

## Approche cognitivo-comportementale à La phobie sociale

### المقاربة السلوكية المعرفية للرهاب الاجتماعي

Doctorante. Linda Matri ,Université SETIF-2-, Algérie.

Dr .Hacène Sekhsoukh, Université d'Oum El Bouaghi, Algérie.

drhassansekhsoukh@gmail.com

تاريخ التسليم: (2018/04/05)، تاريخ التقييم: (2018/04/30)، تاريخ

القبول: (2018/05/06)

#### Abstract :

The social phobia appears during adolescence. It is often preceded by an inhibition in childhood. Its evolution is chronic and is marked of an important frequency of comorbidities: others turbid anxious, depression like very important professional repercussion. At the clinical level, the social phobia, or social anxiety, is characterized by a persistent fear of situations of social interaction where the subject is exposed to the attention and others. It then fears to be judged, humiliated, rejected. The shame of their disorder, their inhibition, the certainty to be the only ones to suffer or that nothing will be able to relieve them, leads the patients to be insulated with their pathology and not to consult. The therapeutic assumption of responsibility of the social phobia turns around the cognitivo-behavioral therapies, of the inhibiting antidepressants of recaptures serotonin which showed their interest in the treatment of the social phobia. Behavioral and cognitive psychotherapy largely proved its effectiveness in the assumption of responsibility of these patients. It makes it possible to help the social phobic patient to confront themselves with its anxiety and to exceed it. Various strategies, are usable: training with the social skills, techniques of exposure cognitive reorganization and relieving. The therapist holds to with it a main function, that to support, encourage and guide the phobic social one towards the cure.

**Keywords:** Cognitivo-behavioral, Approach, Social phobia.

#### ملخص :

الرهاب الاجتماعي يظهر خلال مرحلة المراهقة، وغالبا ما يسبقه تثبيط في مرحلة الطفولة، تطوره مزمن ويتسم بتواتر هام من مجموعة اضطرابات مصاحبة، من قبيل اضطرابات القلق الأخرى، والاكتئاب، فضلا عن تأثير الأداء المهنية الهامي بشكل معتبر، من الناحية العيادية يتميز الرهاب الاجتماعي، أو القلق الاجتماعي بالخوف المستمر من وضعيات التفاعل الاجتماعي، حيث يتعرض الفرد لاهتمام الآخرين وأنظارهم، حيث يخشى من أحكامهم عليه ومواقف الإذلال أو الرفض، وهو ما يترتب عنه الشعور بالخزي مما يعانونه من اضطراب، واعتقادهم أنهم الوحيدين الذين يعانون منه، ولا أحد بإمكانهم تخليصهم منه، ويؤدي بهم الاضطراب إلى العزلة أنفسهم، عن الآخرين، يتمحور التكفل بالرهاب الاجتماعي حول العلاج المعرفي السلوكي، مضادات الاكتئاب مثبطات امتصاص السيروتونين التي أظهرت قدرة لا بأس بها في علاج الرهاب الاجتماعي، كما أثبت العلاج النفسي السلوكي والمعرفي فعاليته إلى حد كبير في التكفل بهذا النوع من المرضى، فهو يساعد مريض الرهاب الاجتماعي على اكتساب القدرة على مواجهة القلق والتغلب عليه. إضافة إلى ذلك، يمكن استخدام استراتيجيات علاجية أخرى متنوعة مثل التدريب على المهارات الاجتماعية والتعرض وإعادة البناء المعرفي والاسترخاء وغيرها من طرق وأساليب وفتيات العلاج المعرفي السلوكي.

الكلمات المفتاحية: مقاربة، السلوكية المعرفية، لرهاب الاجتماعي.

**Introduction :**

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) s'est avérée efficace pour une grande variété de troubles mentaux, y compris les troubles anxieux et l'anxiété sociale en particulier. La TCC a également été associée à des améliorations de la qualité de vie chez les patients phobiques. La TCC est généralement conceptualisée comme suit: un traitement à court terme axé sur les compétences visant à modifier les réactions émotionnelles inadaptées en modifiant les pensées, les comportements ou les deux à la fois. Les origines de la TCC remontent en partie aux théories des premiers chercheurs tels que B. F. Skinner et Joseph Wolpe, qui ont été les pionniers du mouvement de thérapie comportementale dans les années 1950. La thérapie comportementale suppose que les changements de comportement entraînent des changements dans les émotions et les cognitions, comme les évaluations. Depuis son introduction, la thérapie comportementale a évolué pour inclure la psychothérapie cognitive, initiée par les premiers travaux de psychologues tels que Albert Ellis et Aaron T. Beck. La thérapie cognitive se concentre sur le changement des cognitions, qui est proposé pour changer les émotions et les comportements. Par la suite, les termes thérapie cognitive, thérapie comportementale et thérapie cognitivo-comportementale ont émergé. Aux fins de la parcimonie et pour faciliter la discussion de cet ensemble divers de traitements, nous regroupons dans cet article les thérapies cognitives et comportementales sous le terme générique «TCC» tout en reconnaissant que l'importance relative des techniques cognitives et comportementales varie selon les programmes de traitement.

