

**Docteur Igor Thiriez
Interne DES psychiatrie**

**AFTCC
2005**

**ASSOCIATION FRANÇAISE DE THÉRAPIE COGNITIVE ET
COMPORTEMENTALE
MÉMOIRE DE 2^{ÈME} ANNÉE**

**PRISE EN CHARGE COGNITIVE ET
COMPORTEMENTALE D'UN CAS DE PHOBIE
SOCIALE**

Directeur : Docteur Bernard Granger

PREMIERE PARTIE :

Revue de littérature

La phobie sociale se caractérise par une réaction d'anxiété intense et persistante dans plusieurs situations sociales impliquant la performance et l'évaluation. La crainte d'être mal jugé ou que les symptômes anxieux soient remarqués entraîne l'évitement des situations sociales redoutées telles que parler, écrire ou manger en public.

Cet évitement peut provoquer un retentissement socioprofessionnel et affectif important. Malgré l'essor considérable de la recherche sur le sujet ces quinze dernières années, la phobie sociale reste sous diagnostiquée et sous traitée. Elle constitue pourtant l'un des troubles psychiatriques les plus répandus avec la dépression et les abus de substance.

Les traitements et instruments diagnostiques sont pourtant aujourd'hui efficaces.

I. Historique

Depuis le milieu du dix neuvième siècle, l'anxiété sociale fait déjà l'objet de descriptions approfondies, mais sous des appellations différentes.

A. L'éreutophobie

Décrite pour la première fois en 1846 par Casper, l'éreutophobie se centre sur la peur de rougir en public, accompagnée d'une crainte et d'une rumination prenant parfois un caractère obsédant et associé à un sentiment de gêne, voir de honte.

Les différentes descriptions se rapprochent des caractéristiques cliniques principales des phobies sociales : peut d'être exposé au regard d'autrui, d'éprouver un sentiment d'humiliation, conduites d'évitement, utilisation de différents stratagèmes, principales complications des phobies sociales dont la dépression.

B. La timidité

La description de la timidité dès 1901 par Hartenberg pose déjà le problème de la distinction entre le normal et le pathologique. L'émotion du timide lui apparaît comme une combinaison de peur et de honte survenant dans une circonstance particulière : la présence de l'être humain. Hartenberg envisage également une forme particulière de timidité : le trac. Forme de timidité composée de peur mais sans honte, qui surviendrait particulièrement lorsque le sujet se donne ou doit se donner en représentation au public.

C. La phobie sociale

La première utilisation du terme « phobie sociale » revient à Janet en 1903. Il range ce trouble dans le groupe des phobies de situations, au côté de l'agoraphobie et de la claustrophobie. Il intègre par ailleurs au groupe des phobies sociales l'éreutophobie, la phobie du mariage, la phobie du professeur devant faire la classe et la phobie des domestiques (ne rien oser demander à sa bonne).

Dans les années soixante, le terme de phobie sociale sera repris par les comportementalistes qui travaillent sur les techniques d'exposition et d'affirmation de soi. Ils contribueront à l'individualisation du trouble dans les années soixante dix avec Marks et Gelder qui définiront

la phobie sociale comme une peur de parler, de manger, de boire, de trembler, de rougir, d'écrire, de vomir en présence des autres.

D. Classifications internationales

Ce n'est qu'en 1980 que la phobie sociale apparaît pour la première fois comme un trouble spécifique dans le DSM. Le DSM-IV ne prend pas en compte les formes modérées d'anxiété sociale mais propose de prendre en compte le caractère généralisé ou non de la phobie sociale (**Tableau 1.**).

Tableau 1. – *Critères diagnostiques du trouble anxiété sociale selon le DSM-IV.*

A. Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.
B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une Attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.
C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.
D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.
E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situations(s) sociale(s) redoutée(s) ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires), ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
F. Pour les individus de moins de 18 ans, on ne porte le diagnostic que si la durée est d'au moins 6 mois.
G. La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance ni à une affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. le trouble panique avec ou sans agoraphobie).
H. Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles; par exemple, le sujet ne redoute pas de bégayer, etc..
Spécifier si : type généralisé si les peurs concernent la plupart des situations sociales

La CIM-10 intègre également la phobie sociale dans la rubrique des troubles anxieux (**Tableau 2.**).

Tableau 2. – *Phobies sociales critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10.*

A. soit (1) soit (2) :

(1) crainte marquée d'être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui, ou d'agir d'une manière qui pourrait être embarrassante ou humiliante ;

(2) évitement marqué d'être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui ou de situations dans lesquelles on pourrait se conduire d'une manière embarrassante ou humiliante.

Ces craintes se manifestent dans des situations sociales.

A. Survenue, dans la situation phobogène, depuis le début du trouble, d'au moins deux des symptômes définis dans le critère B de l'agoraphobie et d'au moins un des symptômes suivants :

(1) rougir ou trembler,

(2) peur de vomir,

(3) besoin urgent ou peur d'uriner ou d'aller à la selle

B. Détresse émotionnelle significative due aux symptômes ou à l'évitement, avec conscience du caractère excessif ou irraisonné de ces derniers.

C. Les symptômes surviennent exclusivement ou prédominent dans les situations redoutées ou quand le sujet pense à ces situations.

D. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. Les symptômes cités dans les critères A et B ne sont pas dus à d'autres troubles et ne sont pas secondaires à des croyances d'ordre culturel.

II. Epidémiologie

A. Prévalence

La prévalence sur la vie entière est comprise dans une fourchette allant de 0,5 % à 16 %. La cause principale de ces écarts est due à la difficulté de détermination du seuil entre les formes sub-syndromiques et la phobie sociale avérée.

La phobie sociale généralisée représente 75 % des phobies sociales. Elle concerne les personnes chez lesquelles la peur et l'évitement existent dans un large éventail de situations sociales.

La phobie sociale simple (25 %) comporte des frayeurs dans une ou quelques situations seulement.

La peur la plus fréquente est celle de parler devant un public (quelque soit le nombre). Près de la moitié des phobiques sociaux ne remplissent les critères de la pathologie que dans cette situation. Viennent ensuite d'autres situations : « être présenté à un groupe de personnes », « parler avec des étrangers », « parler avec des personnes incarnant l'autorité » et « manger ou écrire devant les autres » (**Tableau 3.**).

Tableau 3. – Fréquence de situations de peur selon le nombre de situations de peur par patient avec une phobie sociale sur la vie.

	% de patients avec nombre de peurs sociales spécifiques				
	1 (30,6 %)	2 (39,8 %)	3 (27,1 %)	4 (1,8 %)	5 (0,6 %)
Parler en public	68,9 %	98,5 %	97,8 %	100 %	100 %
Discuter avec les autres	21,7 %	92,6 %	98,0 %	100 %	100 %
Parler / boire en public	-	1,5 %	34,0 %	100 %	100 %
Ecrire en étant observé	3,7 %	2,8 %	44,5 %	100 %	100 %
Utiliser les toilettes publiques	5,7 %	4,6 %	25,6 %	100 %	100 %

B. Caractéristiques sociodémographiques

Les troubles débutent classiquement à l'adolescence, entre 15 et 18 ans mais un deuxième pic d'apparition a été découvert entre 0 et 5 ans.

La plupart des études retrouvent un sex-ratio de 1,5. La prépondérance féminine est moins importante que dans les autres troubles anxieux (agoraphobie, phobies simples). Toutefois les données hospitalières font état d'un plus grand nombre d'hommes, ce qui suggère que les hommes ont tendance à mieux diagnostiquer leur phobie sociale et sont plus demandeurs d'aide médicale pour leur trouble.

