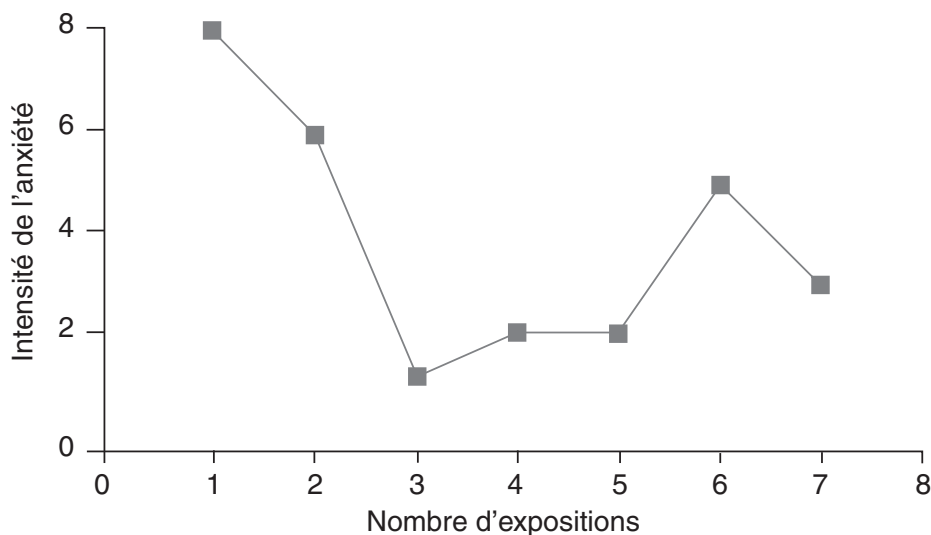


FIGURE 3.3. Évolution de l'anxiété au cours du trajet en bus. La patiente est toujours accompagnée. Le score de l'anxiété évolue de 0 (= pas de malaise) à 8 (= malaise très important).

de trouver une autre façon d'utiliser les transports en commun, mais elle ne se sent pas prête à venir seule pour l'instant.

Toutefois, lors de la 5^e séance, elle ne trouve personne pour l'accompagner à son rendez-vous. Son anxiété augmente tout au long de la matinée, car elle ne sait pas comment se rendre à l'hôpital. Elle envisage d'annuler son rendez-vous, mais au dernier moment elle parvient à prendre un taxi toute seule. Elle est fortement renforcée dans sa démarche d'autonomie. En effet, l'accent est mis sur l'affrontement de la situation et le fait que Mademoiselle B. soit parvenue à trouver une solution sans l'aide de son entourage.

Pour aider la patiente à isoler ses pensées automatiques face à la situation anxiogène du transport en commun, il lui est demandé de remplir une fiche 3 colonnes de Beck à chaque fois qu'elle se retrouve dans ce type de circonstance (tableau 3.3). Les éléments reportés sur cette fiche sont ensuite discutés au cours de la séance 6.

TABLEAU 3.3. Fiche 3 colonnes de Beck face à la situation du transport en commun

| Situation | Émotions | Pensées automatiques |
|---|---------------|---|
| Je suis à l'arrêt du tramway, et j'imagine que je monte dans le wagon. C'est la même chose avec le bus. | Anxiété (7/8) | <ul style="list-style-type: none"> – Je ne peux pas rentrer. Il y a trop de monde. – Je vais me retrouver enfermée et prise au piège. – Je vais être malade et tout le monde va me regarder de travers. On va se moquer de moi. – Je risque de vomir. – J'ai chaud et j'ai peur. Je vais m'évanouir. Je vais rester bloquée. <p>(Croyance pour l'ensemble : 7/8)</p> |

La discussion socratique qui s'engage à la lecture de cette fiche permet de faire ressortir 3 types de pensées automatiques :

- être enfermée et bloquée dans le tramway ;
- risque d'être malade ;
- risque de jugement de la part des gens qui vont la regarder.

Il est demandé à Mademoiselle B. d'élaborer une pensée alternative plus réaliste face à chaque idée négative. Elle évoque les pensées suivantes :

- le wagon est grand et je peux circuler dedans. Les portes s'ouvrent toutes les trois minutes maximum ;
- je sais contrôler ma respiration, et cela me calme. Si je suis malade, on me prendra en charge ;
- chacun s'occupe de soi sans regarder les autres. On peut faire des rencontres intéressantes.

Le remplissage d'une fiche de modification des pensées automatiques est ensuite proposé en tâche à domicile, dans le but de poursuivre le travail entrepris en séance.

- *Week-end en Camargue* : lors de la 10^e séance, la patiente rapporte qu'elle est partie en voiture tout un week-end en Camargue avec des amis. Depuis trois ans, elle n'avait jamais pris de vacances loin de chez elle. Elle n'a eu aucune angoisse car elle a participé à des activités plaisantes (visites touristiques, amusement, restaurant, plage, hôtel, bar, etc.). Après coup, elle soulignera : « Je ne m'en croyais pas capable, et pourtant je l'ai fait ! ». Cette séance est l'occasion de discuter de ses anticipations négatives. En effet, elle reconnaît qu'elle n'a pas eu le temps d'avoir de pensées négatives, car elle n'a rien anticipé.