Au fil des ans, un grand nombre de protocoles divers ont été créés pour fournir la TCC aux patients souffrant de, trouble d'anxiété généralisée (AD G), trouble obsessionnel-compulsif (TOC), et trouble panique (PD), phobies, ainsi que le trouble d'anxiété sociale.

**1- Historique :**

L'anxiété est apparue comme un problème central et prédominant ; thème de la vie moderne au XXe siècle, que l'auteur français Albert Camus a appelé "Le siècle de la peur" (mai 1950/1977). The Age of Anxiety était le titre de Leonard Bernstein Deuxième Symphonie et une œuvre poétique de W. H. Auden (Mai 1950/1977). Inspiré par la musique de Bernstein et Le poème d'Auden, Jérôme Robbins a chorégraphié un contemporain ballet, dont il a également intitulé l'âge d'Anxiété (Mason, 1954). L'impact significatif de l'anxiété dans la littérature, la musique, l'art et la religion, ainsi que la psychanalyse, la psychiatrie et la psychologie, était décrit par Rollo May (1950/1977) dans son livre classique, The Meaning of Anxiety. Peut aussi documenter préoccupation de l'anxiété dans le philosophique travail de Pascal, Nietzsche, Schopenhauer, et surtout Kierkegaard et Spinoza, qui considéraient la peur être un état d'esprit caractérisé par l'attente que quelque chose de douloureux ou désagréable pourrait arriver.

Bien que l'influence envahissante de l'anxiété sur le comportement humain ne fût généralement pas reconnue le 20<sup>ème</sup> siècle, les préoccupations de la peur sont aussi vieilles que l'histoire de l'humanité. Le concept de la peur était clairement représenté dans les anciens hiéroglyphes égyptiens, l'Ancien Testament, et dans la littérature grecque et romaine (Mai 1950/1977). L'importance de la peur était clairement reconnue par Charles Darwin (1872/1965), qui considérait cette émotion comme une caractéristique inhérente qui avait évolué chez les humains et les animaux ; c'est une réponse adaptative sur d'innombrables générations. Les manifestations observables de la peur comprenaient: des palpitations rapides du cœur, tremblement, transpiration accrue, changements dans la qualité de la voix, l'érection des cheveux, et expression faciale particulière. Compatible avec les définitions contemporaines de l'anxiété, Darwin a observé que l'intensité de la peur varie d'une légère appréhension ou surprise, à une extrême «agonie de la terreur». (ANDERSON, 2004, p59)

Les premières descriptions du concept d'anxiété sociale sont apparues à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. On parlait alors d'éreutophobie, de timidité pathologique... Le concept même de phobie sociale n'est défini que depuis peu de temps.

L'éreutophobie a été décrite de manière détaillée pour la première fois en 1846 : observation d'un patient souffrant de phobie sociale sévère par J.Ludwig CASPER à Berlin qui avait présenté avant l'âge de 10 ans, des troubles du comportement de types obsessionnels. Cet élève brillant et consciencieux a présenté ses premiers rougissements vers l'âge de 13 ans, après le décès de ses parents et suite aux taquineries de ses camarades au sujet d'une « amourette ».

Dès lors, il ne fut plus préoccupé que par le fait de rougir, d'abord lors de l'évocation des relations amoureuses, mais progressivement par toutes les circonstances relationnelles génératrices d'anxiété (rencontres de connaissances dans la rue, sorties en société,...). Cet état a fini par conduire le patient vers un syndrome dépressif sévère l'ayant poussé au suicide. A la même époque, E. CLAPAREDE, psychologue suisse, fait une description clinique très riche de l'éreutophobie, proche de celle actuelle des phobies sociales. A noter dans sa description, une évocation de la prise d'alcool pour «noyer sa coloration morbide par celle de l'éthylisme»...

Le concept de timidité a plus souvent été utilisé en tant que synonyme d'anxiété sociale. Selon P. HARTENBERG, une personne timide est une personne éprouvant une émotion qui se compose elle-même en peur et honte. Cette émotion est toujours liée à une situation particulière (facteur déclenchant), en l'occurrence, la présence d'autrui. D'autres concepts ont été apportés par les psychanalystes : FREUD et l'inhibition, le Japonais MORITA et la peur des contacts sociaux (syndrome de tai-Jin kyôfu) (cité par T. TAKAHASHI). En 1903, P. JANET a pour la première fois proposée une classification des phobies en se basant sur l'objet origine de la phobie.

