

**GUIDE DE PRATIQUE POUR LE DIAGNOSTIC ET LE
TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU
TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE:
LE MANUEL DU THÉRAPEUTE**

Camille Lévesque

Thanh-Lan Ngô

Jean Goulet

Hervé Tchambo

Sophie Wang

Éditeur : Jean Goulet - tccmontreal
Montréal, QC, Canada
2022
ISBN 978-2-924935-19-4
Dépôt légal 4e trimestre 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2022
Bibliothèque et Archives Canada 2022
1re édition

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la compréhension et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) du trouble anxiété sociale (TAS). La présente version demeure toutefois un **document de travail**. Elle n'a pas la prétention d'être complète et elle peut faire l'objet de discussions, de corrections et de modifications futures.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult (Chaloult, Ngo, Goulet et Cousineau, 2008) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et des techniques de base de la TCC.

À PROPOS DES AUTEURS



Camille Lévesque est médecin résident en psychiatrie à l'Université de Montréal depuis 2017. Elle a complété son doctorat en médecine à l'Université de Laval.



Hervé Tchambo est médecin résident en psychiatrie à l'Université de Montréal depuis 2017. Il a complété son doctorat en médecine à l'Université d'Antananarivo à Madagascar.



Sophie Wang est médecin résident en psychiatrie à l'Université de Montréal depuis 2017. Elle a complété son doctorat en médecine et son baccalauréat en psychologie à l'Université de Montréal.



Jean Goulet est médecin psychiatre. Il pratique au département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et au département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.



Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives de l'Hôpital en santé mentale Albert Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Table des matières

SECTION 1 : INTRODUCTION	7
1.1 GÉNÉRALITÉS SUR LE TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE (TAS).....	7
1.2 L'EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (TCC).....	7
SECTION 2 : ÉVALUATION	10
2.1 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DSM-V	10
2.2 SIGNES ET SYMPTÔMES SPÉCIFIQUES À ÉVALUER	11
2.3 LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS	12
2.3.1 TROUBLE PANIQUE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE	12
2.3.2 TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ÉVITANTE	12
2.4	LES DIAGNOSTICS CONCOMITANTS
.....	13
2.4.1 LE TROUBLE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ (TDC).....	13
2.4.2 ABUS DE SUBSTANCES.....	14
2.4.3 AUTRES TROUBLES ANXIEUX	14
2.5 EXAMENS DE LABORATOIRE	15
2.6 INVENTAIRES ET ÉCHELLES DE MESURE UTILISÉS AU MOMENT DE L'ÉVALUATION.....	16
SECTION 3 : TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE	18
SECTION 4 : LE MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL	24
4.1 MODÈLE DE CLARK ET WELLS	24
4.1.1 ACTIVATION DES CROYANCES, PERCEPTION DE DANGER SOCIAL ET PENSÉES AUTOMATIQUES NÉGATIVES ..	26
4.1.2 CONSCIENCE DE SOI AUGMENTÉE ET OBJET SOCIAL	27
4.1.3 SYMPTÔMES SOMATIQUES ET COGNITIFS.....	28
4.1.4 COMPORTEMENTS SÉCURISANTS	28
4.1.5 QUE SONT LES COMPORTEMENTS SÉCURISANTS?.....	28
4.2 AUTRES MODÈLES COGNITIVO-COMPORTEMENTAUX	32
SECTION 5 : PRINCIPALES ÉTAPES DE LA TCC POUR LE TAS	34
5.1 ÉVALUATION	36
5.2 PRÉSENTER LE TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE ET LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA TCC.....	38
5.2.1 PRÉSENTER LE TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE	38
5.2.2 PRÉSENTER LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA TCC.....	39
5.3 PSYCHOÉDUCATION ET PLAN D'INTERVENTION	40
5.3.1 EXPLIQUER LE MODÈLE	40
5.3.2 PRÉSENTER LA CONCEPTUALISATION PERSONNALISÉE	40

5.3.3 COMMENT OBTENIR LES INFORMATIONS DU PATIENT POUR CONSTRUIRE LE MODÈLE CONCEPTUEL TRANSVERSAL?	40
5.4 FIXER DES OBJECTIFS.....	44
5.5 MÉDICAMENTS SI INDIQUÉS	45
5.6 OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DES SÉANCES SUBSÉQUENTES.....	46
5.6.1 LES CONSÉQUENCES DE L'ATTENTION CENTRÉE SUR SOI ET DES COMPORTEMENTS SÉCURISANTS	48
5.6.2 RÉTROACTION PAR VIDÉO DES EXPÉRIENCES COMPORTEMENTALES.....	50
5.6.3 ENSEIGNER L'ENTRAÎNEMENT SYSTÉMATIQUE DE L'ATTENTION.....	52
5.6.4 EXPÉRIENCES COMPORTEMENTALES ET SONDAGES POUR TESTER LES CROYANCES QUI PERSISTENT	53
5.5.5 TRAITER LES SOUVENIRS SOCIAUX TRAUMATIQUES ET CONSTRUIRE UNE IMAGE DE SOI PLUS JUSTE	57
5.5.6 INQUIÉTUDES ET TRAITEMENTS DE L'INFORMATION POST-ÉVÉNEMENT	58
5.5.6 EXPLORATION DU TRAITEMENT DE L'INFORMATION POST-ÉVÉNEMENT	61
5.5.7 IDENTIFICATION DES CROYANCES DYSFONCTIONNELLES ET LES RÉÉVALUER	62
5.6 TERMINAISON ET PRÉVENTION DES RECHUTES	65
5.6.1 RÉSUMÉ DE THÉRAPIE.....	65
5.6.2 FICHE DE PRÉVENTION DES RECHUTES.....	66
5.6.3 ENTREVUES DE CONSOLIDATION	66
5.6.4 FIN DE LA THÉRAPIE	66
SECTION 6 : DÉROULEMENT DU TRAITEMENT	68
SECTION 7 : INSTRUMENTS DE MESURE ET OUTILS DE TRAITEMENT.....	75
7.1 ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE DE LIEBOWITZ LIEBOWITZ SOCIAL ANXIETY SCALE (LSAS).....	75
7.2 ÉCHELLE DE COTATION DE LA PHOBIE SOCIALE SOCIAL PHOBIA RATING SCALE (SPRS)	77
7.3 QUESTIONNAIRE DES COGNITIONS SOCIALES SOCIAL COGNITION QUESTIONNAIRE (SCQ)	78
7.4 QUESTIONNAIRE DE COMPORTEMENT SOCIAL	79
SOCIAL BEHAVIOR QUESTIONNAIRE (SBQ)	79
7.5 QUESTIONNAIRE DES ATTITUDES SOCIALES	80
SOCIAL ATTITUDES QUESTIONNAIRE	80
7.6 ÉCHELLE RÉSUMÉE HEBDOMADAIRE DE L'ANXIÉTÉ SOCIALE-	85
SOCIAL PHOBIA WEEKLY SUMMARY SCALE	85
7.7 TABLEAU D'ENREGISTREMENT DE L'ATTENTION DIRIGÉE SUR SOI ET DES EXPÉRIENCES COMPORTEMENTALES.....	86
7.8 TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES EXPÉRIENCES COMPORTEMENTALES.....	88
7.9 MON RÉSUMÉ DE LA THÉRAPIE	89
7.10 INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK.....	92
BECK DEPRESSION INVENTORY	92
BIBLIOGRAPHIE.....	93

SECTION 1

INTRODUCTION

Section 1 : Introduction

1.1 Généralités sur le trouble anxiété sociale (TAS)

Ce trouble est caractérisé par une anxiété importante lors d'une ou de plusieurs situations sociales, au cours desquelles l'individu s'expose au jugement d'autrui. Il est classiquement décrit comme ayant une évolution chronique et ayant des impacts fonctionnels importants au niveau professionnel et/ou personnel. Les gens souffrant de ce trouble peuvent craindre de dire des choses embarrassantes en public ou de manifester des signes d'anxiété (rougir, transpirer, trembler,...). Ces peurs les amènent à éviter différentes situations (Kaplan et Sadock, 2017).

Le TAS est fréquent. Au Canada, la prévalence annuelle est de 6,7% et la prévalence à vie se situe entre 8 et 13% (Statistiques Canada, 2012). La prévalence est plus élevée chez les femmes. Il se développe le plus souvent au cours de l'enfance ou de l'adolescence, le pic d'incidence étant au début de l'adolescence. Il peut se développer après une situation stressante ou humiliante ou de façon insidieuse. Chez des patients avec différents diagnostics psychiatriques, c'est souvent le TAS qui s'est développé en premier. Lorsqu'on ne le traite pas convenablement, les patients sont plus à risque de développer d'autres troubles, tels qu'un trouble dépressif ou encore un trouble d'utilisation de substances.

1.2 L'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La TCC est le traitement psychologique le mieux étudié pour le TAS. La recherche démontre qu'il est plus efficace que le placebo médicamenteux, la liste d'attente et les autres formes de psychothérapies.