- *Déplacement au cinéma* : au cours de la 14^e séance, Mademoiselle B. expose qu'elle est allée au cinéma voir un film qui a duré deux heures. Cela faisait plus de deux ans qu'elle n'y était pas allée. En fait, elle trouve que le cinéma est un lieu plutôt rassurant : on est dans le noir, la pièce est confinée, agréable, et surtout personne ne peut la voir et la juger « si elle n'assume pas ».

- *Feed-back* : à chaque fois que la patiente s'expose, elle est chaleureusement félicitée et encouragée à continuer. Le principe des expositions *in vivo*, associées à une inévitable diminution de l'angoisse par habituation, lui est rappelé à chaque occasion.

Le bénéfice immédiat que retire Mademoiselle B. de ses expériences est lié au fait qu'elle se sent à présent « normale ». L'espoir de s'en sortir est de plus en plus intense. Elle s'aperçoit que ses pensées automatiques de dévalorisation se modifient en des pensées plus réalistes au fur et à mesure de ses réussites. En effet, elle se rend compte que sa peur est intimement liée à sa cognition. Elle remarque que des pensées négatives lui viennent automatiquement à l'esprit lorsqu'elle est angoissée. C'est d'ailleurs à cet instant qu'elle éprouve tous les bienfaits de la

relaxation. En revanche, elle ne ressent aucune angoisse au cours des expositions lorsqu'elle a vraiment envie de les faire.

Situations d'interaction sociale et de recherche d'emploi

Dès les premières séances d'information et de relaxation, Mademoiselle B. se met en situation de rencontrer des gens. Au vu de la réussite de ces expositions, et grâce au renforcement positif réalisé lors des divers entretiens, elle reprend une certaine confiance en elle pour ce qui concerne ce type de tâche.

- *Sorties en soirée* : dès la 4^e séance, la patiente souligne qu'elle s'est forcée à accompagner son petit ami à une soirée organisée par des amis. Ils y sont restés jusqu'à 1 heure du matin. Au début, l'intensité de l'angoisse était de 7 sur 8, puis, en fin de soirée, celle-ci est descendue à 2 sur 8. Mademoiselle B. est très fière de relater ce fait. De la même façon, à l'occasion de la nouvelle année, elle est allée fêter le Réveillon avec six de leurs amis. Elle n'a développé aucune angoisse au cours de cette soirée.

- *Restaurant avec des amis* : à la 6^e séance, la patiente rapporte qu'elle est allée au restaurant avec des amis un dimanche. Elle est restée trois heures à table. Cependant, une convive lance au cours du repas : « Si je mange trop, je risque d'être malade ». Aussitôt, cela déclenche une réaction d'anxiété chez Mademoiselle B., qui sort se laver les mains ou prendre l'air à plusieurs reprises.

Une discussion socratique est engagée sur cet événement. La patiente finit par dire que c'est une association d'idées qui a été la cause du malaise (sa copine risque d'être malade si elle mange trop, donc Mademoiselle B. risque d'être malade elle aussi). Cette association d'idées l'amène à repenser à un événement qu'elle avait jusque-là oublié : à l'âge de 6 ans, alors qu'elle avait une gastro-entérite, sa mère lui donna du riz au lait. Comme elle n'en voulait pas, sa mère l'a forcée à manger. La patiente a alors vomi sur la table. Son frère s'est moqué d'elle, et elle a eu très honte. Elle pleure en reparlant de cette histoire. Elle conclut par cette phrase : « si on est malade et qu'on vomit en public, on peut être jugé et être l'objet de moqueries ». Sa croyance en ce postulat est de 95 %. Il lui est demandé de remplir une fiche de modification de pensées (tableau 3.4).

Après avoir commenté cette fiche, la patiente reconnaît que cette pensée n'est pas toujours vraie, mais elle a encore quelques doutes. Elle reprend cette pensée en la modifiant comme suit : « si on vomit en public, cela risque de gêner les gens autour ».

- *Entretien d'embauche* : dès la 7^e séance, une résolution de problème permet à Mademoiselle B. de faire un bilan des actions à mettre en œuvre pour une recherche d'emploi efficace. Elle cherche une activité professionnelle dans les domaines du secrétariat, de l'animation ou de

TABLEAU 3.4. Fiche de modification de la pensée : « Si on est malade et qu'on vomit en public, on peut être jugé et être l'objet de moqueries. »

| Croyance avant : 95 % | |
|--|--|
| Arguments pour | Arguments contre |
| <ul style="list-style-type: none"> - On s'est déjà moqué de moi quand j'avais 6 ans. - C'est toujours comme ça. - Je veux que l'on voie le bon côté de ma personne. | <ul style="list-style-type: none"> - Les gens peuvent m'aider. Il y aura toujours quelqu'un qui saura quoi faire. - Je n'ai jamais vu quelqu'un être victime de railleries, à part le garçon dans le bus. En fait, je ne suis pas si sûre que l'on se soit moqué de lui. - Les gens autour sont plutôt gênés que critiques. |
| Croyance après : 60 % | |

l'accueil. Parmi les diverses solutions évoquées, elle choisit d'aller à l'ANPE afin de proposer son *curriculum vitae* et d'avoir un entretien d'orientation. Elle met en place un plan d'action pour atteindre cet objectif.