**Tableau : Historique du concept de phobie sociale PELISSOLO Antoine.**

<b>Phobies systématisées</b>	<b>Corporelles</b>	<b>Douleurs</b>
		<b>Fonctions</b>
	<b>D'objets</b>	
	<b>Situationnelles</b>	<b>Situations physiques</b>
		<b>Situations sociales (phobie sociale)</b>
<b>D'idées</b>		
<b>Phobies généralisées</b>	<b>Anxiété physiologique</b>	
	<b>Anxiété psychique</b>	

P. JANET classe ici la phobie sociale ou phobie de la société dans les phobies systématisées, et plus précisément dans les phobies situationnelles. Il faudra attendre 60 ans pour retrouver le concept de phobie sociale avec MARKS qui proposa, dès 1966, une nouvelle classification des phobies sociales.

Finalement, c'est en 1980 que la phobie sociale sera catégorisée de façon spécifique par le DSM III (Diagnostic and Statistical Manuel) avec différenciation de l'agoraphobie, des phobies simples et de la phobie sociale. Le DSM IV apportera quelques précisions sur les critères diagnostiques ainsi que sur les perturbations psychiatriques. Le critère de la durée de six mois, qui était limitée aux personnes de moins de 18 ans dans le DSM-IV, est maintenant élargi dans le DSM-V à tous les âges afin de minimiser le sur diagnostic de peurs passagères. (ACHOUR, 2014. p1-5)

**2- Définition :**

Les phobies font partie des multiples moyens de fortune utilisés pour sauver le Moi-pulsion des contraintes que font peser sur lui son insatiable envie d'exister envers et contre tout.

La projection de l'excès pulsionnel peut se diversifier ensuite sur une multiplicité d'objets ou de situations qui resteront des résidus phobiques plus ou moins irréductibles dans le psychisme de chacun. Le problème devient plus crucial lorsqu'il envahit complètement le psychisme au point de provoquer des amputations incompatibles avec une vie normale.

Certaines phobies peuvent être décryptées à partir de ce que Freud nommait l'hystérie d'angoisse vis-à-vis de l'émergence de la sexualité infantile et du conflit œdipien mais, la plupart du temps, les phobies apparaissent plutôt comme des projections d'angoisse liées à l'instabilité d'un psychisme qui n'a pas pu aborder réellement les aléas du conflit œdipien et se situent plutôt dans le registre des états

limites que dans celui des névroses, tels que les problèmes de séparation évoqués par Serge Lebovici. (BERGERET, 2008, p181)

Les troubles anxieux comprennent les troubles qui partagent des caractéristiques de peur et d'anxiété excessives et les troubles du comportement connexes. La peur est la réponse émotionnelle à la réalité ou perçue menace imminente, tandis que l'anxiété est l'anticipation de la menace future. De toute évidence, ces deux états se chevauchent, mais ils diffèrent également, avec la peur plus souvent associée à des poussées de excitation nécessaire pour combattre ou fuir, pensées de danger immédiat, et évasion les comportements, et l'anxiété plus souvent associée à la tension musculaire et la vigilance en préparation pour les dangers futurs et les comportements de prudence ou d'évitement. Parfois, le niveau de peur ou l'anxiété est réduite par des comportements d'évitement omniprésents. Les attaques de panique occupent une place prépondérante dans les troubles anxieux comme un type particulier de réponse de la peur. Les attaques de panique ne sont pas limitées aux troubles anxieux, mais peut également être vu dans d'autres troubles mentaux.

Les troubles anxieux diffèrent les uns des autres par les types d'objets ou de situations induire la peur, l'anxiété ou le comportement d'évitement et l'idéation cognitive associée. Ainsi, alors que les troubles anxieux ont tendance à être très perturbés entre eux, ils peuvent être différenciés en examinant de près les types de situations que l'on craint ou évite et le contenu des pensées ou des croyances associées.

Les troubles anxieux diffèrent de la peur normative du développement ou de l'anxiété en étant excessifs ou persistant au-delà des périodes de développement appropriées. Ils diffèrent de la peur ou l'anxiété transitoire, souvent induite par le stress, en étant persistante, bien que le critère de durée soit conçu comme un guide général avec pour un certain degré de flexibilité et est parfois de plus courte durée chez les enfants au trouble anxieux et mutisme sélectif). Depuis ; les personnes souffrant de troubles anxieux typiquement surestiment le danger dans les situations qu'ils craignent ou évitent, la détermination primaire de savoir si la peur ou l'anxiété est excessive ou disproportionnée par le clinicien, prendre en compte les facteurs contextuels culturels. Beaucoup de troubles anxieux se développent à l'enfance et ont tendance à persister si elles ne sont pas traitées. La plupart se produisent plus fréquemment chez les filles et les garçons à la fois. Chaque trouble anxieux est diagnostiqué uniquement lorsque les symptômes ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance, d'un médicament ou à un autre état de santé ou ne sont pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