Par rapport aux autres approches psychothérapeutiques, la TCC est la mieux démontrée pour traiter le TAS. Elle semble plus efficace que la thérapie interpersonnelle par une étude randomisée contrôlée de 2011 comprenant 106 participants (Stangier et al., 2011). Deux études récentes randomisées contrôlées et multicentriques (de 107 et 495 patients) comparant l'efficacité de la TCC (modèle de Clark et Wells) à la thérapie psychodynamique ainsi qu'à la liste d'attente concluent que la TCC est le traitement le plus efficace. La thérapie psychodynamique est elle aussi supérieure à la liste d'attente en ce qui concerne les taux de réponse et de rémission, mais les résultats restent inférieurs à ceux de la TCC (Salzer et al., 2018; Leichsenring et al., 2013).

Par rapport au traitement pharmacologique, les études démontrent que la TCC est supérieure ou égale pour traiter le TAS de façon aiguë (Nordahl et al., 2016; Clark et al., 2003, Heimberg, Liebowitz et al., 1998; Otto et al., 2000; Gelernter et al., 1991; Davidson et al., 2004). Par contre, des recherches démontrent qu'après l'arrêt du traitement, les bénéfices de la TCC

persistent davantage que les effets de la médication (Liebowitz et al., 1999; Haug et al., 2003). La combinaison avec la pharmacothérapie ne semble pas plus efficace que la TCC seule (Davidson et al., 2004).

La méta-analyse de Mayo-Wilson et al. publiée dans le Lancet en 2014 a étudié les différents traitements psychologiques et pharmacologiques du TAS. En étudiant les résultats de 101 études qui totalisaient 13 164 patients, les auteurs ont pu conclure que la TCC était le traitement de première intention et qu'il comportait moins de risques que les traitements médicamenteux (Katzman, et al., 2014). Cette méta-analyse a aussi démontré que la TCC était plus efficace que le placebo pharmacologique, la liste d'attente et les autres formes de psychothérapies (psychodynamique, interpersonnelle, pleine conscience et de support). La psychothérapie psychodynamique a démontré de l'efficacité, mais similaire au placebo psychothérapeutique. Cette méta-analyse suggère que la TCC est la psychothérapie la plus efficace (sous format individuel, de groupe, auto-manualisée).

Parmi les types de TCC étudiés, le modèle qui démontre le plus d'évidences scientifiques est celui de Clark et Wells. Par la suite, on retrouve le modèle de Heimberg, le modèle de Turk, la TCC qui ne suivait pas un modèle manualisé, puis la TCC de groupe.

Des études ayant évalué le protocole de Clark et Wells incluant des techniques additionnelles pour adresser les problématiques d'attention dirigée vers soi, de comportements sécurisants et de la perception de soi biaisée ont démontré des résultats supérieurs aux protocoles antérieurs (Hofmann et al., 2006). Il a aussi été démontré que certaines interventions clés du protocole de Clark et Wells amènent une diminution immédiate des symptômes de TAS. Il a été démontré que la rétroaction audiovisuelle aide les personnes souffrant de TAS à développer une vision plus réaliste d'eux-mêmes et de comment les autres les perçoivent. Ceci est associé à une diminution significative de leurs symptômes de TAS (Freda, Clark et al., 2009; Warnock-Parkes et al., 2017). Lorsqu'on demande à des personnes souffrant de TAS de porter leur attention sur l'environnement externe plutôt que sur eux-mêmes, ils rapportent moins d'anxiété et moins de croyances négatives (Wells et Papageorgiou, 1998). De plus, l'exposition combinée à une intervention pour diminuer les comportements sécurisants est significativement supérieure à l'exposition seule (Clark et al., 2016). Ces différentes composantes démontrées efficaces lorsqu'étudiées seules, sont intégrées au protocole de Clark et Wells.

Les différents guides de pratique présentent la TCC comme traitement de première intention (Clark et al., 2013; Katzman, Bleau, Blier et al., 2014; Andrews et al., 2018). Selon le guide de pratique du National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2013), si le patient refuse ce traitement, il est suggéré de discuter de ces réticences. S'il refuse toujours d'entreprendre une psychothérapie individuelle ou de groupe, le patient peut être orienté vers des ressources d'autothérapie qui ont aussi été démontrés efficaces. Le traitement pharmacologique peut être offert en première intention à un patient qui refuse les options mentionnées ci-haut (Clark et al., 2013)

SECTION 2

ÉVALUATION

Section 2 : Évaluation

2.1 Critères diagnostiques du DSM-V

Les critères diagnostiques du manuel diagnostique de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM) évoluent de version en version. Les changements importants du DSM-V par rapport au DSM-IV, sont que le spécificateur « généralisé » a été supprimé, de même que l'exigence que les personnes de plus de 18 ans reconnaissent leur anxiété comme excessive ou déraisonnable.

Voici les critères du DSM-V

- A. Peur ou anxiété intense d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p. ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou de boire) et des situations de performance (p. ex. faire un discours).
NB: Chez les enfants, l'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec les adultes.
- B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).
- C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété. NB: Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peuvent s'exprimer dans les situations sociales par des pleurs, des accès de colère ou des réactions de figement; l'enfant s'accroche, se met en retrait ou ne dit plus rien.
- D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intense.
- E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants durant habituellement six mois ou plus.
- G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ni à un autre problème médical.
- I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.
- J. Si une autre affection médicale (p. ex. maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

*Spécifier si: **Seulement de performance** : Si la peur est limitée aux situations de performance ou de parler en public.*

2.2 Signes et symptômes spécifiques à évaluer

L'entrevue psychiatrique doit éliciter les peurs du patient, les situations évitées, l'impact fonctionnel et le niveau de détresse associé. Il est important de faire un bon diagnostic différentiel et de questionner les comorbidités (voir les sections portant sur ces sujets). Il est aussi recommandé d'utiliser une échelle de mesure validée (voir la section à ce sujet) (Clark et al., 2013).

Une description détaillée de l'anxiété sociale du patient et des répercussions comprend :

- Les situations sociales anxiogènes et/ou évitées
- Les scénarios qu'ils craignent lors de situations sociales (ex. « J'aurai l'air anxieux, je vais mal m'exprimer, je vais transpirer, je vais rougir, ... »)
- Les symptômes anxieux
- Leur image de soi
- Les comportements sécurisants (en anglais « *safety-seeking* »)
- Le focus de leur attention lors des situations sociales
- Les processus anticipatoires et post-événements
- Leur situation sociale, professionnelle, éducative et financière
- Leur consommation de médicaments, drogues, alcool

Les idées suicidaires: Une attention particulière doit aussi être portée aux idées suicidaires ainsi qu'aux comportements d'automutilation. La méta-analyse de Bentley et al. publiée en 2016 a démontré que les patients avec un diagnostic de trouble anxieux (TAS, mais aussi trouble panique et trouble d'anxiété généralisée) ont 50% plus de chances que la population générale d'avoir des idées suicidaires et/ou d'avoir fait des tentatives de suicide. Le risque de suicide augmente lorsqu'un trouble dépressif est surajouté (Bentley et al., 2015).

2.3 Les diagnostics différentiels

2.3.1 Trouble panique avec ou sans agoraphobie

Il se peut qu'une personne souffrant d'un TAS aie déjà fait une ou plusieurs attaques de panique en public. Cela ne veut pas nécessairement dire qu'elle souffre d'un trouble panique.

Dans le trouble panique, les stimuli qui déclenchent des attaques de panique ne sont pas uniquement des éléments d'interaction sociale ou des situations de performance, il doit y avoir au moins quelques attaques de panique spontanées. Aussi, dans le trouble panique, on retrouve des pensées catastrophiques en lien avec les attaques de panique (« Je vais devenir fou, je vais mourir, ...») et la peur qu'elles puissent se reproduire, ce qui n'est généralement pas le cas dans le TAS.

Dans le TAS comme dans le trouble panique avec agoraphobie, les personnes peuvent éviter des endroits publics ou achalandés. Il est alors important de différencier si la crainte de la personne est d'être observée et/ou jugée par les autres, auquel cas le diagnostic pencherait vers le TAS, ou si la personne craint plutôt de faire une attaque de panique et d'avoir de la difficulté à sortir de l'endroit ou de la foule, auquel cas le diagnostic pencherait vers le trouble panique avec agoraphobie.

2.3.2 Trouble de la personnalité évitante

Il existe de nombreux débats dans la littérature concernant la différence entre le TAS et le trouble de personnalité évitante. La comorbidité entre ces deux diagnostics est très importante. Des études ont trouvé une haute prévalence de personnalité évitante chez les individus diagnostiqués avec un TAS, variant de 25 à 89% (Chambless et al., 2008; Cox et al., 2009, Can Velzen et al, 2000). De hauts taux de TAS sont aussi rapportés chez les personnes avec un diagnostic de trouble de personnalité évitante, de 36 à 100% selon les études (Chambless et al, 2008; Herbert et al., 1992; Holt et al., 1992). Certains auteurs voient en la personnalité évitante une forme de TAS plus sévère que dans le TAS. Le DSM-5 distingue le trouble de personnalité évitante des troubles anxieux et explique que dans le trouble de personnalité évitante, il y a davantage de situations évitées, et ce, dans davantage de contextes. Cette question demeure une source de débats.