À l'ANPE, elle est reçue par une employée qui suit également une thérapie cognitivo-comportementale, et qui est sensible aux difficultés éprouvées par la patiente dans sa recherche d'emploi. Celle-ci lui propose de l'aider du mieux qu'elle pourra.

Lors de la séance 9, Mademoiselle B. apparaît très angoissée. Elle a un entretien d'embauche dans l'après-midi, et ne se sent pas encore prête. Il lui est proposé de faire un jeu de rôle sur ce thème.

La séance débute donc par la description de ses pensées automatiques (l'accent est mis sur ses anticipations négatives) ; les objectifs qu'elle aimerait atteindre sont à nouveau abordés. Une relaxation de type Jacobson est ensuite réalisée, ce qui permet de faire diminuer l'intensité de l'anxiété de 7 sur 8 à 0 sur 8. La patiente est toujours très étonnée de voir qu'elle peut lutter aussi efficacement contre son angoisse.

Puis elle joue son propre rôle de demandeuse d'emploi. Tout d'abord, elle apprend à se présenter, tout en regardant l'interlocuteur. Puis elle rejoue la scène, en s'exprimant de manière plus affirmée. Elle apprend également à exprimer et à présenter sa passion pour le dessin. À chaque séquence, la patiente est renforcée positivement et encouragée à continuer.

À la fin de la séance, Mademoiselle B. dit se sentir plus confiante, et pratiquement détendue. Elle tire plusieurs conclusions de cet exercice :

- elle se sent mieux après avoir préparé l'entretien ;
- le fait d'avoir réfléchi et joué la situation angoissante l'a détendue. Avant de faire le jeu de rôle, elle aurait pensé le contraire ;
- elle se dit que l'emploi l'intéresse, mais que ce n'est pas capital si elle ne l'obtient pas. D'autres occasions se représenteront.

Ces trois points sont résumés par le fait qu'elle a su affronter ses anticipations négatives concernant la situation anxiogène. En réalisant cela, elle peut désormais agir sur son angoisse par :

- une technique de relaxation efficace ;
- une modification des pensées automatiques ;
- une certaine prise de distance par rapport au contexte.

Ce type de jeu de rôle sera repris par la suite à l'occasion d'autres situations d'interaction sociale (demander un renseignement dans une banque, répondre à une convocation d'entretien, etc.).

Le premier entretien d'embauche se passe bien, mais elle n'est pas retenue. Elle pose toutefois sa candidature pour d'autres postes, sur les conseils de l'employée de l'ANPE.

Lors de la 10^e séance, Mademoiselle B. vient en ayant adopté un nouveau *look* : habillée de manière plus féminine, maquillée, elle a également changé de coiffure. Elle est complimentée sur son nouveau style. La patiente souligne d'ailleurs qu'elle s'est rendue seule chez un coiffeur en ville ; cela faisait trois ans qu'elle n'y était pas allée.

Au début de la 12^e séance, elle annonce qu'elle doit se rendre très prochainement à un entretien pour un emploi de bibliothécaire et hôtesse d'accueil dans un centre de documentation qui dépend de l'éducation nationale. Elle demande à refaire un jeu de rôle, comme cela lui a été proposé précédemment. Cette fois-ci, elle aimerait vraiment décrocher ce travail car, selon ses dires, sa confiance en elle n'en serait que plus forte.

Lors de la séance 13, Mademoiselle B. souligne qu'elle est allée à l'entretien toute seule, et que son angoisse n'était que de 2 sur 8. Peu après, elle reçoit une lettre d'embauche. Son optimisme est au plus haut, mais elle a peur des responsabilités qui lui sont confiées (administration, accueil, médiathèque). Elle va devoir assumer ce poste toute seule.

À la 15^e séance, la patiente a commencé son nouvel emploi. Elle travaille à présent quatre heures par jour au centre de documentation. Elle est fatiguée et stressée, malgré une bonne entente avec ses collègues. Elle a peur de craquer maintenant, et d'avoir tout à recommencer. Cependant, elle veut gagner son indépendance. Il lui est conseillé d'appliquer la technique de relaxation rapide à son travail, et de pratiquer chez elle la méthode de Jacobson utilisée à plusieurs reprises en séance.

Mademoiselle B. dit que sa situation est difficile à assumer, car elle n'a plus le temps de s'occuper d'elle. Elle voudrait continuer à peindre, ou aller se promener quand elle en a envie. Mais, au lieu de cela, elle dort beaucoup lorsqu'elle se retrouve dans son appartement. « Le problème, c'est que je ne veux rien lâcher. » La technique de la flèche descendante est appliquée sur cette dernière remarque. À chaque réponse, il est demandé à la patiente : « Et que se passerait-il, au pire ? ».