Dans le trouble d'anxiété sociale (phobie sociale), l'individu est craintif ou anxieux à certains propos ou évite les interactions sociales et les situations qui impliquent la possibilité d'être scrutés. Ceux-ci comprennent des interactions sociales telles que la rencontre avec des personnes inconnues, des situations dans lesquelles l'individu peut être observé en train de manger ou de boire, et les

situations dans lesquelles l'individu joue devant les autres. L'idéation cognitive est d'être évaluée négativement par les autres, en étant embarrassé, humilié ou rejeté. (DSM-V, 2013, p189-190)

Qu'est-ce donc au juste qu'une phobie sociale ? Tous les auteurs s'accordent sur la définition suivante : C'est une peur persistante d'une ou plusieurs situations dans lesquelles le sujet est exposé à l'attention et au regard d'autrui. La phobie sociale est rangée par le DSM-IV dans la catégorie des troubles anxieux.

Selon Thérèse Lemperière – qui inaugure par un éditorial la monographie, parue en 2002, à laquelle ont participé les spécialistes de cette question – la phobie sociale « trouble anxieux... longtemps négligé, quoique décrit en 1856 par Casper à partir de l'auto-observation d'un éreutrophobe, a été dénommée comme telle par Pierre Janet en 1903. Il lui revient d'avoir inventé (le concept de phobie sociale) mais, ajoute T. Lemperière, (il a fallu attendre trois quarts de siècle et les travaux des comportementalistes pour que ce concept réémerge et que le trouble phobie sociale soit introduit dans la nosographie psychiatrique). À lire une telle phrase, on se demande par quelle alchimie la phobie sociale, d'avoir été conceptualisée, s'est métamorphosée en (trouble phobie sociale). Là-dessus, l'Introduction du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, le DSM-IV, est significative d'un certain embarras : Le problème soulevé par le terme trouble "mental" est clair mais sa solution est difficile. Et, peut-on lire plus loin : « Il faut reconnaître qu'aucune définition ne spécifie de façon adéquate les limites précises du concept de "trouble mental". » Ce trouble est-il tel qu'il vienne brouiller notre propre compréhension ? Essayons de nous orienter dans cette obscure clarté qui tombe des étoiles de la psychiatrie outre-Atlantique. (MERLET, 2004)

### **3- Clinique et évolution des troubles anxieux :**

#### **3.1- Epidémiologie :**

Les troubles anxieux sont deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes et apparaissent généralement entre quinze et trente ans

#### **3.2- Nosographie selon le DSM IV et la CIM 10 :**

La nosographie, en psychiatrie a connu son plein essor au courant du XX e siècle, au gré des écoles de psychopathologie. Dans la seconde moitié du siècle est apparu un constat: il était devenu impossible de comparer les données issues de pays différents, voire d'établissements différents au sein d'un même pays, tant les définitions des maladies et leurs critères diagnostiques étaient différents. De ce constat est née la nécessité d'uniformiser la nosographie sur le plan international. La nosographie actuelle se veut indépendante des écoles, et repose sur une définition des troubles par listes de critères cliniques.

Deux classifications sont actuellement utilisées:

- Le Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM), qui en est à sa Ve édition. On parle couramment du DSM-V.

- La Classification Internationale des Maladies, 10e éditions (CIM 10)

Les troubles anxieux, dans la classification DSM-V, regroupent plusieurs maladies ;

- Trouble panique avec ou sans agoraphobie.
- Agoraphobie sans antécédent de trouble panique.
- Phobie spécifique (ou phobie simple).
- Phobie sociale.
- Trouble obsessionnel compulsif (T-O-C).
- Etat de stress post traumatique (E-S-P-T).
- Etat de stress aigu.
- Anxiété généralisée.
- Trouble anxieux Dû à une affection médicale générale, Induit par une substance, Non spécifié.

### **3.3- Critères diagnostiques classiques:**

Chaque trouble anxieux correspond à des critères diagnostiques ;

*Attaque de panique:* une période bien délimitée de crainte ou de malaise intense dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes (palpitations, transpiration, tremblements, impressions d'étouffement, sensation d'étranglement, douleur thoracique, nausée, sensation de vertige, dépersonnalisation, peur de perdre le contrôle de soi, peur de mourir, paresthésies, frissons ou bouffées de chaleur)

*Agoraphobie:* anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper en cas d'attaque de panique

*Phobie spécifique:* peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique

*Phobie sociale:* 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.