On s'entend habituellement pour dire que le trouble de personnalité évitante amène davantage de comportements d'évitement et que c'est surtout la peur d'être jugé sévèrement et rejeté qui est en cause (Chaloult, Goulet et Ngô, 2014).

2.4 Les diagnostics concomitants

Le TAS présente un haut taux de comorbidité. La majorité des patients (50 à 80%) présentant un TAS présentent aussi au moins un autre trouble psychiatrique. Les deux complications les plus fréquentes sont le trouble dépressif caractérisé et le trouble d'utilisation de substances (Leahy et al., 2012).

Selon le guide de pratique clinique du Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (Andrews et al., 2018), les comorbidités de troubles dépressifs et d'autres troubles anxieux devraient être vérifiées de manière régulière, compte tenu que ces conditions comorbides augmentent la sévérité des symptômes et l'impact fonctionnel de la maladie. Les patients avec des conditions comorbides répondent moins rapidement aux traitements. La valeur du traitement reste tout de même bien démontrée et les traitements par TCC et/ou par ISRS sont démontrés efficaces pour les différents troubles anxieux et dépressifs (Newby et al., 2015).

Il est utile de clarifier la chronologie (demander le trouble qui est apparu en premier; si l'un des troubles persiste même lorsque l'autre est en rémission; si un des troubles s'aggrave, l'autre s'aggrave également ou s'améliore?). Pour savoir quel problème cibler en premier, le thérapeute peut demander la question de la baguette magique: "Si j'avais une baguette magique qui me permettait d'enlever votre anxiété sociale, seriez-vous encore très déprimé au point d'avoir besoin d'aide professionnelle?"

2.4.1 Le trouble dépressif caractérisé (TDC)

Le trouble dépressif caractérisé est un diagnostic concomitant fréquent du TAS. Des données montrent que 41 à 56% des patients souffrant d'un TAS seront atteints d'au moins un épisode dépressif au cours de leur vie (Leahy et al., 2012).

Lorsque le patient souffre à la fois d'un TDC et d'un TAS, il est important de clarifier la chronologie des symptômes :

- Si les symptômes de TAS se sont manifestés après ou en même temps que les symptômes dépressifs, il est alors recommandé de traiter le TDC dans un premier temps.
- Si les symptômes de TAS apparaissent avant les symptômes dépressifs, il faut évaluer avec le patient la priorité du traitement. Il est recommandé de poser une question telle que : « si je vous donne un traitement qui vous permettrait de ne plus être anxieux lors de situations sociales, seriez-vous toujours déprimé? ». Si le patient répond « non », le traitement de l'anxiété sociale devrait être priorisé, à moins que l'intensité des symptômes dépressifs ne nuise à ce traitement. Si le patient répond « oui » à cette question, le traitement du TDC devrait être priorisé. Le traitement du TAS pourra être offert dans un deuxième temps (Clark, Pilling, Mayo-Wilson, et al., 2013).

2.4.2 Abus de substances

De 20 à 40% des personnes souffrant de TAS souffrent également d'un trouble d'usage des substances (Andrews et al., 2002). Souvent, les personnes souffrant d'un TAS consomment (de l'alcool, des drogues ou des médicaments sans prescription) dans le but de réduire leurs symptômes. On devrait donc offrir à ces patients les traitements appropriés pour leur anxiété sociale. Il est recommandé de faire l'histoire complète de la consommation de substances, pour tenter d'évaluer la chronologie. Si l'anxiété sociale était présente avant les abus de substances, le traitement de l'abus de substances ne devrait pas nécessairement avoir priorité sur le traitement de l'anxiété sociale.

Il faut évaluer selon chaque individu si la prise de substances pourrait nuire à l'efficacité du traitement. Par exemple, si un patient souffre d'un trouble d'usage sévère, il lui sera probablement difficile de s'impliquer suffisamment dans une psychothérapie pour en retirer des résultats positifs. Dans les cas d'abus de substances sévères, il est recommandé de référer les patients d'abord vers des services appropriés (Clark, Pilling, Mayo-Wilson, et al., 2013)

2.4.3 Autres troubles anxieux

Il est fréquent qu'une personne ayant un TAS ait aussi un ou plusieurs autres troubles anxieux. Il est donc important de toujours faire un questionnaire complet. Si une personne souffre de plusieurs troubles anxieux, le traitement devrait débuter par le trouble qui semble à l'avant-plan, celui qui amène le plus de détresse et/ou de dysfonction.

2.5 Examens de laboratoire

Avant d'offrir un traitement au patient qui présente des symptômes d'anxiété sociale, il est conseillé d'exclure avant tout une condition organique (maladies physiques, substances psychoactives).

En plus de l'évaluation des symptômes d'anxiété sociale et du fonctionnement général, on suggère de faire une évaluation de base qui devrait inclure une revue des systèmes, une revue de la médication, des produits naturels, l'usage de drogues, alcool, café.

Vous retrouverez ci-bas une liste des examens de laboratoire utiles dans l'évaluation des troubles anxieux, à considérer, selon la présentation clinique et les symptômes spécifiques (ex.: étourdissements ou tachycardie). Idéalement, un examen physique et des examens de laboratoire de base devraient être faits avant d'initier une pharmacothérapie. Les patients devraient être suivis initialement à chaque 1 à 2 semaines, puis chaque mois pour le changement de poids et les effets secondaires des médicaments (comme ceux-ci sont un facteur contribuant à l'arrêt des médicaments) (Katzman et al., 2014).

- FSC
- Électrolytes
- Créatinine
- Glucose à jeûn
- TSH
- Bilan hépatique
- Bilan lipidique
- Dépistage de drogues urinaires (si indiqué)

2.6 Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation

En plus de l'histoire de cas habituelle, on complète généralement l'évaluation du TAS avec des échelles de mesure permettant de confirmer le diagnostic, préciser la symptomatologie et de suivre l'évolution en cours de traitement. Voici quelques échelles parmi celles les plus couramment utilisées en clinique (vous retrouverez la traduction française libre de ces questionnaires à la section 7 - Instruments de mesure et outils de traitement):

1. **Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale - LSAS*)**
L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (LSAS) est une échelle d'auto-évaluation de 24 éléments utilisée pour évaluer l'impact de l'anxiété sociale dans diverses situations.
2. **Échelle de cotation de la phobie sociale (*Social Phobia Rating Scale - SPRS*)**
Questionnaire qui comporte 5 échelles évaluant les composantes clés ciblées par l'approche de Clark et Wells, soit: détresse, évitement, conscience de soi, comportements sécurisants et croyances négatives.
3. **Questionnaire sur la cognition sociale (*Social Cognition Questionnaire - SCQ*)**
Questionnaire de 22 énoncés évaluant les pensées automatiques négatives qui sont couramment rapportées en contexte social phobogène.
4. **Questionnaire sur le comportement social (*Social Behavior Questionnaire - SBQ*)**
Questionnaire de 29 énoncés évaluant les comportements sécurisants qui sont couramment adoptés en contexte social phobogène.
5. **Questionnaire sur l'attitude sociale (*Social Attitude Questionnaire - SAQ*)**
Questionnaire de 50 énoncés évaluant les différentes croyances fondamentales et conditionnelles couramment tenues par les anxieux sociaux.
6. **Échelle résumée hebdomadaire de l'anxiété sociale (*Weekly Summary Scale - WSS*)**
Questionnaire de 6 énoncés évaluant en contexte général et en contexte social difficile: les perturbations/incapacités, l'évitement, l'attention dirigée sur les autres/sur soi, l'anticipation et la rumination subséquente à l'événement ("post-mortem" à l'événement).

SECTION 3

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Section 3 : Traitement pharmacologique

Selon l'énoncé de pratique canadien sur l'anxiété sociale (Katzman et al., 2014), plusieurs études ont démontré une efficacité similaire entre la TCC et la pharmacothérapie et certaines ont démontré que les gains obtenus après la TCC persistent plus longtemps que ceux obtenus par la pharmacothérapie.

Selon la revue systématique de la littérature du réseau Cochrane (Williams et al., 2017), les antidépresseurs de type ISRS sont efficaces (évidence de qualité faible à modérée). Quelques études démontrent l'efficacité des benzodiazépines, anticonvulsivants, antidépresseurs de type IMAO et RIMA mais on doit considérer le potentiel d'abus et d'effets secondaires.