Les études montrent également que la prévalence est plus élevée chez les jeunes, et que la phobie sociale est associée à des niveaux scolaires et de revenus bas. Pour ce qui est du statut professionnel ou marital, les études restent à ce jour contradictoires.

C. Comorbidité

Les études épidémiologiques ont montré que, comme pour les autres troubles psychiatriques, la prévalence des comorbidités psychiatriques est élevée chez les personnes souffrant de phobie sociale : en effet, dans environ 70 % à 80 % des cas, ils souffrent de plus d'un trouble psychiatrique. Par ordre de fréquence, ces troubles sont l'épisode dépressif majeur, l'abus et la dépendance à l'alcool, et l'agoraphobie.

III. Etiopathogénie

A. Etudes familiales et génétiques

L'agrégation familiale de la phobie sociale est similaire à celle retrouvée dans les principaux troubles anxieux. Chez les parents au premier degré de patients souffrant d'un trouble anxieux, les études montrent l'existence d'un risque augmenté de 3 à 5 d'en être affecté. Les études de jumeaux et d'enfant adoptés viennent appuyer ces hypothèses, notamment une étude américaine sur des jumeaux montrant des taux de concordance pour la phobie sociale généralisée, de 24 % chez les monozygotes et de 15 % chez les hétérozygotes.

Toutefois, selon la plupart des études, les facteurs génétiques ne peuvent expliquer qu'une partie du risque de phobie sociale. Les facteurs environnementaux familiaux (surprotection, rejet) semblent être des facteurs de risque additionnels.

Des liens semblent également exister entre l'autisme, le syndrome du X fragile et les phobies sociales. Ces pathologies sont toutefois trop rares pour expliquer la prévalence de la phobie sociale dans la population.

B. L'inhibition comportementale

Il est probable que ce qui est génétiquement hérité est un risque de développer une phobie sociale. Cet héritage peut s'exprimer ou prendre l'apparence d'une tendance à la crainte. L'inhibition comportementale est une construction du comportement qui peut être l'expression de cette prédisposition à la crainte. Il a été montré qu'un tempérament inhibé à l'âge de 2 ans expose l'adolescent à un risque multiplié par deux de développer une phobie sociale.

C. Mécanisme neurobiologiques

L'interaction des systèmes noradrénergiques, sérotoninergiques, dopaminergiques et de l'axe hypothalamo-hypophysaire paraît jouer un rôle central dans la frayeur et l'anxiété et distinguerait la phobie sociale d'autres troubles anxieux. Toutefois, les explorations biologiques apportent encore trop peu d'éléments à la compréhension de la vulnérabilité biologique de la phobie sociale.

D. Conditionnement et apprentissage social

En dépit d'une influence génétique, les prédispositions pour la phobie sociale apparaissent fortement affectées par les conditions d'environnement. Les études de jumeaux montrent clairement ce rôle, familial notamment, sur l'apparition de la phobie sociale.

Des études chez l'animal vont également dans ce sens. Par exemple, de jeunes rats, non préalablement manipulés par les humains ou séparés de leur mère sont plus craintifs dans un milieu inconnu. De jeunes macaques élevés par des mères stressées montrent également plus de crainte et d'aversion vis-à-vis des interactions sociales.

E. Modèles cognitifs

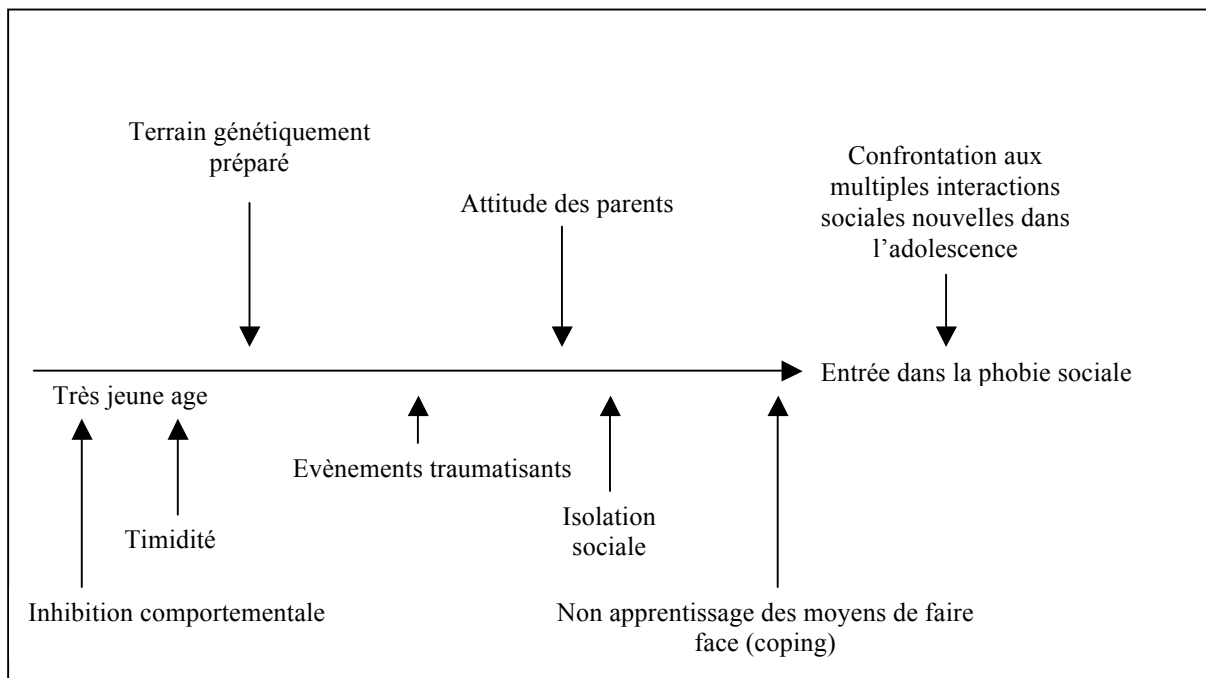
La confrontation à une situation sociale est vécue comme un danger par le phobique social. Les distorsions cognitives sont multiples et concernent principalement les croyances des individus à propos d'eux même et la manière dont ils doivent se comporter :

- I. Le sujet phobique prête plus d'attention à sa propre perception de lui-même qu'à la situation elle-même.
- II. Il se focalise fortement et de façon négative sur son apparence extérieure.
- III. Il projette à tort sa perception de son état mental sur son apparence (ex. : il peut imaginer qu'un simple frémissement est aussi visible qu'un fort tremblement).
- IV. Il se focalise sur les réactions négatives de son entourage et en ignore les réactions positives
- V. Il perçoit les réactions de son entourage de façon plus négative qu'elles ne le sont.
- VI. Afin de réduire le risque d'évaluation négative, le sujet s'engage dans une série de comportements sécurisants, par exemple joindre étroitement les mains de façon à masquer un tremblement ou éviter les contacts visuels.

F. Modèles intégratifs

Aucun modèle unique ne pouvant expliquer la survenue de la phobie sociale, on peut penser qu'une participation mixte de facteurs innés et acquis est une explication plausible (**Figure 1**).