- « Et si je laisse tomber une activité ? »
- « Au pire ? »
- « Je perdrai mes acquis dans ce domaine. »
- « Au pire ? »
- « Je le regretterai. »
- « Au pire ? »
- « Je serai méfiante, et je ne laisserai plus tomber aucune autre activité. »
- « Au pire ? »
- « Je ne prendrai plus de décision. »
- « Au pire ? »
- « Je ne prendrai plus de responsabilité. »
- « Au pire ? »
- « Ma vie sera gâchée. »
- « Au pire ? »
- « Je resterai seule. »
- « Donc, si vous laissez tomber une activité, vous risquez de gâcher votre vie en perdant tout. Pourquoi, d'après vous ? »
- « Lâcher quelque chose, c'est prendre des décisions. C'est aussi prendre des responsabilités. À partir de là, c'est devenir adulte, et je ne veux pas de ça. »
- « Donc, si vous lâchez quelque chose, vous deviendrez adulte et vous risquez de gâcher votre vie. Est-ce exact ? »
- « Tout à fait. »

Le postulat qui est ici mis en évidence (« si je deviens adulte, ma vie sera gâchée ») est proposé à la patiente en tant qu'hypothèse de travail. Elle reconnaît qu'effectivement elle ne veut pas devenir adulte par peur de perdre quelque chose. Il lui est alors demandé de remplir une fiche de modification de pensée (tableau 3.5).

À la suite de cette discussion, Mademoiselle B. conclut qu'elle préférerait rester adolescente plutôt que de devenir adulte. Elle ne veut pas ressembler à son père. Mais elle reconnaît tout de même que tout dépend de soi : on peut être adulte et rester « spontané et *cool* ».

TABLEAU 3.5. Fiche de modification de la pensée : « Si je deviens adulte, ma vie sera gâchée »

| Croyance avant : 90 % | |
|--|---|
| Arguments pour | Arguments contre |
| <ul style="list-style-type: none"> – J'aurai des responsabilités financières et des soucis comme mes parents. – Je ne suis pas assez forte. – On a conscience des drames. – On est austère. On n'a plus le <i>fun</i>. | <ul style="list-style-type: none"> – On n'a plus de comptes à rendre. C'est une certaine liberté. – On a plus de choix. – On peut rester spontané, ça dépend de soi. |
| Croyance après : 50 % | |

Par exemple, elle a envie de s'acheter des vêtements aux couleurs « flashantes » selon ses dires, mais elle n'ose pas, de peur qu'on la juge. Il lui est donc demandé de se procurer un accessoire vestimentaire qui lui fait plaisir, et de le porter lors de la prochaine consultation. Lorsqu'elle revient pour sa 16^e séance, elle arbore des lacets de couleur fluo. Elle est complimentée sur le choix de la couleur, et sur le fait que cette dernière s'harmonise bien avec celle de ses chaussures. La patiente se rend compte qu'elle a pu, grâce à cette tâche, s'affirmer tout en étant bien dans sa peau, sans que l'on se moque d'elle.

Séance 16 : bilan de thérapie

La 16^e séance est l'occasion de réaliser un bilan de la thérapie. Les questionnaires remplis au cours des séances 2 et 3 sont à nouveau proposés à cette occasion.

- *Synthèse par rapport aux objectifs initiaux* : Mademoiselle B. affronte à présent bon nombre de situations qu'elle évitait autrefois ; ses sensations d'angoisse ont nettement diminué d'intensité, même en période d'exposition *in vivo*. Sur les quatre tâches-cibles mises en évidence par le test d'évitement, seule la tâche « prendre le bus sans être accompagnée » n'a pu être réalisée. Toutefois, il faut souligner que la patiente a pris les transports en commun à plusieurs reprises, en compagnie de son petit ami ou de copines. Elle s'est même rendue à Chambéry en train, sans anxiété excessive.

D'autre part, elle est maintenant capable de faire des courses seule dans les petits magasins de son quartier. Elle ne s'est pas encore rendue dans un grand supermarché sans être accompagnée. Ses activités sociales se sont également bien améliorées. Elle peut désormais s'adresser à des inconnus pour demander des renseignements (sa démarche de recherche d'emploi a été capitale dans ce cadre). Actuellement, elle travaille dans un centre de documentation où elle est obligée de rencontrer de nombreuses personnes qu'elle ne connaît pas forcément.

Elle a également pris conscience de ses pensées automatiques, et de leur rôle dans le déclenchement de l'anxiété de situation. Elle commence à les modifier par des pensées alternatives plus réalistes. De la même façon, la mise à jour des postulats concernant son refus de devenir adulte et sa peur d'être jugée par les autres a permis à Mademoiselle B. de les remettre en question, aussi bien par la restructuration cognitive que par la réussite de ses plans d'action.

- *Exposition lors des tâches à domicile* : régulièrement, il a été demandé à la patiente de choisir une situation anxiogène et de s'y exposer en tâche à domicile. Chaque exercice a été proposé en fonction de la liste hiérarchique établie lors de la séance 3. Les figures 3.4 et 3.5 représentent l'évolution de l'anxiété en rapport avec des situations de déplacement et d'interaction sociale réalisées par la patiente.