Lorsque l'on débute une pharmacothérapie, il est recommandé de débiter avec un agent de première ligne (se référer au tableau 1 ci-bas adapté de l'énoncé de pratique canadien). Si la réponse est inadéquate à dose et durée de traitement optimales avec un agent de première ligne, ou si le traitement n'est pas bien toléré, il est recommandé de substituer le traitement avec un autre agent de première ligne et d'optimiser ce dernier, avant de considérer le changement vers un agent de deuxième ligne.

Si le patient ne répond pas aux essais de traitement optimisés d'agents de première et de deuxième ligne, les agents de troisième ligne et les thérapies adjuvantes peuvent être tentés.

En cas de TAS réfractaire au traitement (c'est-à-dire que le patient ne répond pas à plusieurs essais pharmacologiques et/ou la TCC), il est recommandé de réévaluer le diagnostic et de considérer des conditions médicales/psychiatriques comorbides qui pourraient affecter la réponse à la thérapie.

En général, il est recommandé de débiter la médication à petite dose et d'augmenter à chaque 1-2 semaines selon la réponse et la tolérance jusqu'à dose thérapeutique, puis revoir le patient au suivi chaque 2 semaines pour 6 semaines, puis chaque mois par la suite. L'amélioration clinique peut prendre 2-4 semaines une fois la dose thérapeutique atteinte, et une réponse complète peut prendre jusqu'à 12 semaines et plus. Une amélioration significative devrait être constatée au bout de 4-8 semaines (Plasencia, Alden, & Taylor, 2011).

Tableau 1 – Recommandations pour la pharmacothérapie du TAS

1 ^e ligne	Escitalopram, fluvoxamine, fluvoxamine CR, paroxétine, paroxétine CR, prégabaline, sertraline, venlafaxine XR
2 ^e ligne	Alprazolam, bromazepam, citalopram, clonazepam, gabapentin, phenelzine
3 ^e ligne	Atomoxétine, bupropion SR, clomipramine, divalproex, duloxétine, fluoxétine, mirtazapine, moclobémide, olanzapine, sélégiline, tiagabine, topiramate
Thérapie adjuvant	3 ^e ligne : Aripiprazole, buspirone, paroxétine, risperidone Non recommandé : Clonazepam, pindolol
Non recommandé	Atenolol, buspirone, imipramine, levetiracetam, quetiapine, prolanolol (<i>N.B. en clinique, les bêta-bloquants ont toutefois montré des bénéfices en situation de performance</i>)

Le tableau suivant comprend les variables à considérer avant de prescrire un antidépresseur dans un trouble anxieux. En principe général, un médicament sera davantage indiqué en présence d'une symptomatologie sévère, s'il y a présence d'une comorbidité (particulièrement d'une dépression), s'il y a atteinte marquée du fonctionnement et en présence d'une souffrance élevée.

Tableau 2 – Médicaments fréquemment utilisés dans le traitement du TAS

Nom générique (Nom commercial)	Dose initiale	Dose cible	Effets indésirables	Interactions	Coût
ISRS					
Sertraline (Zoloft)	50mg/j	50-200mg/j	Agitation (au début du traitement), nausées, anorgasmie, insomnie, diarrhée, risque accru de saignement	c.f. Citalopram	\$-\$\$
Paroxétine (Paxil)	10-20mg/j	20-60mg/j	c.f. Fluvoxamine	c.f. Citalopram	\$-\$\$

Fluvoxamine (Luvox)	50mg/j	150-300mg/j	Agitation (au début du traitement), nausées, anorgasmie, effets anticholinergiques, sédation, risque de saignement	c.f. Citalopram	\$-\$\$
Escitalopram (Cipralext)	10mg/j	5-20mg/j	c.f. Citalopram	c.f. Citalopram	\$
Citalopram (Celexa)	10-20mg/j	20-40mg/j	Agitation (au début du traitement), nausées, insomnie, diarrhée, risque de saignement, anorgasmie, allongement du QTc lié à la dose	Prudence avec d'autres agents sérotoninergiques, AINS/agents antiplaquettaires (risque accru de saignements), et avec les agents prolongeant le QTc. IMAO (risque de syndrome sérotoninergique)	\$
Fluoxétine (Prozac)	10-20mg/j	20-80mg/j	c.f. Citalopram céphalées, diminution de l'appétit, diarrhée, risque de saignement	c.f. Citalopram	\$-\$\$
IRSN					
Venlafaxine (Effexor XR)	37.5mg/j	37.5-300mg/j	Nausées, insomnie, étourdissements, asthénie	Éviter avec la prise des IMAO. Substrat du CYP2D6 et du CYP3A4 (faire preuve de prudence avec les inducteurs ou inhibiteurs de ces isoenzymes) Cesser graduellement pour éviter les effets de sevrage. Éviter en cas d'insuffisance rénale sévère	\$-\$\$

Atomoxétine (Strattera)	40 mg	80 mg	Nausée, vomissement, constipation, inappétence, étourdissements, céphalées, variation humeur, insomnie, sédation		
Benzodiazépines					
Alprazolam (Xanax)		0.25-3mg/j			
Clonazepam (Rivotril)		0.25-4mg/j			
Bromazepam (Lectopam)		3-12mg/j			
Bêta1-bloquants adrénergiques					
Propranolol		10mg 30min avant l'activité (PRN)	Hypotension	Prudence avec amiodarone (augmentation de la bradycardie)	\$
Anticonvulsivants GABA (dérivés)					
Gabapentin (Neurontin)	300mg/j	900-1800mg/j en 2 doses fractionnées	Somnolence, étourdissements, ataxie, modifications de la vision	Les antiacides qui contiennent du Mg ou de l'aluminium peuvent réduire l'absorption de la gabapentine	\$\$-\$
Prégabaline (Lyrica)	150mg/j en 2- 3 doses fractionnées	Peut-être augmentée à 150mg bid après 1 semaine si nécessaire	Étourdissements, sédation, œdème périphérique	Aucune interaction médicamenteuse significative n'est connue	\$\$
Divalproex (Epival)		250-1500mg/j			
Topiramate (Topamax)		25-200mg/j			

Inhibiteurs réversibles de la MAO-A					
Moclobémide (Manerix)		300-600mg/j	Nausée, insomnie	Éviter la prise avec mépéridine, un antidépresseur tricyclique ou un ISRS Aucune restriction alimentaire n'est requise à la dose habituelle	\$
Inhibiteur de la MAO-A					
Phenelzine (Nardil)	15 mg TID	60-90 mg	Étourdissements, faiblesse, bouche sèche, constipation, gain de poids	Syndrome sérotoninergique et crise hypertensive avec antidépresseurs, rx pour TDAH (atomoxetine, methylphénidate), aliments/boissons riches en tyramine (alcool, fruits secs, fromages etc...)	
Aminocétone					
Bupropion (Wellbutrin XL)	150mg/j	150-300mg/j			
Tricycliques					
Clomipramine (Anafranil)	25mg/j	25-300mg/j			
Antipsychotiques					
Olanzapine (Zyprexa)		2.5-20mg/j			

SECTION 4

LE MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL

Section 4 : Le modèle cognitivo-comportemental

4.1 Modèle de Clark et Wells

À la différence des autres modèles cognitivo-comportementaux, le modèle de Clark et Wells se concentre principalement sur les facteurs de maintien de l'anxiété sociale et tente d'expliquer, par l'intermédiaire de différents processus cognitivo-comportementaux, pourquoi les personnes atteintes de TAS ne bénéficient pas de l'exposition naturaliste fournie par leurs interactions quotidiennes avec d'autres personnes.

Le thème central de ce modèle est que la personne qui souffre d'anxiété sociale est soucieuse de donner une impression favorable aux autres, mais doute de sa capacité à y parvenir, ce qui entraîne une certaine insécurité. Cette insécurité va activer des croyances et des hypothèses particulières telles qu'une perte de valeur, de statut ou un rejet suite à une évaluation négative si la personne agit de façon perçue comme inacceptable. La situation est alors interprétée comme dangereuse et menaçante, faisant émerger différents types de pensées automatiques négatives à l'origine d'une détresse et des symptômes d'anxiété. La personne déplace alors son attention de l'extérieur vers l'intérieur, augmentant ainsi sa conscience de soi et la perception de ses différents symptômes d'anxiété. À partir de ses symptômes, elle se construit une image d'elle et en arrive à la conclusion que c'est ainsi que son entourage la perçoit. Afin d'améliorer cette image sociale auto-construite et diminuer son anxiété, la personne qui souffre d'anxiété sociale va se protéger en adoptant différents comportements sécurisants. Ainsi donc, comme le démontre la figure 1, ces différents éléments du modèle s'influencent mutuellement, créent plusieurs cercles vicieux liés entre eux qui maintiennent l'anxiété sociale. (Wells et Clark, 1997). Deux autres éléments qui contribuent au maintien de l'anxiété sociale sont les processus cognitifs itératifs que sont l'analyse anticipatoire et l'analyse post-mortem. Ceci concerne tout ce qui se passe avant l'entrée et après la sortie de la situation sociale.