Figure 1. – *Modèle intégratif de la phobie sociale, d'après Hautekeete, 2002*



IV. Clinique

A. Phobie sociale de l'enfant et de l'adolescent

Dans 75 % des cas le trouble apparaît avant 18 ans. Même si chez l'enfant certaines particularités cliniques existent, il semble que les phobies sociales chez l'enfant présentent une symptomatologie semblable à celle de l'adulte. Là encore il convient de les distinguer de l'anxiété sociale normale au cours du développement et de l'anxiété de séparation (plus fréquente). Les enfants répondent plus volontiers aux situations redoutées par le refus.

Contrairement au DSM-IV, la CIM 10 propose quelques éléments pour le repérage du trouble chez l'enfant.

Chez l'adolescence, la phobie sociale se caractérise par une symptomatologie se rapprochant encore plus de celle de l'adulte, avec notamment une utilisation de substances toxiques favorisant la socialisation.

B. Phobie sociale non généralisée de l'adulte

Elle se limite à une ou deux situations. On y retrouve les patients ayant peur d'une situation unique de performance et ceux qui ont peur de plusieurs mais pas de toutes les situations d'interaction sociale.

C. Phobie sociale généralisée de l'adulte

La peur s'étend à la plupart des situations sociales et concerne souvent à la fois les situations de performance et d'interaction sociale. Ces patients présentent souvent des déficits dans le domaine des compétences sociales et révèlent généralement une altération socioprofessionnelle plus marquée.

D. Formes frontières et concepts voisins

1. L'anxiété de performance

C'est une anxiété situationnelle survenant dans des circonstances qui requièrent d'être confronté à un public. Les situations les plus souvent décrites sont les épreuves sportives, les concerts de musique et les examens. Le trac se caractérise par une anxiété anticipatoire similaire mais l'anxiété de performance s'en distingue par le fait que cette anxiété ne diminue ni ne disparaît pendant l'action. Le diagnostic de phobie sociale peut être retenu si l'anxiété de performance s'accompagne de cognitions anxieuses et d'un handicap social.

2. La timidité

Le concept de timidité répond à de nombreuses définitions et pose le problème de son rattachement à un tempérament, un trouble de la personnalité ou à un trouble psychiatrique. La timidité correspondrait à un tempérament présent très tôt au cours de la vie et se distinguerait de la phobie sociale par un degré d'évitement et de handicap moindre.

3. Le trouble de la personnalité évitante

La relation entre phobie sociale et trouble de la personnalité évitante est complexe tant les deux troubles présentent des similitudes. La personnalité évitante se caractériserait par un sentiment d'estime de soi basse qui n'est pas forcément présent dans la phobie sociale. Toujours est il que leurs symptômes se chevauchent et que la comorbidité des deux troubles est élevée. Là encore la différence semble être plutôt quantitative. La personnalité évitante représenterait une forme grave et généralisée du trouble anxiété sociale et de pronostic moins sur (Tableau 4.).

Tableau 4. – Différences entre timidité, personnalité évitante et phobie sociale.

	<i>Timidité</i>	<i>Personnalité évitante</i>	<i>Phobie sociale</i>
Anxiété	Modérée	Intermédiaire	Intense
Evitement	Variable	Se met en retrait de situations et évite la confrontation	Handicap et gêne sociale marquée
Cognitions	Sentiment de gêne	Désir d'être à l'aise, apprécié dans les situations sociales et sentiment contraire vécu	Impression d'être regardé et jugé négativement
Début	Enfance	Adulte	Enfance
Evolution	Amélioration lorsque les expériences sont réussies	Stable et durable	Chronique et complications

4. L'assertivité

Le comportement assertif ou affirmé se caractérise par le respect de soi et d'autrui, la qualité de la communication, l'efficacité du comportement et la qualité de l'émotion ressentie. Il représente l'idéal en terme de bénéfice face aux comportements passif et agressif.

Le manque d'assertivité n'est pas systématiquement associé à l'anxiété sociale mais fréquemment retrouvé. Le travail de l'affirmation de soi représente donc souvent une étape thérapeutique essentielle.

5. L'estime de soi

L'estime de soi reposerait principalement sur le sentiment d'être aimé et compétent. Ceci implique la notion de regard et de jugement. Il existerait une corrélation entre anxiété sociale et basse estime de soi.

E. Diagnostics différentiels

1. Les troubles psychotiques

Les psychoses déficitaires s'accompagnent souvent de difficultés relationnelles et d'un retrait social. Ces patients, en général, ne recherchent pas les contacts sociaux et restent indifférents au jugement des autres. Ce qui les distingue des phobiques sociaux.

Toutefois, des traits de sensibilité sociale peuvent troubler le diagnostic et certaines psychoses débutantes prennent le masque d'une phobie sociale grave avec un retrait majeur et une peur des autres. L'attribution reste en général externe contrairement à la phobie sociale.

2. La paranoïa sensitive

Certains traits sensitifs comme l'introversion et la susceptibilité peuvent orienter vers l'anxiété sociale mais les interprétations sont de nature délirante et le patient n'a pas conscience de son trouble.

3. La personnalité schizoïde

Le phobique social ressent en général un désir de contact avec les autres alors que le retrait du schizoïde est entraîné par sa propension à la solitude. Malgré tout la distinction peut être difficile et la comorbidité fréquente.

4. La dépression atypique

Le retrait social, l'évitement des contacts sociaux et l'auto dévalorisation sont des symptômes fréquemment rencontrés dans les états dépressifs. Les autres symptômes dépressifs et leur caractère épisodique doivent permettre la distinction avec l'anxiété sociale.

5. L'agoraphobie

Les symptômes anxieux présentés, tout comme les situations redoutées et évitées sont souvent très similaires avec la phobie sociale. Seule une analyse cognitive correcte permet d'individualiser les deux troubles qui peuvent aussi coexister. La peur de ne pouvoir être secouru caractérise l'agoraphobie tandis que la peur de ce que vont penser les autres caractérise la phobie sociale.

6. La dysmorphophobie

Ce trouble consiste en une préoccupation concernant un défaut imaginaire ou bien amplifié de l'apparence physique. L'individu peut être amené à redouter et éviter les contacts sociaux, ce qui peut être source d'un handicap majeur. Ce trouble doit être distingué de la phobie sociale bien que l'association des deux soit fréquente.

F. Evolution

La consommation de soins des patients phobiques sociaux est très faible. Le taux d'amélioration spontané étant très faible, le trouble évolue donc souvent vers la chronicisation.

La comorbidité augmente la demande d'aide des patients (37,8 % contre 5,4 %). Les complications surviennent dans deux tiers des cas. Les plus classiques sont par ordre de fréquence la dépression, l'alcoolisme et l'agoraphobie.

L'impact du trouble sur la qualité de vie est potentiellement majeur que ce soit dans les domaines professionnels sociaux ou affectifs.

V. Traitements

A. L'information du patient

Elle est une étape essentielle du traitement car beaucoup de patients ignorent ce dont ils souffrent. Elle doit être orale avant tout mais peut aussi se faire par l'intermédiaire de livrets d'information pour les patients ou d'ouvrages de type *self help*.

B. Thérapies cognitives et comportementales

1. Objectifs

Ils sont multiples :

- Réduction des symptômes

- Amélioration de l'adaptation, changement comportemental
- Traitements des problèmes interpersonnels
- Modification d'un trouble de la personnalité
- Développement personnel (assertivité, estime de soi)

2. Affirmation de soi

Les compétences sociales sont souvent déficientes chez les patients phobiques sociaux, que ce soit dans le domaine verbal (contenu du discours) ou non verbal (voix, gestuelle, contact oculaire). Un apprentissage adapté doit être proposé (en thérapie individuelle ou sous forme de groupe) associant différentes techniques : jeux de rôle, *modeling*, renforcement positif etc. L'entraînement aux compétences sociales n'est toutefois pas le traitement clé de la phobie sociale. Il se révèle complémentaire dans les phobies sociales chez qui l'on détecte un déficit assertif.