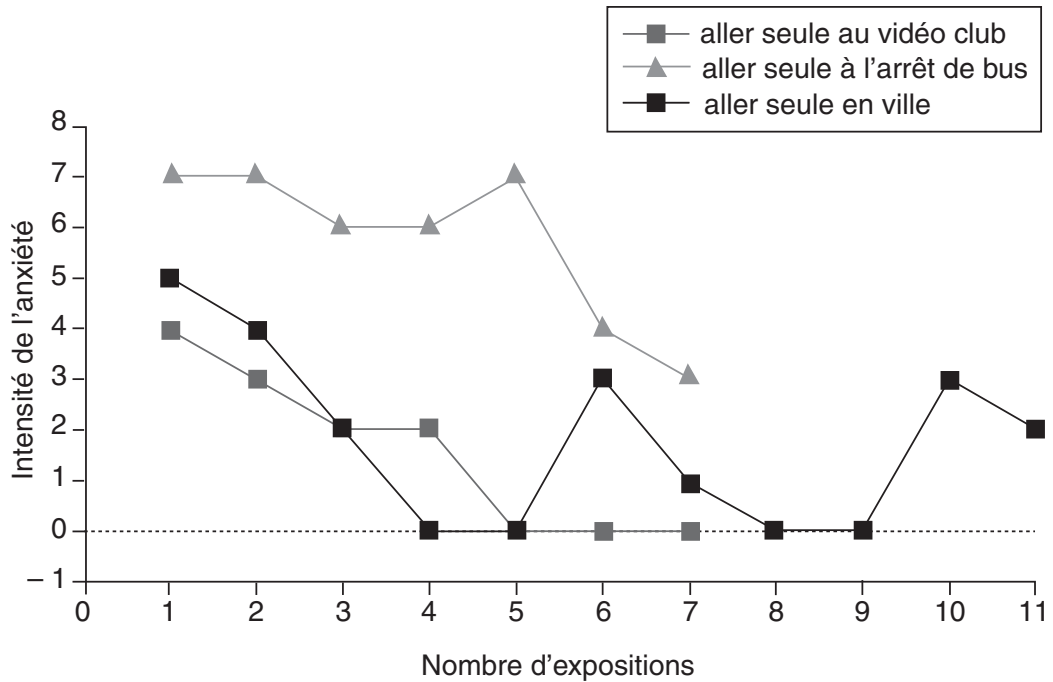


FIGURE 3.4. Évolution de l'anxiété en fonction du nombre d'expositions à des situations d'interaction sociale. L'intensité de l'anxiété est cotée de 0 (pas de malaise) à 8 (très grand malaise).

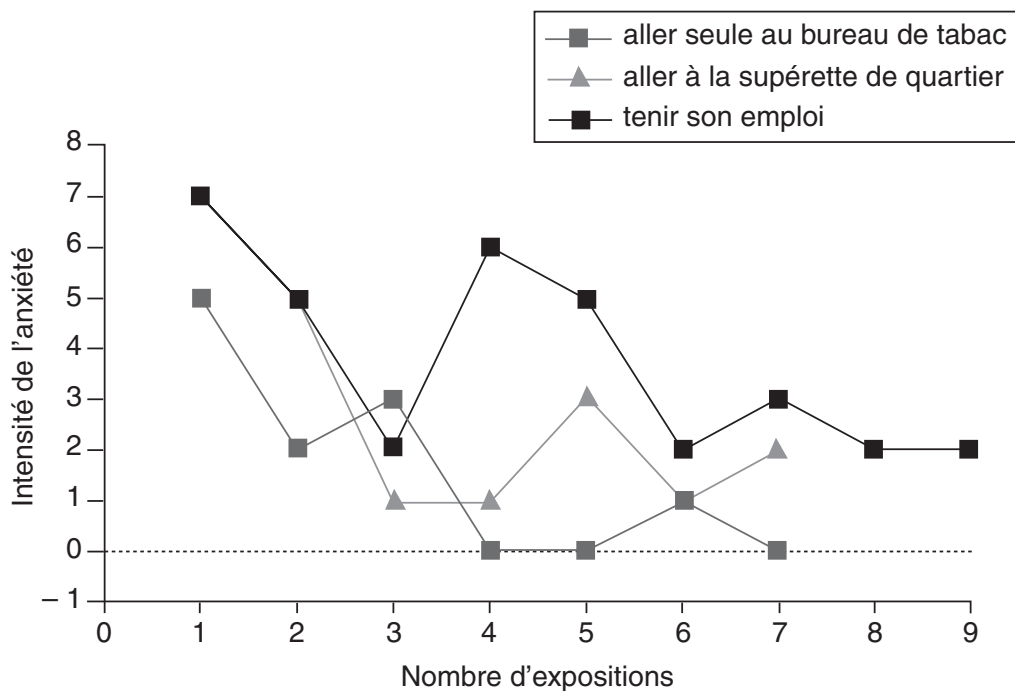


FIGURE 3.5. Évolution de l'anxiété en fonction du nombre d'expositions à des situations de déplacement. L'intensité de l'anxiété est cotée de 0 (pas de malaise) à 8 (très grand malaise).

Lors de la 4^e séance, Mademoiselle B. souligne qu'elle consomme de l'alprazolam lorsqu'elle doit sortir de chez elle, et qu'elle ne peut s'en passer pour l'instant. Sur les conseils de sa psychiatre, la patiente en a toujours pris en cas de situation angoissante. Il est difficile de lui faire critiquer cette pensée : « L'alprazolam m'est indispensable pour m'exposer ».

Il est donc demandé à Mademoiselle B. de lister les arguments confirmant et infirmant cette pensée (tableau 3.6).

Les commentaires de Mademoiselle B. concernant cette fiche lui font prendre conscience que les « arguments pour » représentent un risque potentiel en lien avec une pure subjectivité (ils majorent son anxiété anticipatoire), alors que les « arguments contre » correspondent à des éléments objectifs en rapport avec son vécu. Il lui est alors demandé de faire plus confiance à son expérience personnelle. Grâce à ce travail cognitif, la patiente diminue de plus en plus sa consommation d'alprazolam, et réalise la plupart des tâches anxiogènes sans l'aide de ce médicament.