Afin de mieux schématiser ce processus, la figure 1 illustre le modèle cognitif de Clark et Wells lorsqu'un anxieux social entre dans une situation sociale.

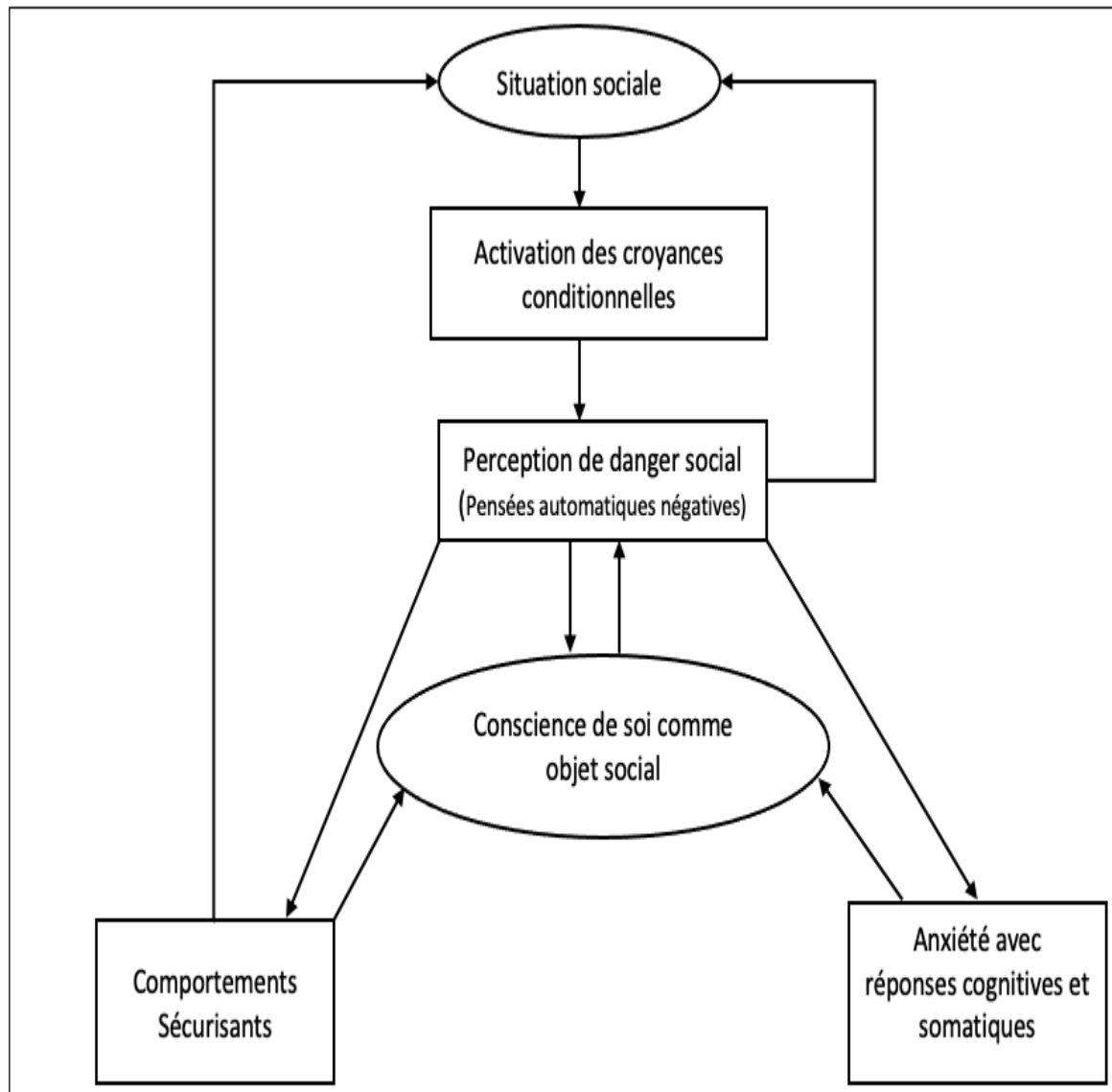


Figure 1 : Modèle cognitif de l'anxiété sociale

4.1.1 Activation des croyances, perception de danger social et pensées automatiques négatives

Lorsqu'une personne qui souffre d'anxiété sociale entre dans une situation sociale redoutée, différents processus cognitifs qui se manifestent sous forme de pensées, d'interprétations et de croyances sont activés. Ces croyances peuvent être divisées en 2 catégories : fondamentales et intermédiaires.

Les croyances fondamentales sont centrales à la personne, souvent présentes depuis l'enfance/l'adolescence et sont relativement stables. Elles peuvent être activées en permanence ou s'activer par des expériences spécifiques (par exemple lors d'une situation qui rappelle sa vulnérabilité). Dans l'anxiété sociale, elles concernent la façon dont l'individu se perçoit (« Je ne suis pas intéressant »; « Je suis incompetent socialement » ou « Je suis différent »), perçoit les autres (« les gens cherchent à me rabaisser ») et le monde extérieur en général (« le monde est un endroit terrible » ou « je ne vais jamais être à la hauteur des attentes des autres »).

Les croyances intermédiaires découlent des croyances fondamentales et se présentent sous forme de croyances conditionnelles, de règles rigides, et d'attitudes. Dans l'anxiété sociale, les croyances conditionnelles concernant les conséquences de certains comportements sociaux (« Si je suis en désaccord avec quelqu'un, il pensera que je suis stupide / me rejettera »; « Si mes mains tremblent / je rougis / ou montre d'autres signes d'anxiété, les gens vont penser que je suis incompetent / bizarre »; « Si je suis calme, les gens penseront que je suis ennuyeux »). Les règles rigides peuvent être des exigences concernant les performances sociales de la personne qui souffre d'anxiété sociale : « Je ne dois montrer aucun signe de faiblesse »; « Je dois toujours paraître intelligent »; « Je ne devrais parler que lorsque d'autres personnes font une pause »; « Je devrais toujours avoir quelque chose d'intéressant dire ». Enfin, les attitudes sont des comportements ou des réactions répétitives adoptées face à certaines situations spécifiques (« C'est grave de poser un geste déplacé en public ») (Wells, 1997; Butler, 1999, 2008; Hoffman et Otto, 2008).

L'activation de ses croyances amène la personne qui souffre d'anxiété sociale à considérer les situations sociales comme étant dangereuses et à générer des inquiétudes anticipatives ou des pensées automatiques négatives (« Je vais avoir l'air fou » ; « Tout le monde va se rendre compte que je tremble/transpire/bégaie... »; « Je vais dire quelque chose de stupide » ; « Je n'arriverai pas à agir aussi bien que les autres »). Les pensées automatiques sont les pensées qui émergent spontanément dans l'esprit de l'individu. Elles sont souvent considérées comme vraies lors de leur apparition. Elles émergent lorsque la personne qui souffre d'anxiété sociale anticipe une éventuelle situation sociale menaçante ou lorsqu'elle est dans une situation sociale perçue comme menaçante. Elles influencent les émotions. Elles sont dites négatives (pensées automatiques négatives), car elles sont des interprétations à connotation négative de ce qui arrive.

4.1.2 Conscience de soi augmentée et objet social

Qu'est-ce que la conscience de soi ?

La conscience de soi est l'orientation de l'attention vers l'intérieur (les pensées, les émotions, les sensations physiques et les comportements).

Lorsqu'elle est confrontée à une situation sociale redoutée ou menaçante (Vriends et al, 2019; Spurr et Stopa, 2002; Hofmann, 2000; Stopa et Clark, 2000), la personne qui souffre d'anxiété sociale interprète de façon négative les indices sociaux ambigus, vérifie brièvement si les autres ont une réponse négative puis ayant détourné l'attention sur ce qu'elle ressent et comment elle se perçoit, ne découvre pas que la réponse des autres n'est pas aussi négative que celle qu'elle a perçue. En détournant son attention de l'environnement extérieur vers son environnement intérieur, elle scrute les moindres indices ou informations qui pourraient confirmer qu'elle est en danger ce qui mène à une évaluation négative ou une impression de contre-performance.

Les effets de la conscience de soi

Malheureusement, ce processus d'auto-observation accentue et aggrave la prise de conscience de toutes sortes de symptômes : les sensations physiques, le besoin de protection et la nécessité d'utiliser les comportements sécurisants, la peur que les autres remarquent ses symptômes, le jugent négativement puis le rejettent. Le patient se base sur l'ensemble de ses différents types d'informations autogénérées pour construire une image sociale de soi. Par raisonnement émotionnel, il se convainc que son anxiété est apparente et croit que se sentir anxieux correspond à avoir l'air anxieux (ex. la personne qui souffre d'anxiété sociale qui tremble à l'intérieur peut être certaine de paraître tremblotante aux yeux des autres). En percevant ces symptômes d'anxiété, le patient déduit que c'est ainsi que son entourage le perçoit. Cette impression peut être accompagnée d'une image anxiogène (ex. se voir rouge comme une tomate) qui se situe du point de vue de l'observateur (se voir de l'extérieur plutôt que de l'intérieur). Selon Hackman et al. (2000), des événements traumatiques sur le plan social peuvent générer une conviction qu'ils apparaissent d'une certaine façon dans les situations sociales. Cette image est activée dans les situations sociales subséquentes ce qui les amènent à se sentir en danger comme lors de l'événement traumatique initial (Erwin et al., 2006). On parle d'un affect sans souvenir : le patient se sent en danger et a une image de comment il paraît (Ehlers et Clark, 2000).