Peu d'études ont recherché par quel biais l'efficacité de cette technique se produisait. Certains mettent en doute le fait que l'effet sur les compétences sociales soit responsable de l'effet sur l'anxiété sociale. Les éléments actifs du traitement pourraient être en fait l'exposition dans les jeux de rôle, l'assignation de tâche à domicile, et l'amélioration des cognitions sociales irrationnelles.

3. Exposition

Reposant sur le principe du conditionnement anxieux et du maintien du trouble par l'évitement, l'exposition conduit à une réduction de l'anxiété à travers le mécanisme d'habituation. Lors de la confrontation à une situation redoutée, au bout d'un certain temps, l'anxiété finit par diminuer progressivement. L'exposition doit absolument être graduée, prolongée, répétée et fréquente pour permettre l'habituation. Les situations difficiles à reproduire en réalité peuvent l'être en imaginaire.

Dans les études contrôlées, l'exposition s'est montrée plus efficace qu'une liste d'attente ou qu'un placebo. Elle s'est également montrée aussi efficace que l'entraînement aux compétences sociales et la thérapie cognitive.

L'exposition reste l'élément clé de tous les programmes même si dans certains cas, son but n'est pas l'habituation mais la modification active des cognitions.

4. Restructuration cognitive

Elle consiste en l'identification des croyances et des pensées négatives et en leur modification. A partir de la mise en évidence de ces pensées dysfonctionnelles, le thérapeute va aider le patient à discuter les postulats et les croyances.

Selon certains auteurs, l'absence de restructuration cognitive pourrait expliquer certaines résistances au traitement.

Les études montrent une efficacité équivalente aux deux techniques précédentes et selon certains, des changements cognitifs équivalents seraient entraînés par l'exposition.

5. Combinaisons des techniques

Il a été logiquement proposé d'associer ces différentes techniques de base pour augmenter l'efficacité. C'est la combinaison exposition thérapie cognitive qui a été la plus étudiée et les résultats sont contradictoires. Sa supériorité n'est toujours pas prouvée par rapport à l'exposition seule.

Toutefois plusieurs modules intégrés de TCC ont été proposés et ces techniques sont systématiquement associées en pratique.

6. Thérapies de groupe

Le premier bénéfice de la thérapie de groupe par rapport au traitement individuel est la reconnaissance du trouble et la diminution du sentiment d'isolement entraînés par la rencontre avec d'autres patients.

L'exposition et l'entraînement aux compétences sociales par les jeux de rôle sont facilités grâce à certaines techniques comme le *modeling*, le *feed-back* et la restructuration cognitive. Enfin l'apprentissage vicariant, le soutien social et la dynamique du groupe sont encore des avantages par rapport au traitement individuel.

La thérapie de groupe, comme la thérapie individuelle, se révèle plus efficace qu'une thérapie de soutien dans plusieurs études mais aucune des deux approches n'a prouvé sa supériorité par rapport à l'autre.

C. Traitements pharmacologiques

1. Objectifs

Selon le groupe de consensus sur l'anxiété et la dépression, les buts du traitement médicamenteux dans la phobie sociale sont :

- Modification des affects et des cognitions menaçantes
- Réduction de l'anxiété anticipatoire
- Atténuation des comportements d'évitement
- Réduction des symptômes physiologiques liés à l'anxiété
- Amélioration du handicap et de la qualité de vie

2. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

Ce sont les produits actuellement recommandés par les groupes de consensus. En France, la paroxétine et la venlafaxine disposent de l'AMM dans l'indication trouble anxiété sociale.

Les essais contrôlés montrent la supériorité des ISRS par rapport au placebo (paroxétine, venlafaxine, fluvoxamine et sertraline) et une bonne tolérance.

Le traitement doit durer au moins trois mois en raison du risque élevé de rechute après une interruption trop précoce. Le taux de rechute apparaît réduit de façon conséquente après un an de traitement.

3. IMAO

Les IMAO irréversibles et non sélectifs ont été aux Etats-Unis les premiers traitements dont l'efficacité a été montrée au cours de plusieurs essais contrôlés contre placebo. Cependant, en raison des contre-indications et des effets secondaires pouvant survenir, cette classe ne trouve pas d'indication en France.

Les IMAO réversibles et spécifiques, par leur meilleure tolérance, apparaissent comme une alternative intéressante aux ISRS.

Le moclobémide, un inhibiteur réversible de la MAO-A a été étudié de façon contrôlée et les résultats restent à ce jour contradictoires.

4. Benzodiazépines

L'efficacité des benzodiazépines est prouvée mais la tendance actuelle est à limiter leur prescription en raison principalement de la dépendance entraînée mais aussi du phénomène de tolérance, principalement responsable du non maintien de l'effet thérapeutique au bout de quelques mois de traitement.

5. Bêta-bloquants

Ils sont utilisés dans l'anxiété de performance et pour réduire les manifestations somatiques de l'anxiété. Ils ne sont cependant pas efficaces dans la phobie sociale généralisée.

D. Conduite à tenir

En cas de forme grave, compte tenu du fait que les psychothérapies ne sont pas toujours accessibles, le traitement médicamenteux est préconisé en première intention.

Les complications sont classiquement traitées en premier notamment pour la dépression mais certains préconisent en cas d'alcoolisme l'initiation rapide du traitement de la phobie sociale dès le sevrage ou après quelques jours.

Concernant la comparaison entre TCC et pharmacothérapie, le peu d'études ne montrent pas de différences significatives.

La réponse thérapeutique est plus précoce avec les médicaments, tandis qu'avec les TCC, l'effet apparaît plus durable. L'association paraît donc logiquement optimale par rapport à un traitement seul mais sa supériorité n'a pas encore été prouvée faute de données sur le long terme.

DEUXIEME PARTIE :

Cas Clinique

I. Description du cas clinique

Mademoiselle B., sans aucun antécédent psychiatrique, consulte pour une anxiété sociale. Elle s'est adressée spontanément à un psychiatre qui l'a orientée en thérapie cognitive et comportementale.

A. Anamnèse

Agée de 28 ans, elle se sent très gênée au quotidien, que ce soit face aux commerçants ou pour prendre la parole en groupe dans son travail.

Cette anxiété se traduit physiquement par un tremblement des mains, une transpiration importante avec des sueurs chaudes, des troubles de l'élocution et des rougissements. Palpitations et oppressions thoraciques ne se manifestent que plus rarement et seulement en groupe.

La peur de rougir est vécue péniblement, que ce soit au travail ou face à des inconnus : « les autres voient que je rougis et pensent que je ne suis pas sûre de moi ».

Le jugement négatif d'autrui semble être la plus grande crainte de la patiente qui rumine volontiers à posteriori : « Les gens pensent des choses négatives sur moi ou que je suis faible et inférieure aux autres ».

Mademoiselle B. a toujours été timide depuis l'enfance. Elle se souvient avoir eu des difficultés à réciter en classe devant les autres et a même été consulter une psychologue pour des vomissements matinaux avant l'école. Ces vomissements ont disparu mais les efforts sont restés nécessaires en situation sociale.