Les figures 3.4 et 3.5 représentent l'évolution de l'anxiété au cours des expositions de déplacement et des expositions d'interaction sociale, respectivement.

Pour ce qui concerne la situation « aller seule en ville », Mademoiselle B. s'est exposée à vélo durant les quatre premières fois, puis elle s'est déplacée à pied le reste du temps.

Pour ce qui concerne la situation « aller à la supérette de quartier », Mademoiselle B. était accompagnée les quatre premières fois, puis elle s'est exposée seule par la suite. Lors de la première exposition, elle a constaté que son angoisse a diminué de 7 à 4 au bout de trois-quarts d'heure. Le principe de l'habituation lui est ainsi rappelé à chaque fois qu'elle observe un tel résultat. C'est la raison pour laquelle elle s'arrange pour que ses courses durent au moins trois-quarts d'heure, même si elle n'a qu'une plaquette de beurre à acheter. Jusqu'à présent, elle évite toujours de faire la queue aux caisses.

TABLEAU 3.6. Fiche de modification de la pensée : « L'alprazolam m'est indispensable pour m'exposer »

| Croyance avant : 90 % | |
|--|---|
| Arguments pour | Arguments contre |
| <ul style="list-style-type: none"> - Je risque d'être angoissée. - Je peux perdre le contrôle de moi-même. - Je l'ai toujours pris. - On m'a toujours dit de faire comme ça. | <ul style="list-style-type: none"> - Parfois je l'oublie, et ça se passe bien. - Il m'arrive de le prendre et d'être quand même angoissée. - Je me suis déjà exposée exprès sans alprazolam, et j'ai eu plus peur <i>avant</i> que <i>pendant</i>. - Parfois je prends seulement un demi-comprimé le matin, et je fais des courses toute la matinée. Il ne doit plus être efficace à la longue. |
| Croyance après : 40 % | |

Proposition de suivi : après cette séance de bilan, il est demandé à Mademoiselle B. de poursuivre ses efforts en vue de l'obtention d'une certaine autonomie. Elle reconnaît que c'est parfois difficile, mais elle s'avoue de plus en plus valorisée à ses propres yeux. Un suivi de six séances lui est proposé, à raison d'une consultation mensuelle. Un nouveau bilan sera fait à la fin de cette période.

Suivi de la thérapie : séance 17

Mademoiselle B. est de plus en plus satisfaite d'elle-même face aux différentes situations qu'elle affronte avec succès. Elle constate qu'effectivement l'anxiété diminue à partir d'une demi-heure d'exposition, pour parfois complètement disparaître. Elle remarque qu'elle a moins « peur de la peur », et que les croyances qu'elle « se trimballait dans la tête » depuis le début de sa maladie se modifient de plus en plus. Le fait de se fixer des objectifs et de les atteindre la rassure beaucoup, et lui fait prendre conscience qu'elle est « comme tout le monde ».

Pour ce qui concerne son travail, la patiente souligne que son emploi lui convient tout à fait. Elle veut poursuivre. Elle se fait parfois violence pour s'y rendre, mais une fois sur place tout se passe bien. Elle envisage même de nouveaux projets au sein du centre de documentation.

Mademoiselle B. n'a toujours pas essayé de prendre le bus toute seule. Mais elle l'a pris à plusieurs reprises avec son compagnon ou une amie. Il lui est proposé de faire un travail spécifique sur cette situation en réalisant une désensibilisation systématique en imagination. Puis, en concertation avec la patiente, est évoquée une séance d'exposition *in vivo* au cours de laquelle le thérapeute l'accompagnerait dans les transports en commun. Bien qu'elle appréhende cette idée, elle y est favorable car elle se souvient de la séance de relaxation active dans les jardins de l'hôpital réalisée avec succès lors de la 7^e séance. La mise en place de cette progression est proposée pour la prochaine consultation.

Résultats

Questionnaires

L'évolution des phobies présentées par Mademoiselle B. est évaluée par le questionnaire des peurs de Marks et Mathews, l'échelle de phobie sociale de Liebowitz et le questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless. L'intensité de la dépression est évaluée par l'inventaire de Beck (21 items). Ces différents questionnaires sont remplis aux deuxième (pré-thérapie) et seizième (fin de thérapie) séances. L'ensemble des résultats est reporté dans le tableau 3.7.

TABLEAU 3.7. Scores obtenus aux questionnaires remplis avant et après la thérapie. Le % d'amélioration correspond au gain $[(\text{score avant} - \text{score après})/\text{score avant}] \times 100$

| Questionnaires | Évaluation pré-thérapie | Évaluation post-thérapie | % d'amélioration |
|---|-------------------------|--------------------------|------------------|
| <i>Questionnaire des peurs</i> | | | |
| – Agoraphobie | 32 | 25 | 22 |
| – Sang-blessure | 10 | 9 | 10 |
| – Sociale | 26 | 18 | 30 |
| – Anxiété-dépression | 24 | 18 | 25 |
| – Gêne occasionnée par le trouble | 8 | 4 | 50 |
| <i>Échelle de phobie sociale de Liebowitz</i> | | | |
| – Anxiété | 66 | 50 | 24 |
| – Évitement | 57 | 37 | 35 |
| <i>Questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless</i> | | | |
| – Inquiétudes sociales et comportementales | 18 | 13 | 28 |
| – Inquiétudes physiques | 16 | 9 | 44 |
| <i>Inventaire de Beck</i> | 23 | 14 | 39 |

Questionnaire des peurs

Les trois échelles de phobies indiquent :

- l'existence d'une agoraphobie, qui s'améliore de 22 % avec la thérapie ;
- l'existence d'une phobie sociale, qui s'améliore de 30 % ;
- pas de trouble manifeste concernant la phobie du sang et des blessures.