Ce focus sur soi empêche la personne de comprendre ce qui se passe réellement dans son environnement et de savoir ce que les autres perçoivent d'elle. En effet, étant donné la rareté relative des réactions négatives manifestes dans la plupart des interactions sociales normales, plusieurs indices remarqués et mémorisés par la personne qui souffre d'anxiété sociale peuvent être interprétés négativement comme des signes de désapprobation, alors qu'elles pourraient tout aussi bien être des signes que la discussion est stimulante et provoque la réflexion (Wells A, 1997; Butler G, 1999, 2008; Hofmann et Otto, 2008).

Cette conscience de soi augmentée et l'image de soi biaisée sont des facteurs qui entretiennent le cercle vicieux de l'anxiété sociale. Le but de la thérapie sera d'encourager le patient à orienter son attention vers l'environnement externe par des expériences comportementales.

4.1.3 Symptômes somatiques et cognitifs

L'évaluation de la situation comme étant dangereuse active un « programme d'anxiété » qui consiste en des modifications physiologiques, cognitifs, affectifs et comportementaux. La personne qui souffre d'anxiété sociale accorde à ces symptômes une importance particulière, les interprète négativement et y devient hypervigilant. Cette hypervigilance a tendance à augmenter l'intensité subjective des symptômes somatiques et cognitifs. Elle utilise alors divers comportements sécurisants pour atténuer ces symptômes. Les symptômes qui ont tendance à être les plus problématiques sont ceux qui peuvent être observables par les autres, tels que le rougissement du visage, les tremblements, la transpiration, les spasmes musculaires, la voix tremblante, les pleurs et le blanc de mémoire (Clark & Wells 1997, Butler 1999).

4.1.4 Comportements sécurisants

La plupart des situations sociales chez la personne qui souffre d'anxiété sociale sont interprétées comme étant dangereuses. Au fil des ans, pour se sentir en sécurité, elle a eu à développer différentes stratégies parmi lesquelles figurent les comportements sécurisants.

4.1.5 Que sont les comportements sécurisants?

Au sens large, ils constituent toutes actions perçues par une personne comme indispensables pour contrer la survenue d'une issue redoutée. Chez la personne qui souffre d'anxiété sociale, ce sont toutes les actions ou les pensées qui permettent de prévenir, d'empêcher, et/ou d'interférer avec la survenue des conséquences redoutées de l'anxiété, y compris la détresse associée à l'anxiété elle-même, sans complètement fuir la situation sociale considérée comme menaçante (Salkovskis, 1991; Blakey, Abramowitz, 2016).

A. Exemples de comportements sécurisants

Il y a différents types de comportements sécurisants:

- Évitements subtils manifestes (acquiescer et rester silencieux ou parler peu, regarder le sol pour ne pas être impliqué dans la conversation; quitter immédiatement à la fin d'une réunion pour ne pas s'impliquer dans les discussions; se maquiller pour cacher sa potentielle rougeur faciale; porter des vêtements légers pour prévenir la sudation, tenir fermement le verre ou boire et manger le moins possible par peur que les tremblements soient perçus etc.)

- Non manifestes, camouflés et axés sur la présentation d'une image positive de soi (répéter mentalement certaines phrases avant de les prononcer, préparer minutieusement les rencontres sociales, préparer des sujets de conversation à l'avance, essayer d'agir normalement en contrôlant rigoureusement son comportement via l'auto-surveillance etc (Colette et al., 2004).

Selon Plascencia (2011), le premier type est associé à une plus grande intensité de l'anxiété pendant l'interaction et à des réactions négatives de l'interlocuteur alors que le deuxième type empêche l'individu de corriger ses prédictions négatives.

On peut aussi distinguer les comportements sécurisants adoptés **avant** la situation (ex. s'assurer que la performance sociale sera acceptable en se préparant à outrance/en trouvant des excuses pour s'échapper de la situation, ou diminuer les niveaux d'anxiété directement, par exemple en buvant de l'alcool) et ceux auxquels on a recours **durant** la situation sociale (ex. diminuer la probabilité que le signe d'anxiété survient en agrippant le verre pour éviter le tremblement; se garder au frais pour éviter de transpirer; cacher les tremblements en cachant le verre qu'on tient; se maquiller ou couvrir son visage avec sa main si on rougit; diminuer la probabilité qu'on nous juge en disant « il fait chaud » quand on transpire ou vérifier de quoi on a l'air en mémorisant ce qu'on vient de dire et le comparer à ce qu'on va dire pour éviter d'être incohérent, etc...).

Tout de même, il est important de distinguer les comportements sécurisants des comportements similaires, à visée adaptative, adoptés dans les situations provoquant de l'anxiété, dans le but d'améliorer une performance.

B. Les effets des comportements sécurisants

L'adoption de ces comportements sécurisants a différentes conséquences négatives. Tout d'abord, ils génèrent de fausses attributions sécurisantes. L'individu se met à croire que c'est en adoptant des comportements sécurisants qu'il a empêché la survenue de la catastrophe (ex. « Comme j'ai gardé le silence dans la conversation, parlé peu et n'ai pas posé de questions, ça a permis d'éviter que les autres s'aperçoivent à quel point je suis non instruit »; « Ça ne s'est bien passé que parce que j'ai tout mémorisé et répété »; « Si j'avais essayé d'être spontanée, les gens auraient réalisé à quel point j'étais stupide ») (Clark, 2001). Ces stratégies empêchent ainsi d'infirmier que l'issue tant redoutée était improbable.

De plus, certains comportements sécurisants peuvent provoquer des symptômes redoutés ou exacerber directement les sensations corporelles redoutées et influencent négativement la réponse des autres lors de rencontres sociales. Par exemple, une personne souffrant de TAS qui tente de contrôler ses tremblements en raidissant les muscles des bras et en agrippant fermement sa tasse est susceptible d'amplifier les tremblements ou du moins augmenter la sensation de tremblement, renforçant peut-être la croyance qu'il perd le contrôle ou qu'il est paralysé. De même, la personne phobique qui parle peu dans les rencontres sociales de peur de se tromper et de susciter une évaluation négative est moins susceptible de

recevoir des commentaires positifs des autres et d'en arriver à la conclusion qu'il est ennuyeux (Butler, 1999, 2008).

Les individus qui présentent une anxiété sociale peuvent centrer leur attention sur eux-même, se mettre à vérifier s'ils présentent des signes d'anxiété et s'observer afin de s'assurer que leurs stratégies fonctionnent. Malheureusement, les comportements sécurisants peuvent attirer l'attention sur les éléments appréhendés (ex. sueur ou rougissement) ou sur l'individu timide (ex. parler très doucement).

Enfin, l'adoption de certains comportements sécurisants peut contaminer les performances sociales et nuire aux relations sociales. Par exemple, si une personne craint de paraître stupide ou d'être perçue comme inadéquate lorsqu'elle parle, elle peut choisir d'intervenir uniquement sur des sujets connus et préparés à l'avance, répéter mentalement certaines phrases avant de les prononcer, surveiller toutes ses paroles. Ces manœuvres l'empêchent d'être attentive aux échanges et la fait paraître inamicale. Elle peut être perçue comme n'étant pas intéressé par la discussion ou par les personnes autour d'elle. Les personnes autour d'elle se désintéresseront d'elle puisqu'elle est plus préoccupée par les comportements sécurisants que la conversation et ceci viendra confirmer sa pire peur, celle d'être évaluée négativement et rejetée (Butler, 1999, 2008).

Ces comportements sécurisants adoptés en contexte social procurent un certain soulagement dans l'immédiat, mais à long terme, ils diminuent la confiance en soi, car ils confirment l'idée que sans eux, l'anxieux social pourrait faire face à la catastrophe sociale. Il n'apprend jamais que sans les comportements sécurisants, la catastrophe sociale ne survient pas.

Donc, une des procédures de la thérapie sera d'effectuer des expériences comportementales en bannissant les comportements sécurisants afin d'amener la personne qui souffre d'anxiété sociale à réaliser qu'elle n'a pas besoin de les adopter, car en leur absence, les issues tant redoutées ne se produisent pas.