Le collège et le lycée ont été pour elle une période de stress important. Elle se souvient d'insomnies et de ruminations importantes la veille de chaque épreuve orale ainsi que d'une tendance au perfectionnisme compensatoire dans son travail. Par contre mademoiselle B. a toujours possédé un réseau amical conséquent, ce qui ne l'empêchait pas de rougir ou de se sentir mal à l'aise face à des amis ou des proches.

La patiente a ensuite obtenu un BEP sanitaire et social et a travaillé un an à la Croix Rouge comme auxiliaire de puériculture. Les différents examens ont toujours été réussis malgré une forte anxiété à l'oral. Ses différents stages ont toujours débuté par une période d'appréhension à l'idée de rencontrer les équipes, cette phase ayant toujours été rapidement résolutive.

Elle est actuellement auxiliaire de puériculture depuis 8 ans et c'est dans ce domaine que les manifestations de son trouble se font les plus invalidantes.

En effet, mademoiselle B. aime énormément son travail, mais ne peut s'y investir comme elle le souhaiterait. Les réunions sont pour elle une source d'angoisse permanente, si bien que malgré ses 8 ans d'exercice, elle n'arrive toujours pas à dire ce qu'elle voudrait. Lorsqu'elle est sollicitée, elle dit perdre ses moyens, rougir, bafouiller et écourter volontairement son intervention au point de ne pas finir ses phrases. L'anxiété anticipatoire est devenue telle que récemment, elle s'est surprise à poser des jours de congé pour éviter ces fameuses réunions.

Mademoiselle B. éprouve également de grosses difficultés à faire face aux comportements séducteurs de certains de ses collègues qui la draguent ouvertement. Dans ces situations, son anxiété se traduit par un évitement du contact oculaire, un sourire maladroit l'amenant encore et toujours à écourter la discussion et à éviter ces collègues tant qu'elle le peut. Elle dit être

agacée par ses collègues sans pour autant arriver à leur faire comprendre. Elle pense même que sa réaction les encourage à continuer.

Cette difficulté à exprimer ses émotions négatives est d'ailleurs aussi problématique dans les autres domaines de sa vie puisque sa passivité systématique finit souvent par se transformer en agressivité lorsqu'elle ne peut plus contenir sa colère.

Mademoiselle B. vit en concubinage depuis deux ans et demi. Elle a rencontré son ami en vacances. Bien qu'elle ait rarement fait le premier pas, elle dit avoir toujours été plutôt à l'aise dans ses relations sentimentales.

Elle décrit ses deux parents comme timides, ne recherchant pas les contacts sociaux, recevant peu et sortant peu. Son père, couvreur semble être le plus timide avec une tendance à fuir les conflits. La mère, assistante maternelle semble plus affirmée, sans avoir pour autant des contacts sociaux plus nombreux. Le frère (21 ans) et la sœur (24 ans) de la patiente ne sont quant à eux pas sujets à la timidité.

La gêne de mademoiselle B. s'est aggravée depuis qu'elle s'est installée avec son ami il y a plus de deux ans. Les rougissements se font de plus en plus fréquents ainsi que les évitements. Elle ne présente pas de symptomatologie dépressive franche, pas d'agoraphobie ou d'autres troubles anxieux, et pas de consommation abusive d'alcool. Cette aggravation rendant sa vie trop difficile, elle a décidé de consulter en psychiatrie.

B. Evaluation

1. Diagnostic

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

Axe I : phobie sociale (trouble anxiété sociale), type généralisé : F40.1 [300.23].

Axe II : absence.

La patiente présente de nombreux symptômes caractéristiques de ce trouble selon les critères diagnostiques du DSM-IV :

- Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles elle est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposée à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Elle craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.
- L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une Attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.
- Elle reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.
- Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec anxiété et détresse.
- L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans les situations sociales redoutées, de façon importante, ses habitudes, ses activités professionnelles, ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui.
- Le sous-type est généralisé car les peurs concernent la plupart des situations sociales.

2. Questionnaires

- *Echelle d'anxiété sociale de Liebowitz (Liebowitz social anxiety scale : LSAS)*

14 items sur 24 sont cotés à 2/3 ou 3/3. Le score maximum d'anxiété et d'évitement étant obtenu pour quatre situations : Jouer, donner une représentation ou une conférence devant un public, être le centre d'attention, prendre la parole à une réunion et faire un compte rendu à un groupe.

- *Questionnaire des peurs de Marks et Mathews (Fear questionnaire)*

Le score aux items de phobie sociale est significatif. Maximum pour l'item « parler en public », et significatif pour 6 autres items : Entrer dans une pièce où d'autres sont déjà assis, être critiqué, se sentir désapprouvé, être ignoré, se sentir rejeté par les autres, et avoir l'air ridicule. Les scores aux items des autres phobies ne sont pas significatifs.

- *Echelle de Rathus (Rathus assertiveness schedule)*

Le score est normal mais on note une difficulté à exprimer les messages négatifs à autrui, notamment les critiques. Une tendance à la rumination des émotions négatives s'associe également chez la patiente à une tendance à exprimer ses émotions de façon brusque. La nette difficulté à s'exprimer en public est aussi retrouvée.

- *Questionnaire des pensées automatiques (Automatic thoughts questionnaire)*

Le score est bas mais la tendance à ruminer ses émotions négatives est également retrouvée.

- *Questionnaire d'autoévaluation STAI*

Forme Y-A : score = 2

Forme Y-B : score = 6

Absence d'anomalie

- *Questionnaire abrégé de Beck*

Score = 4

Absence d'anomalie

- *Echelle HAD*

Score anxiété = 7

Score dépression = 1

Absence d'anomalie

3. Taches d'autoévaluation à intervalles rapprochés

Des difficultés sont retrouvées dans les situations client/vendeur avec des cognitions du type : « je vais bafouiller » ou « ça va mal se passer ». Les situations de conversation sont également mal vécues : « je ne sais pas quoi dire », « on doit me trouver ennuyeuse ». Des cognitions négatives par rapport au rougissement sont aussi retrouvées, particulièrement quand elle est soumise à un regard masculin : « les gens voient que je ne suis pas sûre de moi ».