*T.O.C:* existence soit d'obsessions (pensées persistantes qui ne sont pas simplement des préoccupations excessives mais proviennent de sa propre activité mentale, le sujet fait des efforts pour les ignorer) soit de compulsions (comportements répétitifs ou actes mentaux destinés à neutraliser le sentiment de détresse)

*E.S.P.T:* la réaction du sujet à l'événement déclencheur s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance.

*Anxiété généralisée:* anxiété et soucis excessifs survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités. L'anxiété et les soucis sont associés à au moins trois des symptômes suivant (agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil). (REGNIER, 2014, p26-28)

La phobie sociale est un trouble anxieux caractérisé par une peur extrême et durable de certaines situations d'interaction sociale ou de situations de performance. Cette peur est liée au contact avec des personnes non familières ou au regard d'autrui et s'accompagne de vives manifestations physiologiques. Le sujet redoute, dans ces situations, de manifester des signes visibles de son malaise. La peur est telle qu'elle peut provoquer un évitement systématique des situations anxiogènes ou, lorsque le patient parvient à les affronter, une détresse intense. Elle peut concerner quelques situations sociales spécifiques mais lorsqu'elle est éprouvée au moindre contact social, on parle de phobie sociale généralisée.

L'exposition consiste à amener le patient, dans un cadre thérapeutique défini, à se confronter progressivement aux situations sociales qu'il redoute (comme être observé pendant une activité par exemple). Il s'agit précisément de l'exposer graduellement à ses manifestations physiques et émotionnelles et de provoquer, par le déclenchement répété et progressif de celles-ci, une habitude et une désensibilisation. Parce qu'elle entraîne une atténuation progressive de l'anxiété, l'exposition permet au patient de reprendre un certain contrôle sur celle-ci et surtout d'affronter les situations évitées.

La restructuration cognitive est une technique visant à modifier certaines croyances irrationnelles, dont la principale caractéristique est, chez les phobiques sociaux, la surestimation du caractère évaluatif de toute interaction. Ces croyances se manifestent par des pensées automatiques anxiogènes et inhibitrices qui se mettent en place en situation sociale et qui participent au maintien du trouble. Elles sont accessibles au thérapeute par l'intermédiaire du récit du discours intérieur du sujet. La restructuration cognitive consiste, après avoir aidé le patient à prendre conscience de ses pensées automatiques, à l'amener à les remettre en question et à les modifier.

L'affirmation de soi consiste, par la pratique de jeux de rôle, dans l'apprentissage comportemental d'habiletés sociales qui font parfois défaut chez les phobiques sociaux. Elle permet de développer ou d'améliorer les compétences sociales du patient dans des situations spécifiques (demander, refuser, engager une conversation par exemple). Même si la part d'efficacité respective de ces trois techniques réputées actives est encore discutée, elle semble toutefois incontestable pour l'exposition. Des travaux récents insistent notamment sur la place centrale de l'exposition, et en particulier de l'exposition aux émotions dans le traitement des troubles anxieux et, plus généralement, des troubles émotionnels. (CAMART, 2006, p1012-1013)

La TCC est une méthode thérapeutique efficace parce qu'elle :

- Est structurée.
- Est axée sur la résolution de problèmes et orientée vers un but.
- Enseigne des stratégies et permet de développer des habiletés qui ont fait leurs preuves.

- Met l'accent sur l'importance d'établir une relation saine axée sur la collaboration entre le thérapeute et le client. (RECTOR, 2010, p5)

#### 4- Caractéristiques cliniques :

Dans une étude sur Les phobies sociales en psychiatrie menée par A. Péliolo et al. On constaté que l'âge moyen d'apparition de la phobie sociale est de  $23,3 \pm 10,7$  ans. Au moment de la consultation, la durée d'évolution de la maladie est en moyenne de  $12,5 \pm 10,2$  ans, avec un premier diagnostic de phobie sociale porté en moyenne à  $28,2 \pm 9,6$  ans. Le nombre de médecins consultés pour des symptômes imputables à la phobie sociale est en moyenne de 1,86. L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz indique les scores moyens suivants :

- score de peur :  $40,3 \pm 12,6$  (situations de performance  $22,1 \pm 6,5$  et situations d'interaction  $18,2 \pm 6,5$ ) ;

- score d'évitement :  $38,3 \pm 13,6$  (situations de performance  $20,5 \pm 7,6$  et situations d'interaction  $17,7 \pm 6,9$ ).

Ces résultats reflètent un niveau d'intensité symptomatique élevé, puisque le total des deux scores peur et évitement atteint 78,6 en moyenne (un seuil de 50 pour définir une phobie sociale est généralement admis), qui concerne aussi bien l'anxiété que les conduites d'évitement, et cela dans les deux types de situations évaluées : performances et interactions sociales.