C. Habiletés sociales déficitaires?

L'entraînement aux habiletés sociales peut aider certains patients, mais n'est pas essentiel pour tous les patients. En effet, les personnes anxieuses socialement peuvent posséder des compétences sociales adéquates, mais ne pas être en mesure d'y avoir recours lorsqu'elles se retrouvent dans une situation sociale anxiogène. Elles semblent alors ne pas avoir de compétences sociales adéquates, alors qu'en réalité, ce n'est pas le cas (Thomas et al., 2004).

En fait, il y a peu d'évidence démontrant que les individus souffrant de TAS ont un déficit au niveau des habiletés sociales, voici pourquoi (Taylor et Alden, 2011):

- Lorsqu'ils ne sont pas anxieux, ils démontrent de bonnes compétences sociales.
- Les déficits ne sont visibles que dans les situations où ils sont anxieux

- Les déficits sont probablement (et le plus souvent) des comportements sécurisants observables

4.1.4 Processus d'anticipation et post-mortem d'une situation sociale

A. Anticipation

À l'annonce d'une situation sociale potentiellement anxiogène (ex. présentation orale, festivités, rencontres avec des inconnus, etc.), la personne qui souffre d'anxiété sociale s'inquiète pendant des jours et anticipe en détail les différentes issues possibles. Elle repense sélectivement à tous ses échecs sociaux passés, se sent de plus en plus anxieuse et se base sur cette information intéroceptive pour conclure qu'elle fera mauvaise impression. Elle peut avoir recours à un comportement sécurisant anticipatoire en évitant de penser aux interactions sociales ce qui génère des intrusions (ex. éviter de penser à une gaffe sociale ce qui amène l'individu à être envahi par des images de gaffe). Sinon, pour se préparer à l'interaction qui est vécue comme une épreuve, elle peut choisir de penser aux choses qui pourraient mal tourner et à s'attarder sur d'éventuelles catastrophes imaginées (ex. crainte de ne pas savoir quoi dire ou de dire quelque chose de stupide, peur de trembler, peur d'avoir un trou de mémoire, etc.). Elle est alors envahie par une grande anxiété et ses pensées ont tendance à être dominées par des images négatives de soi pendant l'évènement, par des souvenirs d'échecs passés et par d'autres possibilités de mauvaises performances et de rejet. Plus ce processus anticipatoire est investi, plus ces catastrophes semblent probables et plus l'anxiété s'aggrave. Ceci déclenche l'anxiété sociale et peut inciter la personne à éviter complètement l'évènement. Même si elle se force à participer à l'évènement, elle sera déjà en mode auto-observation et moins disposée à reconnaître les indices externes d'acceptation d'autrui.

B. Post-mortem

La rumination post-événement est un phénomène qui se produit fréquemment après une rencontre sociale interprétée comme infructueuse ou ambiguë. Après l'évènement social, bien que les pensées négatives et la détresse de la personne qui souffre d'anxiété sociale diminuent, elles ne disparaissent pas complètement. En effet, comme son attention est centrée sur elle-même durant les interactions sociales, elle obtient des informations incomplètes ou inexactes sur ce qui s'est réellement passé et il est peu probable qu'elle reçoive des indices sans équivoque d'approbation sociale. C'est pour cette raison que très souvent, elle s'embarque dans une autopsie de l'évènement où les interactions sont scrutées en détail, et ce pendant des jours et parfois des semaines. Bien évidemment, au cours de cet examen, les informations qui ont été encodées dans sa mémoire sont celles qui ont été traitées en détail durant la situation sociale (à savoir les sensations physiques, le sentiment d'anxiété et la perception négative de soi) et non celles venant de l'extérieur (Clark et Wells, 1995). Elle en arrive ainsi à la conclusion que les autres ont sûrement perçu ses symptômes et qu'elles l'ont jugé négativement, que l'expérience a été un échec social (que son hypothèse de départ était vraie) et l'ajoutera à sa liste des échecs sociaux. Ce qui aura pour conséquence de renforcer la croyance de la personne en son

inadéquation sociale et sa perception des situations sociales comme étant dangereuses (Butler, 1999, 2008; Rapee et Heimberg, 1997; Hofmann et Otto, 2008).

4.2 Autres modèles cognitivo-comportementaux

Les modèles cognitivo-comportementaux les plus souvent cités et appliqués sont ceux de Clark et Wells, de Heimberg (modèle ayant évolué, plusieurs versions avec différents co-auteurs), bien que d'autres modèles efficaces aient également été proposés comme celui de Hartman.

4.2.1 Le modèle de Hartman

Hartman (1983, 1986) a proposé un modèle cognitif d'anxiété sociale dans lequel, en situation sociale, les personnes qui souffrent d'anxiété sociale sont préoccupées par leurs pensées au sujet des stimuli physiologiques, leur performance sociale et la perception que les autres ont d'eux. Ce processus perceptivo-cognitif est à l'origine d'une escalade d'anxiété et réduit le champ de conscience dans lequel une personne qui souffre d'anxiété sociale peut percevoir les autres. En tant que tel, la performance sociale peut être compromise. Dans ce modèle, le rôle de l'auto-évaluation est une problématique centrale dans l'anxiété sociale.

4.2.2 Le modèle de Heimberg

La première version du protocole de Heimberg date de 1990. Cette version comprend 12 séances de 2h30, toutes les semaines, pour des groupes de six patients. Le groupe nécessite deux thérapeutes de sexe différent (Heimberg, Becker, 2002, p. 134-135). Avant les 12 séances de thérapie de groupe, il faut compter quelques séances pour l'évaluation et pour certains patients, des séances de psychothérapie individuelle (car tous les patients ne sont pas prêts à s'exposer d'emblée à un groupe). Cette méthode comprend différentes techniques cognitives et comportementales. Un travail de restructuration cognitive des pensées automatiques est fait. Les patients pratiquent l'exposition de différentes façons dont des jeux de rôle. Cette méthode n'adresse pas spécifiquement le concept de conscience de soi augmenté et il n'y a pas d'exercice pour amener les patients à porter leur attention vers l'extérieur plutôt que sur soi.

4.2.3 Le protocole de thérapie individuelle de Heimberg et Juster (1994), réactualisé par Hope, Heimberg et Turk (2010)

Ce modèle a été développé en parallèle au protocole de groupe ci-haut. Il comprend 16 séances de thérapie individuelle de 50 à 60 minutes. Quelques séances d'évaluation préalables sont nécessaires. Le protocole commence par des techniques cognitives, mais si les patients répondent peu à cette approche, les exercices d'exposition doivent être entrepris plus rapidement. Bien que ce modèle débute par les aspects cognitifs, les auteurs considèrent tout de même que l'exposition est le point central. Un nombre minimum de 4 séances d'exposition doit avoir lieu.

SECTION 5

PRINCIPALES ÉTAPES DE LA TCC POUR LE TAS

Section 5 : Principales étapes de la TCC pour le TAS

Le traitement comprend 14 séances hebdomadaires de 60 à 90 minutes ainsi que des séances de consolidation 1, 2 et 6 mois après le traitement.

L'objectif de la thérapie est de modifier les croyances biaisées sous-jacentes et les cycles de maintien de l'anxiété sociale.

Les cibles de traitement sont les suivantes :

1. Identifier et réévaluer les pensées et les croyances négatives au sujet de soi et du monde social
2. Modifier l'image biaisée du soi social
3. Rediriger l'attention de l'intérieur (soi) vers l'extérieur (environnement social) pour recueillir des nouvelles informations qui permettront de corriger les croyances dysfonctionnelles
4. Abandonner les comportements sécurisants qui empêchent d'infirmier les croyances dysfonctionnelles, exacerbent les symptômes d'anxiété et contaminent les interactions sociales
5. Modifier les souvenirs sociaux traumatiques
6. Identifier les effets délétères du traitement de l'information avant et après l'événement social et mettre un terme à l'anticipation et au post mortem

Étapes :

1. Évaluation psychologique :
 - 1.1 Évaluation détaillée : identifier les situations anxiogènes/évitées; pensées, symptômes anxieux, attention centrée sur soi, comportements sécurisants, image, traitement de l'information avant et après l'événement
 - 1.2 Développer une version personnalisée du modèle
 - 1.3 Présenter le rôle des questionnaires
 - 1.4 Psychoéducation : Expliquer la nature du TAS et son traitement, revoir un épisode récent
2. Expériences comportementales portant sur l'attention centrée sur soi et sur les comportements sécurisants
3. Rétroaction par vidéo des expériences comportementales
4. Rediriger l'attention pour observer ce qui se passe vraiment dans l'interaction
5. Exposition in vivo, interroger l'environnement social
6. Cibler les inquiétudes et le traitement de l'information post-événement
7. Cibler les souvenirs sociaux traumatiques et construire une image sociale véridique
8. Cibler les croyances résiduelles

9. Prévention de la rechute

Explications détaillées des étapes sus-mentionnées :

Les trois premières étapes du traitement doivent se dérouler selon cette séquence car il faut capter l'attention du patient et commencer à tester ses croyances dysfonctionnelles de façon relativement non menaçante. Le patient apprend d'abord que les comportements sécurisants amplifient l'anxiété et l'inconfort. Le thérapeute peut alors lui présenter des stratégies qui peuvent l'aider à mieux gérer son anxiété sociale. Il filme une interaction entre le patient et un intervenant neutre alors que le patient a recours à ses comportements sécurisants et pratique l'attention auto-dirigée puis lorsqu'il abandonne ses comportements sécurisants et qu'il dirige son attention vers son interlocuteur. Il peut alors découvrir qu'il est préférable d'abandonner ses comportements sécurisants et de rediriger son attention vers l'extérieur pour diminuer l'intensité de l'anxiété. Avec la rétroaction de l'intervenant neutre et le visionnement de la vidéo, le patient apprend que l'idée qu'il se fait de l'impression que les gens ont de lui est déterminée par ses sentiments mais que ceux-ci peuvent l'induire en erreur. Il est plus facile après cette découverte expérientielle de chercher à découvrir ce qui se passe réellement lors de l'interaction sociale.