II. Analyse fonctionnelle

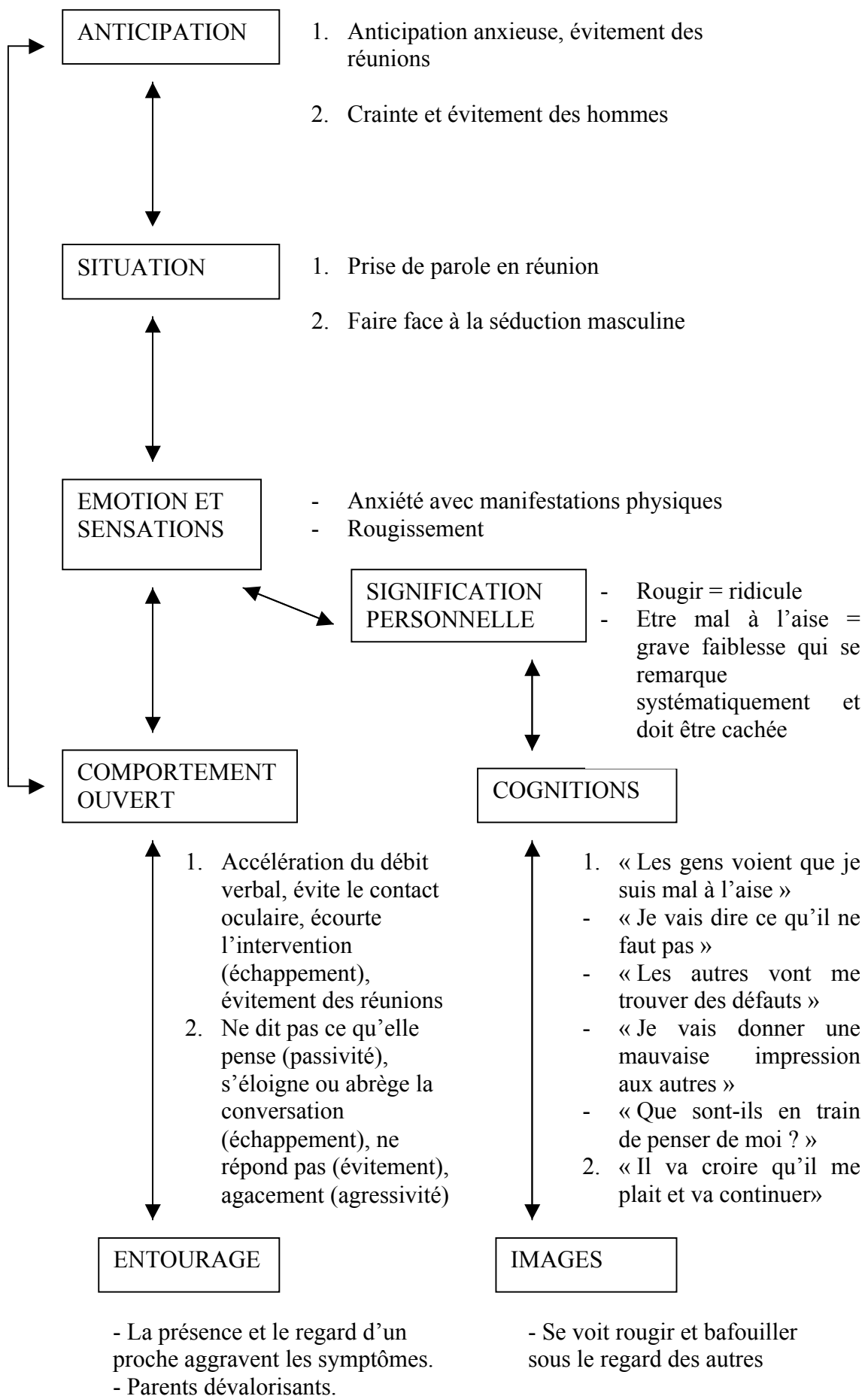
A. Selon la grille SECCA

1. Synchronie (Figure 2.)

2 situations sont détaillées dans la synchronie :

- **La prise de parole en réunion**, explorant particulièrement la problématique d'anxiété sociale.
- **Faire face à la séduction masculine**, explorant le manque d'assertivité de la patiente.

Figure 2. Analyse fonctionnelle synchronique selon la grille SECCA



2. Diachronie

a. Données structurales possibles

Données génétiques

- Père anxieux social et peu affirmé
- Mère timide

Personnalité de la patiente

Absence d'éléments orientant vers un trouble de la personnalité

b. Facteurs historiques de maintien

- Milieu familial évitant les relations sociales
- Ereutrophobie
- Pas de prise en charge de son anxiété sociale

c. Facteurs déclenchants initiaux invoqués

- Pas réel facteur déclenchant retrouvé

d. Evénements précipitant les troubles

- Départ du domicile parental pour vivre en concubinage avec son ami
- Travail impliquant des prises de parole en réunion

e. Autres problèmes : 0

f. Traitements antérieurs : 0

g. Traitements actuels : 0

B. Selon la grille BASIC IDEA

B ehavior : baisse la tête et les yeux, abrège et accélère les conversations

A ffect : anxiété

S ensations : rougissement, chaleur, sueurs, tremblements, tachycardie...

I maging : se voit rouge et bafouillante

C ognitions : « les gens me trouvent des défauts », « les gens vont penser que je ne vaud rien »

I nterpersonal : Les situations sont plus difficiles si un proche est présent

D rugs : Néant

E xpectation : bonne, la patiente veut se débarrasser de son anxiété

A ttitudes : attitude positive du thérapeute

C. Contrat thérapeutique

Melle B. voudrait se débarrasser de son anxiété sociale qui l'empêche de mener son activité professionnelle comme elle le voudrait et qui l'empêche souvent de dire ce qu'elle voudrait dans ses relations sociales. C'est la lecture d'un ouvrage à destination du grand public qui l'a orientée vers ce type de psychothérapie.

Elle présente un trouble anxiété sociale de type généralisé avec éreutrophobie et un manque d'assertivité certain.

Les deux principaux objectifs fixés en collaboration avec la patiente sont :

- Pouvoir dire ce qu'elle veut en réunion sans anxiété
- Tenir une conversation sans anxiété

Il est donc proposé à la patiente une prise en charge cognitive et comportementale d'une vingtaine de séances dont le déroulement sera le suivant :

1. Phase d'évaluation et d'information (3 séances)

- a. Evaluation diagnostique
- b. Analyse fonctionnelle
- c. Passation d'échelles
- d. Auto enregistrement
- e. Information sur la phobie sociale (angoisse, évitement, conditionnement)
- f. Information sur les principes du traitement

2. Phase de thérapie (13 séances)

- a. Techniques comportementales : relaxation, exposition *in vivo*, techniques d'affirmation de soi avec jeux de rôle et *modeling*
- b. Techniques cognitives : explication de la pathologie et du principe de conditionnement, restructuration cognitive avec travail sur le rougissement
- c. Prescription de tâches à domicile

3. Phase de suivi et de consolidation (3 séances)

- a. Bilan de la thérapie
- b. Vérification du maintien des résultats

III. DESCRIPTION DES SÉANCES DE THÉRAPIE

A. Phase d'évaluation et d'information : séance No 3

1. Analyse de l'auto enregistrement

Situation	Émotions	Pensées automatiques	Comportement
Réunion : l'équipe discute d'un enfant dont je m'occupe	Gène Angoisse Culpabilité	Je vais être ridicule On va me trouver incompétente	Pas d'intervention spontanée Réponse courte et fermée en cas de sollicitation
Déjeuner chez mes parents avec des amis de la famille	Anxiété Rougissement	Je ne sais pas quoi dire Ils vont me trouver inintéressante	J'évite le contact oculaire Je ne parle pas spontanément aux invités Je m'éclipse au moment du café
Hugues (collègue de travail) me dit que j'ai un joli sourire	Gène Rougissement Anxiété Irritation	Je suis faible Je suis ridicule Il m'énerve	Je souris Je baisse les yeux Je m'en vais

Ces situations sont très fréquentes d'après la patiente. Elle remarque d'ailleurs que les écrire et les décomposer de cette manière sur son carnet lui permet de mieux comprendre les mécanismes de son anxiété. Elle comprend également que bien que les situations soient

différentes, les mécanismes de survenue sont les mêmes, impliquant de manière permanente la peur du jugement négatif d'autrui.

2. Information, diagnostic et contrat thérapeutique

La compréhension des informations données sur la phobie sociale lors de la séance précédente est vérifiée :

La patiente a bien assimilé les données sur l'angoisse, avec notamment le rôle de l'hyperventilation dans l'apparition des manifestations physiques. Elle a utilisé le cd de relaxation fourni par mes soins tous les 2 jours pour une séance de relaxation complète.