En se basant sur le questionnaire sur les contextes sociaux anxiogènes d'André et Légeron, on constate que 67,8 % des patients présentent une phobie généralisée, c'est-à-dire que leur anxiété dans au moins trois des quatre types de situations est forte ou extrême. On observe une anxiété forte dans les situations de performance telle que la prise de parole dans un groupe ou face à un public (score moyen =  $2,41 \pm 0,7$ ), dans les situations d'affirmation telles que faire valoir son point de vue (score moyen =  $1,90 \pm 0,8$ ) et dans les situations d'observation telles qu'être le point de mire des regards (score moyen =  $2,04 \pm 0,8$ ). En revanche, l'anxiété provoquée par les situations d'intimité telles qu'avoir des discussions approfondies avec des proches est évaluée par les patients à un niveau moindre, c'est-à-dire intermédiaire entre léger et fort (score moyen =  $1,5 \pm 0,8$ ).

Les scores moyens de l'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale* de Zigmond et Snaith (20) qui permet de dépister et d'évaluer les manifestations les plus communes des troubles anxieux et dépressifs). sont de  $13,9 \pm 3,8$  pour l'anxiété, et de  $9,1 \pm 4,5$  pour la dépression, ce qui reflète des niveaux élevés de symptomatologie anxieuse et moyens de symptomatologie dépressive. (A. Péliolo et al, 2006, p 109)

Les TCC s'intéressent principalement aux mécanismes d'acquisition et d'apprentissage des comportements normaux et pathologiques et aux processus conscients ou inconscients de traitement de l'information. Une de leurs indications privilégiées est les troubles phobiques, l'agoraphobie et les T.O.C. L'objectif est de modifier, selon le principe de conditionnement, les pensées et le comportement du

patient qui entretiennent le trouble anxieux. Elle a pour but d'apprendre au patient une nouvelle séquence de comportement. Elles sont centrées sur la gestion du problème actuel et futur. Ces thérapies ont pour but d'accroître les possibilités d'autogestion du patient: elles apprennent au patient des stratégies utilisables de façon autonome dans une large variété de situations ;

- Mise en œuvre d'un programme de traitement: autorégulation du comportement et auto observation

- Evaluation des résultats du traitement: suivi d'au moins un an après la fin du traitement

- Le traitement comprend une vingtaine de séances réparties en douze à seize semaines

- Les techniques utilisées en TCC diffèrent selon le trouble à prendre en charge:

- La thérapie d'exposition (exposition progressive au stimulus phobogène) est indiquée dans le trouble panique, l'anxiété sociale et la phobie spécifique.

- La thérapie d'affirmation de soi dans l'anxiété sociale.

- La relaxation ainsi que la régulation ventilatoire dans le trouble panique. Elles peuvent être utilisées en association avec les psychotropes mais cette association n'est pas indiquée en première intention

- Les TCC ont un effet thérapeutique durable au delà du traitement médicamenteux.

- Les courtes TCC sont aussi efficaces que les longues thérapies en soins primaires.

Dans les troubles paniques, la combinaison des TCC avec des anxiolytiques délivrés par un psychiatre répond mieux que le traitement pharmacologique seul. En vieillissant, l'anxiété ne disparaît pas, bien au contraire. Les TCC sont souvent aussi efficaces chez les personnes âgées que chez l'adulte jeune et permettent d'éviter d'accroître la poly médication déjà présente.

Aux Pays-Bas une étude a évalué des guides thérapeutiques destinés à développer l'utilisation des techniques simples de TCC en soins primaires. Les TCC simplifiées dirigées par le médecin généraliste dans le cadre du traitement des troubles anxieux est aussi efficace qu'une thérapie réalisée par un thérapeute formé aux TCC. Un rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.), publié en 2004 a évalué l'efficacité de 3 types d'approches psychothérapeutiques: l'approche psycho-dynamique, l'approche cognitivo-comportementale et la thérapie familiale et de couple. Selon ce rapport les TCC sont les méthodes les plus efficaces dans les 15 syndromes psychiatriques (dont les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, la schizophrénie) sur 16 évalués. (REGNIER, 2014, p30-32)