Le score d'anxiété-dépression montre également une évolution favorable de 25 %, corroborée par la rémission du syndrome dépressif observée avec l'inventaire de Beck.

Le score concernant la gêne liée au trouble phobique est de 4 (nettement gênant) en fin de thérapie. Ce score, qui a diminué de 50 %, signifie que la patiente est toujours consciente de ses symptômes mais qu'elle se sent mieux actuellement.

Échelle de phobie sociale de Liebowitz

Elle met en exergue en pré-thérapie un score pour l'anxiété de 66 et pour l'évitement de 57. Ces valeurs correspondent à un trouble « entre modéré et marqué ». L'effet favorable de la thérapie est objectivé par une amélioration de l'anxiété de 24 %, et de l'évitement de 35 %.

Questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless

Il confirme l'agoraphobie évaluée par le questionnaire des peurs. Il indique une évolution favorable, aussi bien sur l'échelle des inquiétudes sociales et comportementales (amélioration de 28 %) que sur celle des inquiétudes physiques (amélioration de 44 %).

Inventaire de Beck

Le score de 23 observé en pré-thérapie indique une dépression modérée. Ce score, qui diminue à 14 à la seizième séance, correspond à une rémission du syndrome dépressif. L'amélioration en fin de thérapie est ainsi de 39 %.

Mesures à intervalles rapprochés

Pour suivre l'évolution de l'état clinique au cours de la thérapie, plusieurs mesures à intervalles rapprochés sont effectuées à partir du test comportemental d'évitement. Quatre tâches-cibles ont été retenues, en accord avec la patiente. Il s'agit de : « prendre le bus ou le tramway toute seule », « faire ses courses seule dans un magasin », « parler à des inconnus », « pouvoir passer un entretien d'embauche ».

La figure 3.6 illustre le nombre de situations évitées par semaine pour ce qui concerne ces quatre tâches. On observe que la patiente est parvenue à en affronter trois. La situation « prendre le bus ou le tramway toute seule » est encore difficile à envisager, bien que Mademoiselle B. réussisse à s'y exposer sans anxiété excessive lorsqu'elle est accompagnée.

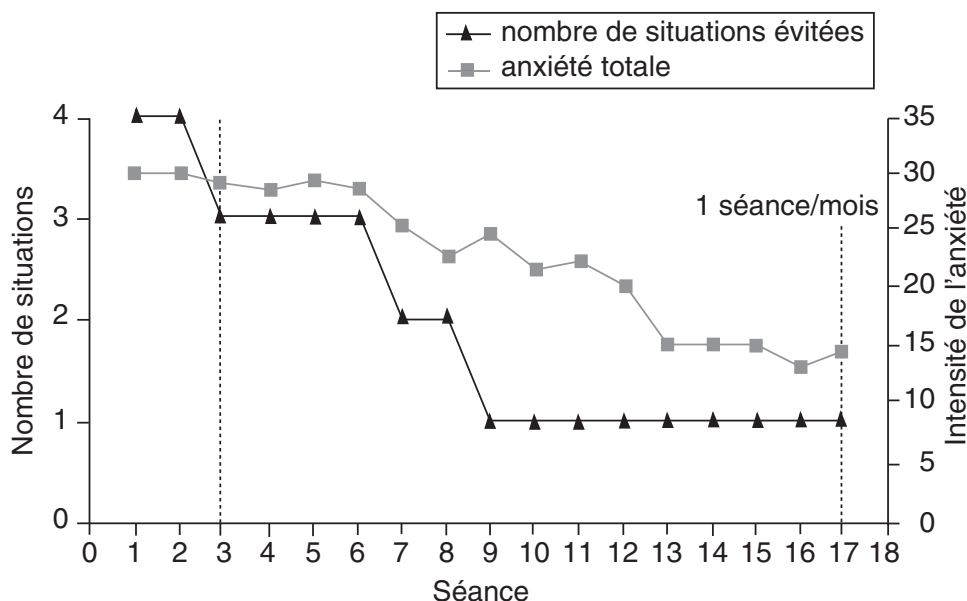


FIGURE 3.6. Évolution du nombre de situations évitées par semaine et de l'angoisse associée à celles-ci. Ces données sont issues du test comportemental d'évitement. Le nombre de tâches à effectuer est de quatre. L'intensité de l'angoisse correspond à la somme des cotations effectuées dans chaque situation (de 0 à 32).

La figure 3.6 montre également l'évolution de l'angoisse associée aux situations régulièrement évitées. Une diminution d'intensité de 56 % est observée entre la ligne de base et la séance 16 (fin de thérapie).

La diminution de l'anxiété concomitante à la diminution des évitements est confirmée par les tableaux 3.8 et 3.9, qui reprennent la liste hiérarchique des situations phobogènes mises en exergue par la patiente.