Les principes du conditionnement et de l'évitement ont également été bien compris. Elle a réalisé que l'évitement des réunions de travail pouvait soulager son anxiété de façon temporaire mais que l'anxiété anticipatoire se faisait de plus en plus intense.

L'analyse fonctionnelle est réalisée avec la patiente pour deux situations particulièrement problématiques et permet d'enchaîner directement sur l'information par rapport aux différentes techniques de thérapie cognitive et comportementale.

Les techniques expliquées ce jour sont :

L'exposition et son rôle primordial dans la réduction de l'anxiété par habituation ainsi que la nécessité de la pratiquer de façon prolongée, répétée et progressive.

La restructuration cognitive dans le but de modifier les pensées automatiques de jugement négatif par autrui ainsi que celles associées au rougissement.

La nécessité d'un entraînement aux compétences sociales par l'apprentissage des outils pour une bonne communication et sa mise en pratique par les jeux de rôle.

Le contrat thérapeutique est établi en collaboration avec la patiente. Il lui sera demandé d'établir une liste d'objectifs qui sera hiérarchisée dans un second temps.

B. Phase de thérapie : séance No 7

1. Analyse de l'auto enregistrement

Situation	Émotions	Pensées automatiques	Comportement
Pense à la prochaine réunion qui s'annonce difficile	Anxiété anticipatoire	Je vais être ridicule Je ne vais pas être à la hauteur	Je pose un jour de congé pour éviter la réunion.
Son concubin rentre du travail avec un collègue et l'invite à boire un verre	Angoisse Rougissement	Il voit que je ne suis pas à l'aise Je vais bafouiller	Je me réfugie dans la salle de bain pendant ¼ d'heure puis je les rejoins. J'arrive à lui parler pendant vingt minutes, à garder le

			contact oculaire et l'anxiété diminue
Séance chez l'esthéticienne qui débute après ½ heure de retard	Mécontentement Colère	Je vais être en retard à mon RDV Si je dis quelque chose, je serai mal vue	Après avoir utilisé la technique de respiration pendant la séance, j'exprime mes sentiments négatifs au moment de payer avec l'affirmation de soi empathique. J'obtiens des excuses et une remise de 50%

Cette semaine a mal commencé selon la patiente avec un évitement de réunion. Mais elle dit avoir repris le dessus en utilisant les techniques d'affirmation de soi apprises lors des séances précédentes. Sur le plan non verbal, le contact oculaire est bien utilisé, tout comme les brèves marques d'intérêt et d'approbation. Sur le plan verbal, le travail en jeux de rôle sur l'expression des sentiments négatifs et sur l'affirmation de soi empathique de la semaine dernière a été judicieusement mis en pratique.

La patiente est renforcée positivement pour ses réussites.

2. Etablissement de la liste hiérarchique d'objectifs d'exposition

Objectifs comportementaux « <i>Je voudrais pouvoir réaliser sans anxiété</i> »	Anxiété/5
Parler en réunion (ou en public)	5
Parler devant quelques inconnus	5
Tenir une conversation avec un inconnu	4
Refuser un comportement séducteur non désiré	4
Demander à une collègue d'échanger ses horaires	3
Tenir une conversation avec des amis de ses parents ou de son concubin	3
Téléphoner en public	3
Parler avec ses collègues lors de la pause du changement d'équipe	3
Demander un renseignement à un inconnu	2
S'adresser elle-même à un vendeur	2
Laisser un message sur le répondeur d'un(e) ami(e)	2
Demander un renseignement par téléphone	1

Le travail d'exposition débuté à la Séance No 4 progresse également. La patiente a complété le premier objectif qui peut désormais être accompli sans anxiété. Le deuxième objectif est travaillé depuis deux semaines, elle laisse un message par jour sur le répondeur de ses amis et ce, avec ou sans motif. Non seulement l'anxiété a rapidement diminué dans cette situation, mais la patiente commence d'elle-même à généraliser l'exposition aux autres objectifs de

même difficulté. Elle parvient désormais à s'adresser à des vendeurs sans difficultés et a réussi à demander l'heure à des inconnus trois fois la semaine dernière.

Mademoiselle B. est renforcée positivement et il lui est rappelé de ne pas s'attaquer trop vite aux situations les plus anxiogènes ; l'exposition devant être progressive, ce dont elle est pleinement consciente.

3. Entraînement aux compétences sociales

Séance du jour : les demandes

Avant de travailler en jeu de rôle, les principes lui sont exposés :

- Savoir ce que l'on veut avant de demander
- La demande doit être précise et directe en insistant sur l'importance pour soi
- L'utilisation de l'empathie et de l'expression des sentiments négatifs est possible
- Ne pas se justifier dans la mesure du possible
- Utilisation possible de la technique du disque rayé

Le jeu de rôle portera sur une situation figurant au niveau 3 de la liste d'objectifs, demander à une collègue d'échanger ses horaires de travail pour une journée.

C. Phase de thérapie : Séance No 12

1. Analyse de l'auto enregistrement

Situation	Émotions	Pensées automatiques	Comportement
Réunion : un médecin remet en cause le travail de la patiente et de ses collègues avec un enfant (critique fausse)	Angoisse Rougisement Révolte	Je ne suis pas d'accord C'est une critique fausse Je dois intervenir Je vais bafouiller Je vais être ridicule	Après avoir utilisé la respiration pendant 2 minutes, j'interviens pour exprimer calmement mon désaccord. Le médecin se rétracte. Après la réunion, j'ai plusieurs retours positifs de mes collègues qui me remercient d'être intervenue et semblent étonnés.
Pause inter équipe au travail : une collègue me questionne sur	Rougisement Anxiété	Je vais bafouiller Elles vont me trouver inintéressante	Elles m'écoutent en me regardant. Je commence par parler

mes vacances devant trois autres collègues			trop vite et bafouiller un peu puis je me détends progressivement grâce à la respiration et je réussis à raconter mes vacances de manière satisfaisante.
Mon concubin rentre du travail avec deux de ses amis dont un que je ne connais pas : je me joins à eux pour discuter	Légère Anxiété Rougisement	Je ne vais pas savoir quoi dire Je vais paraître inintéressante Je vais bafouiller	La discussion se passe bien, je réussis à les regarder tous les deux en parlant et je leur pose même des questions
Au travail : je me retrouve seule dans le bureau central avec ma supérieure	Anxiété	Je ne sais pas quoi dire Je vais rougir Elle va me trouver inintéressante	Elle finit par me poser une question banale à laquelle je réponds de manière simple en rougissant et sans arriver à poursuivre la conversation.
Je vais chercher mon concubin au restaurant où il travaille : au moment où je rentre, les regards de ses collègues et des clients se posent sur moi.	Rougisement important Angoisse	Je dois paraître ridicule Tout le monde voit que je rougis	Je me détends avec la respiration puis j'avance vers certains collègues afin d'entamer une discussion qui dure trois minutes, jusqu'à ce que mon concubin arrive. Je suis à ce moment là plutôt détendue et j'arrive à leur dire au revoir en les regardant tous.

2. Exposition

Au niveau de l'exposition, Melle B. a maintenant validé tous les objectifs de niveau 2 et s'attaque depuis une semaine à l'objectif « parler avec ses collègues lors de la pause et du changement d'équipe ».

3. Restructuration cognitive

Depuis deux séances, un travail de restructuration cognitive a été débuté par rapport au rougisement.