La recherche liée à l'anxiété sociale a grandement augmenté depuis une dizaine d'années dans tous ses aspects, dont le traitement. Le traitement psychosocial le plus étudié est la thérapie cognitivo-comportementale. La thérapie cognitivo-

comportementale pour le traitement de l'anxiété sociale se base sur une approche axée sur le moment présent, avec un nombre limité de rencontres et dont le but est d'identifier et de modifier les distorsions cognitives tout en soutenant les comportements adaptés dans les situations sociales. Les approches cognitivo-comportementales pour traiter les enfants et les adolescents anxieux socialement consistent en des versions modifiées des interventions utilisées communément avec les adultes. Ses composantes pour le traitement des adultes et des enfants anxieux socialement incluent l'exposition aux situations anxiogènes, l'entraînement aux habiletés sociales, la restructuration cognitive et la relaxation. La TCC a de façon générale démontré son efficacité auprès des patients souffrant d'anxiété sociale et chacune des méthodes utilisées dans la TCC ont toutes été reconnues scientifiquement comme étant efficaces. De plus, cinq méta-analyses indiquent que toutes formes de TCC procurent des bénéfices aux adultes. Si au départ les études ne distinguaient pas les enfants avec anxiété sociale des autres troubles, il y a maintenant assez d'études pour confirmer aussi son efficacité auprès des enfants anxieux socialement.

La TCC, bien qu'efficace, n'est pas sans limite. Dans les études sur l'efficacité de la TCC, près d'un tiers des patients ne voient pas leur trouble s'améliorer, et plusieurs continuent d'expérimenter des symptômes significatifs. Bref, les études montrent que la TCC est un type de thérapie relativement efficace pour le traitement de l'anxiété sociale. (CINQ-MARS, 2010, p21-24)

#### **5- Place de la relaxation dans une thérapie comportementale :**

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle d'angoisse, de ce fait, il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas, sous une forme ou une autre, ce type de méthode. Elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate de l'une des nombreuses techniques existantes : training autogène, relaxation musculaire progressive, etc. le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirable de l'anxiété. Les effets physiologiques de la relaxation font suite à des actions combinées du système nerveux autonome, du système hormonal et du cortex cérébral, qui s'expriment dans une réponse généralisée. Ces effets sont les suivants :

- Diminution de la consommation d'oxygène et de l'élimination du dioxyde de carbone.
- Diminution du rythme respiratoire.
- Diminution du rythme cardiaque.
- Diminution de la pression artérielle.
- Diminution du flux sanguin vers les muscles.
- Dilatation des vaisseaux sanguins périphériques.
- Diminution de la transpiration.

- Diminution du taux sanguin de cholestérol et de la lactate (à l'origine des crampes).
- Diminution de la tension des muscles et de leur activité électrique.
- Augmentation des ondes cérébrales alpha et thêta (ondes retrouvées à l'électro-encéphalogramme lors du sommeil).
- Augmentation de l'élimination salivaire.
- Stabilisation de la motilité gastrique.
- Détente des sphincters rectal et vésical.

L'état physiologique de la relaxation peut être obtenu si l'individu respecte quatre conditions fondamentales : environnement calme, attitude passive, concentration (sur un mot, une image, une partie du corps, etc.), tonus musculaire diminué. (PALAZZOLO, 2007, p 67)

La relaxation dynamique privilégie la création d'expériences nouvelles, dans le calme, grâce à l'action de la relaxation, et combine l'assortiment des sensations qui favorise le développement du corps, vécu dans sa globalité. (De La GANDERIE, 2009, p34)

### **5.1- La multiplicité des méthodes de relaxation :**

Herbert Benson (professeur de médecine à l'université Harvard, spécialiste des troubles cardio-vasculaires) a passé en revue une série de techniques de relaxation, utilisées depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours, afin de dégager leur dénominateur commun. Il a dénombré quatre composantes fondamentales:

- un environnement calme, à l'abri de toute source de distraction
- une position confortable, dans laquelle les tensions musculaires sont réduites autant que possible
- une attitude passive (a let it happen attitude), analogue à celle adoptée pour s'endormir et qui est aux antipodes de la volonté crispée de réaliser une performance
- la focalisation de toute l'attention sur un stimulus déterminé (son, mot, objet, respiration, sensations corporelles).

Les méthodes de relaxation se distinguent principalement par le quatrième point. Par exemple:

- dans le yoga traditionnel, l'attention se centre sur une idée, une partie du corps ou un objet
- dans la méditation transcendantale, on se centre sur un son secret ("mantra"), confié par un (maître)
- dans le (training autogène), on se centre sur des impressions d'engourdissement et de chaleur

### **5.2- Pratique de la relaxation en thérapie comportementale :**

Il est conseillé de commencer l'apprentissage par la méthode d'Edmond Jacobson ou plus exactement une version améliorée et plus rapide. Jacobson est un physiologiste qui s'est formé à Harvard auprès de Walter Cannon et qui a ensuite travaillé à l'Université de Chicago. Sa méthode se spécifie par la focalisation de

l'attention sur des sensations provoquées par des contractions et des décontractions de groupes musculaires. Il a appelé sa méthode "relaxation progressive" pour deux raisons:

-on détend graduellement des groupes musculaires (main, bras, jambe, ventre, etc.)