TABLEAU 3.8. Évolution de l'anxiété face aux situations de la liste hiérarchique concernant le thème : « Pouvoir se déplacer seule »

| Situations | Anxiété pré-thérapie | Anxiété post-thérapie | % d'amélioration |
|---|----------------------|-----------------------|------------------|
| Long déplacement en bus ou en tramway, Seule/accompagnée | 100/97 | 100/30 | 0/69 |
| Déplacement à Grenoble dans des endroits non familiers, avec ou sans vélo, Seule/accompagnée | 95/80 | 80/20 | 16/75 |
| Aller dans un grand centre commercial Seule/accompagnée | 91/80 | 91/50 | 0/38 |
| Petit déplacement en bus Seule/accompagnée | 90/75 | 90/10 | 0/87 |
| Aller dans un petit magasin Seule/accompagnée | 88/60 | 20/0 | 77/100 |
| Marcher dans des endroits familiers sans son vélo, seule | 60 | 10 | 83 |
| Marcher dans des endroits familiers avec vélo, seule | 50 | 5 | 90 |
| Marcher dans des endroits familiers avec ou sans vélo, accompagnée | 30 | 0 | 100 |
| En fonction de la distance par rapport à son immeuble (du plus loin au plus près) | | | |
| Aller à sa banque ou chez son dentiste seule | 50 | 5 | 90 |
| Aller chez sa psychiatre seule | 50 | 5 | 90 |
| Aller à son cours de dessin seule | 45 | 5 | 89 |
| Aller jusqu'à l'arrêt de bus seule | 40 | 5 | 88 |
| Aller jusqu'au bureau de tabac ou à la pharmacie seule | 35 | 0 | 100 |
| Aller jusqu'à sa boîte aux lettres au bas de son immeuble | 0 | 0 | |

TABLEAU 3.9. Évolution de l'anxiété face aux situations de la liste hiérarchique concernant le thème : « Être en contact avec des personnes inconnues ou un groupe de gens »

| Situations | Anxiété pré-thérapie | Anxiété post-thérapie | % d'amélioration |
|--|----------------------|-----------------------|------------------|
| Demander un renseignement à un inconnu | 100 | 70 | 30 |
| Parler à un inconnu | 100 | 65 | 35 |
| Parler ou agir en public | 100 | 95 | 5 |
| Manger et boire avec des amis et des inconnus en grand groupe | 98 | 90 | 8 |
| Passer un entretien d'embauche | 95 | 50 | 47 |
| Aller au restaurant entre amis | 90 | 45 | 50 |
| Faire la queue dans une file d'attente | 80 | 75 | 6 |
| Aller au cinéma | 78 | 30 | 61 |
| Manger et boire avec des amis en petit comité à l'extérieur | 75 | 30 | 60 |
| Manger et boire avec des amis en petit comité chez elle | 50 | 20 | 60 |
| Parler à des gens qui détiennent une autorité (mais familiers) | 40 | 20 | 50 |
| Parler à quelqu'un de connu, mais peu familier | 30 | 0 | 100 |
| Parler à quelqu'un de familier | 0 | 0 | |

En règle générale, l'évolution clinique est favorable pour ce qui concerne l'ensemble des situations anxiogènes. Seules les tâches : « prendre le bus ou le tramway toute seule » et « faire ses courses seule dans un grand magasin » n'ont pas pu être réalisées par la patiente. De la même façon, Mademoiselle B. évite le plus souvent possible de se retrouver dans une file d'attente (magasin, guichet administratif, etc.), de parler en public, d'être dans des grands groupes (par exemple une soirée avec beaucoup de monde).

SYNTHÈSE¹

Mademoiselle B. présente au début de la prise en charge une phobie sociale associée à une agoraphobie, dont la survenue est probablement consécutive à une dépression réactionnelle au décès brutal de son frère³. L'attitude surprotectrice de son entourage familial et amical contribue certainement au maintien des troubles pendant plus de trois ans. À la suite d'une hospitalisation dans le cadre d'une réactivation dépressive, elle fait l'objet d'une prise en charge cognitivo-comportementale sur les conseils de sa psychiatre.

La thérapie débute par une information concernant la phobie sociale et l'importance de l'évitement dans le maintien de cette dernière. La prise en charge comportementale, basée sur la relaxation et l'exposition, permet de renforcer la confiance de la patiente, et de modifier progressivement son schéma de dévalorisation. La motivation de Mademoiselle B., associée à un puissant désir d'indépendance, la conduit à participer activement à la thérapie ; elle s'applique ainsi à réaliser avec sérieux les différentes tâches à domicile proposées. La restructuration cognitive permet également d'approfondir le travail comportemental entrepris, notamment dans le cadre de l'émergence et de la modification d'un schéma de dépendance et d'immaturation profondément ancré.

L'évolution favorable des symptômes est objectivée par les différentes mesures effectuées (questionnaires, liste hiérarchique et test comportemental d'évitement). Cependant, il est clair que ces résultats ne pourront être véritablement acquis qu'après une période de suivi de plusieurs mois. Un programme de maintenance est donc proposé à Mademoiselle B. dans cette optique.

1. Et dans ce cas de figure, c'est souvent la dépression qui majore plus qu'elle ne déclenche la phobie sociale.