Aujourd'hui la technique de la flèche descendante est appliquée à la quatrième situation et à sa pensée automatique correspondante :

- Si je m'adresse à ma supérieure je risque de rougir
- Et alors ?
- Elle va le voir
- Et alors ?
- Elle verra que je ne suis pas à l'aise
- Et alors ?
- Elle pensera que je suis une faible personne
- Et alors ?
- Elle aura une mauvaise opinion de moi
- Et alors ?
- Je serai indésirable au travail
- Et alors ?
- Je serai virée
- Et alors ?
- Je me retrouverai sans revenu
- Et alors ?
- Je ne pourrai subvenir à mes besoins
- Et alors ?
- Ma vie sera fichue

Il est ensuite demandé à la patiente d'établir un examen de l'évidence par écrit sur le postulat individualisé.

« Si je rougis, les gens vont mal me juger »	
Croyance avant : 80%	
Arguments pour	Arguments contre
On s'est déjà moqué de moi suite à un rougissement Etre mal à l'aise n'est pas valorisant	Se baser sur mon rougissement pour me juger est trop réducteur Moi-même, je n'apprécie pas moins les gens quand ils rougissent
Croyance après : 50%	

Les différentes distorsions cognitives fréquentes chez Melle B. lui seront définies et expliquées :

- L'inférence arbitraire qui consiste à tirer des conclusions sans preuves,
- L'abstraction sélective qui consiste à se fixer sur un détail en oubliant le reste,
- La généralisation qui consiste en l'extension d'un incident à toute situation,
- La magnification qui consiste valoriser les échecs

Ainsi que les autres, moins fréquentes chez elle :

- La minimalisation qui consiste à minimiser les succès,
- La personnalisation qui consiste en une auto-accusation excessive
- La dichotomisation qui consiste en un fonctionnement de « tout ou rien »

4. Entraînement aux compétences sociales

Le jeu de rôle porte aujourd'hui sur la conversation, dont les aspects théoriques ont été abordés la semaine dernière. En voici les points principaux :

- Pour engager la conversation, choisir un sujet le plus banal possible, facile à trouver, neutre, sans trop se révéler, qui ne gêne pas l'interlocuteur. Le thème peut être général (le temps par exemple) ou adapté au contexte (demande de renseignement ou de service par exemple). Préférer parler de soi dans un premier ce qui évite les indiscretions et choisir un sujet plutôt positif afin de donner une bonne image de soi.
- Pour poursuivre la conversation, poser des questions ouvertes plutôt que fermées, utiliser l'écoute active et ne pas hésiter à changer de sujet en cas de difficulté puis dans un deuxième temps, donner de l'information sur soi. Utiliser l'information de l'autre pour le relancer et si le sujet n'est pas connu, ne pas l'éviter mais poser des questions. Tout cela doit faciliter la recherche d'un centre d'intérêt commun.
- Pour clore la conversation, le principe est le même que celui d'une demande classique.

Le jeu de rôle portera sur la situation « tenir une conversation avec un inconnu » figurant au niveau 10 de la liste d'objectif.

IV. Bilan de thérapie

Le jour de la dix-septième séance, comme prévu dans le contrat thérapeutique, un bilan de la thérapie s'impose.

En ce qui concerne les deux objectifs initiaux qui étaient de pouvoir dire ce qu'elle veut en réunion sans anxiété et de pouvoir tenir une conversation sans anxiété, ils sont maintenant réalisés par Melle B. et les conduites d'évitement ont disparues. Cependant, l'anxiété, bien que diminuée, est toujours présente et particulièrement dans sa composante anticipatoire. Les 12 objectifs d'exposition n'ont d'ailleurs pas tous été réalisés rendant nécessaire l'ajout de quelques séances de thérapie supplémentaires avant la phase de consolidation. En effet, deux situations posent toujours problème à Melle B. par la non diminution suffisante de l'anxiété en rapport : tenir une conversation à un inconnu et refuser un comportement séducteur non désiré. Ce phénomène peut être expliqué par la difficulté à s'y exposer de façon fréquente et répétée.

L'entraînement aux compétences sociales a fourni à Melle B. les outils nécessaires qui lui faisaient défaut, ce qui a facilité d'autant plus son exposition. Elle a compris l'importance de ces techniques, particulièrement la révélation sur soi qu'elle évitait systématiquement avant la thérapie et dont elle constate chaque jour les bénéfices dans ses relations sociales. Elle remarque ainsi que ses demandes sont plus efficaces, que ce soit au travail pour échanger des horaires avec une collègue ou pour organiser des soirées entre amis. Elle sait désormais également mieux faire face aux critiques sans se remettre en question de façon globale et accepte les compliments vrais sans difficulté.

Les rougissements n'ont pas disparus mais ne gênent plus la patiente dans ses prestations sociales comme auparavant. Le travail cognitif paraît avoir été particulièrement bénéfique en plus de l'exposition dans ce cas de figure. Melle B. prend d'ailleurs de plus en plus conscience de ses pensées automatiques inadaptées et de leur rôle dans la survenue de l'anxiété.

Melle B. intervient désormais systématiquement lors des réunions de travail et parvient à dire ce qu'elle veut avec une légère anxiété anticipatoire qui semble de moins en moins importante au fil des semaines. Elle converse désormais avec des gens qu'elle connaît peu, en gardant une composante non verbale efficace et arrive même souvent à manier la conversation à sa guise.

Le questionnaire des peurs et l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz lui ayant été à nouveau confiés lors de la séance précédente, il est temps de comparer les résultats avec ceux de l'entretien initial :

V. Conclusion

Melle B. présente avant la thérapie une phobie sociale généralisée associée à une éreutophobie sans autres troubles associés. Le retentissement social et professionnel est important si bien qu'elle décide d'entreprendre une thérapie cognitive et comportementale.

La thérapie débute par une phase diagnostique et d'information et se poursuit par des techniques comportementales (relaxation, entraînement aux compétences sociales, exposition) et cognitives (restructuration cognitive). Le désir de changement de Melle B. étant suffisant pour induire une motivation importante de sa part, elle participe activement à la thérapie. Le phénomène de généralisation se manifeste donc rapidement permettant à la patiente de réaliser des objectifs lui paraissant impossibles en début de thérapie.

L'évolution favorable des symptômes se traduit par les différentes mesures effectuées (questionnaires, auto enregistrement, liste hiérarchique) mais la phase de thérapie devra être rallongée de quelques séances en raison de quelques objectifs non encore validés à la dix-septième séance. Les résultats ne pouvant être véritablement acquis qu'après un suivi de plusieurs mois, une phase de suivi et de consolidation devra ensuite être entreprise.

TROISIEME PARTIE :

Bibliographie

1. Dominique Servant
Soigner les phobies sociales
Masson, 2002
2. Auteurs
Actualités sur la Phobie Sociale (Trouble Anxiété Sociale)
Wyeth, 2004
3. Antony MM.
Assessment and treatment of social phobia.
Can J Psychiatry. 1997 Oct;42(8):826-34. Review.
4. Zaider TI, Heimberg RG.
Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder.
Acta Psychiatr Scand Suppl. 2003;(417):72-84. Review.
5. Davidson JR, Foa EB, Huppert JD, Keefe FJ, Franklin ME, Compton JS, Zhao N, Connor KM, Lynch TR, Gadde KM.
Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia.
Arch Gen Psychiatry. 2004 Oct;61(10):1005-13.
6. Deacon BJ, Abramowitz JS.
Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings.
J Clin Psychol. 2004 Apr;60(4):429-41.