-la capacité de se relaxer s'améliore progressivement, en fonction de pratiques quotidiennes. Jacobson a traité, par cette technique, des personnes souffrant d'hyperémotivité, d'anxiété et de troubles psychosomatiques. Les résultats ont été encourageants. Sa technique a été largement utilisée par l'Armée américaine durant la Seconde Guerre mondiale.

### **5.3- Images mentales :**

A noter aussi que la relaxation se fait par l'imagination, après la décontraction des groupes musculaires, on peut s'imaginer se trouver dans une situation évocatrice de détente et de bien-être : plage, paysage de montagne, rivière dans un bois, lac sur lequel se déplace un cygne, bain chaud...On "regarde" des détails de l'image mentale comme s'il s'agissait de la réalité. On observe des changements qui s'opèrent lentement. On imagine des sons (éventuellement des odeurs agréables) qui s'associent aux représentations visuelles (par exemple, le chant d'un oiseau, une chute d'eau).

Cette forme de relaxation, qualifiée parfois de (cognitive), permet

- d'approfondir et de prolonger la relaxation
- d'éprouver un sentiment de bien-être profond
- de s'endormir en cas d'insomnie.

Bien plus que la relaxation peut provoquer des troubles psychiques et même des troubles psychotiques chez des personnes fragiles (p.ex. des expériences très angoissantes de dépersonnalisation). Ce n'est donc pas toujours un fleuve tranquille. (RILLAER, 2015)

### **Conclusion :**

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information. On parle actuellement de thérapies comportementales et cognitives, ou de thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Cette appellation reflète la pratique la plus fréquente.

Les psychothérapies cognitivo-comportementales ont montré leur efficacité dans le traitement de la phobie sociale. Le thérapeute pourra entre autres aider la personne qui souffre de cette phobie à affronter sa peur des situations sociales. Le psychothérapeute expose progressivement la personne aux situations redoutées.

Grâce à la relaxation et au travail effectué en parallèle sur les pensées et les émotions ressenties par la personne phobique, le thérapeute va établir une liste d'objectifs à atteindre tout au long de la thérapie. L'objectif final est que le patient arrive à affronter ses plus grosses peurs sans anxiété.

A noter que les parents ont le devoir d'être vigilants face à des comportements qui pourraient faire penser que leur enfant vit mal les situations de groupe et d'évaluation. Une timidité extrême combinée à une faible estime de soi est à surveiller, dans le but d'intervenir dans le moment adéquat avant que le trouble devient une structure pathologique.

**Références :**

ACHOUR,Loubna(2014) Phobie sociale et addiction au cannabis, Thèse de doctorat en Médecine, UNIVERSITE MOHAMED V, Rabat.

ANDERSON,Norman,B(2004) Encyclopedia health and behavior, California, SAGE Publications.

BERGERET,Jean, et LUSTIN, Jean-Jacques (2008) Psychologie pathologique théorique et clinique, 10eme édition, Paris, ELSEVIER MASSON.

CAMART,Nathalie et BOURDEL, Marie-Christine (2006) Évaluation des effets à court terme d'une thérapie cognitivo-comportementale de groupe dans la phobie sociale : résultats auprès de soixante patients, L'encéphale ; Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique; 32, cahier 1, Paris.

CINQ-MARS,Ursule(2010) Le rôle de la perspective interpersonnelle dans la compréhension du trouble de l'anxiété sociale chez l'enfant et dans la conception de l'intervention psychologique, thèse de doctorat, Université du Québec, Montréal.

De La GARANDRIE,Agnès Payen (2009) La sophrologie, Eyrolles, Paris Éditions.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder,s fifth edition DSM-5TM (2013) Washington, New School Library.

MERLET, Alain (2004) La face cachée des dites phobies sociales, Consulté le 05/01/2018 à 20h00.

PALAZZOLO, Jérôme (2007) Dépression et anxiété mieux comprendre pour mieux les prendre en charge, Paris, ELSEVIER-MASSON.

PELOSSOLO,Antoine et BOYER, Pascal (2006) Les phobies sociales en psychiatrie : Caractéristiques cliniques et modalités de prise en charge (étude Phoenix), L'encéphale ; Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique; 32, cahier 1, Paris.

REGNIER,Aude (2014) Evaluer la présentation la connaissance des thérapies comportementales et cognitives par le généraliste dans la prise en charge des troubles anxieux, thèse de doctorat en médecine, Université de LORRAINE, Lyon.

RECTO,Neil A (2010) La thérapie cognitivo-comportementale Guide d'information, Toronto, Edition camh.

RILLAER, Jacques VAN (2015) Emotions -Relaxation, Consulté le 06/01/2018 à 14h00.