Aux étapes 4 et 5, le patient est moins anxieux de s'exposer et il est en mesure de rediriger l'attention vers l'interaction sociale. L'exposition est moins stressante et plus efficace. Le thérapeute l'encourage ensuite à élargir son répertoire de comportements sociaux en agissant volontairement de façon « inacceptable » tout en observant la réaction de ses interlocuteurs : le patient découvre alors que ses exigences élevées concernant les interactions sociales sont contre-productives et nuisent à son aisance sociale.

Le thérapeute cible ensuite les inquiétudes et les ruminations post-événements qui amplifient l'anxiété sociale et biaisent l'interprétation des interactions sociales et, lorsque nécessaire, procède à une modification des images sociales traumatiques pour construire une image sociale véridique. Finalement, il cible les croyances conditionnelles, fondamentales et règles dysfonctionnelles qui persistent après les différentes expériences comportementales et invite le patient à rédiger un résumé de la thérapie qui pourra servir comme plan d'action en cas de rechute.

Établir une relation thérapeutique collaborative :

La relation thérapeutique est une interaction sociale qui reflète le comportement du patient dans les situations sociales appréhendées :

- Si le patient semble réservé, désintéressé, rejetant, le thérapeute ne doit pas se sentir personnellement concerné mais il doit comprendre qu'il s'agit de l'aspect observable des comportements sécurisants (ex. le patient peut paraître distant et froid pour ne pas être vu comme étant faible, il peut éviter d'élaborer pour ne pas paraître stupide et éviter le contact visuel pour éviter de perdre le fil de ses idées)
- Si l'interaction est trop intense, le patient peut avoir de la difficulté à réfléchir car il devient trop anxieux. Ceci peut être problématique lorsque le thérapeute essaie d'identifier les craintes du patient. Comme celui-ci a plutôt tendance à interpréter une émotion, il est difficile pour lui de verbaliser pourquoi ce serait grave s'il rougissait etc... Habituellement, si le patient a de la difficulté à identifier une pensée, le thérapeute peut avoir tendance à s'avancer dans son siège, à le regarder plus directement, à démontrer une attitude chaleureuse et empathique. Ceci peut gêner le patient et l'empêcher d'avoir accès à ses pensées. Le thérapeute peut alors utiliser un tableau blanc au mur pour aider le patient à rediriger l'attention vers l'extérieur. Le tableau comporte deux avantages :
 - Ralentir le processus, aider le patient à décortiquer l'expérience globale en pensées, comportements, émotions, et de voir les liens entre ces éléments de l'expérience
 - Aider le patient à réaliser qu'il n'est pas la cible d'un interrogatoire : le thérapeute et le patient regardent le problème à l'extérieur du patient

5.1 Évaluation

L'évaluation se fait selon les principes présentés dans la section 2.

Il faut d'abord établir le diagnostic de TAS (*voir les sections 2.2 et 2.3*)

Si le patient a été référé pour une TCC du TAS, le thérapeute peut commencer par demander au patient de décrire brièvement le problème.

Le thérapeute étudie les questionnaires avant la séance et inscrit les informations dans un tableau auquel il peut ensuite se référer.

Il fait la liste des situations anxiogènes et celles qui sont évitées en posant les questions suivantes:

- « Quels sont les types de situations sociales qui vous rendent anxieux?
- Évitez-vous certaines situations ou les endurez-vous avec une anxiété intense?
- Y-a-t-il d'autres situations qui vous rendent anxieux? »

Il évalue les issues appréhendées dans ces situations (ex. « je vais rougir ») et ce qu'il fait habituellement pour éviter que cette catastrophe ne survienne (i.e. le ou les comportements sécurisants).

Il peut remettre les questionnaires suivants (*Voir section 7: Instruments de mesure et outils de traitement*):

- Échelle d'anxiété sociale de Leibowitz : situations appréhendées et évitées
- SPS et SIAS (*social phobia scale et social interaction scale*) : situations difficiles et aspects de la situation
- Échelle de résumé hebdomadaire de la phobie sociale: anxiété sociale, évitement social, attention centrée sur soi vs attention externe, traitement anticipatoire et ruminations post-événement
- Questionnaire sur les cognitions sociales : pensées négatives au sujet des situations sociales
- Questionnaire sur les comportements sécurisants : comportements sécurisants
- Questionnaire sur les attitudes sociales : croyances problématiques au sujet du comportement social, des situations sociales et évaluation du patient au sujet du soi social. Évalue trois types de croyances: exigences élevées, croyances conditionnelles, croyances fondamentales

Il doit également vérifier si le patient:

- A des amis, des confidents
- Prend de l'alcool et des drogues pour composer avec les situations sociales
- N'a pas atteint certains buts qu'il s'était fixé à cause de son anxiété sociale
- Peut formuler des objectifs pour la thérapie
- A des croyances sur la cause de ses problèmes (ex. « c'est ma personnalité et ça ne peut pas changer ») car il s'agit d'une croyance à cibler au début de la thérapie

Le thérapeute demande au patient de décrire comment et quand le problème a débuté. Il identifie des situations qui peuvent expliquer l'apparition ou l'aggravation de l'anxiété sociale (ex. une situation d'intimidation) en démontrant de l'empathie pour la situation initiale. Notons que Hackman, Clark et MacManus (2000) ont découvert dans une étude que les images de soi des patients souffrant de TAS sont associées à des souvenirs d'événements sociaux pénibles survenus autour du moment où le TAS est apparu. En identifiant le lien entre l'image et la situation d'origine, le patient peut voir que sa perception actuelle du soi social peut être biaisée en ce sens qu'il s'agit d'un souvenir d'une perception de soi qui n'a pas été mise à jour par l'expérience. Le thérapeute explique ensuite que la thérapie se centrera d'abord sur les facteurs de maintien du problème.

5.2 Présenter le trouble anxieté sociale et les principes généraux de la TCC

5.2.1 Présenter le trouble anxieté sociale

Le but de cette étape est d'aider le patient à mieux son diagnostic, à prendre conscience de ses difficultés et de l'aider à reconnaître les symptômes. Il faut s'ajuster au patient, selon les informations recueillies dans notre évaluation.

Le texte suivant est un exemple de présentation du TAS. Il est adapté de « *Cognitive therapy for social anxiety disorder for adolescents* » de Leigh et Clark (2018).

« Il est normal de se sentir un peu inconfortable dans certaines situations sociales. Par exemple, plusieurs personnes peuvent se sentir anxieuses lorsqu'elles doivent prononcer un discours devant un public. Pour certaines personnes, ce type d'anxiété peut survenir dans des activités de la vie quotidienne telles que des conversations en groupe, écrire ou manger en public, utiliser les toilettes publiques. Elles peuvent avoir peur de montrer des signes d'anxiété comme trembler, suer ou rougir. Elles ont peur de mal paraître ou d'agir de façon embarrassante.

Elles peuvent présenter des symptômes physiques comme des pleurs, des étourdissements, des palpitations, une voix tremblotante, la bouche sèche. Elles peuvent aussi avoir de la difficulté à se concentrer, à trouver les bons mots, à penser, présenter des blancs de mémoire...

Elles vont tenter d'éviter les situations sociales car celles-ci déclenchent de l'anxiété et de l'inquiétude. Si elles se trouvent dans des situations sociales, elles pourront ressentir un grand inconfort. Elles peuvent se sentir anxieuses seulement dans quelques situations sociales ou dans plusieurs situations.

Cette anxiété peut causer des problèmes à la maison, à l'école, avec des amis, dans les relations amoureuses et dans la vie quotidienne. Par exemple, au travail ou à l'école, les personnes qui souffrent de TAS peuvent avoir de la difficulté à se concentrer car elles se sentent gênées. Elles peuvent éviter de demander de l'aide ou de participer à des activités de groupe. Elles peuvent avoir de la difficulté à se faire des amis. Elles évitent de passer du temps avec d'autres personnes même si elles se sentent seules et qu'elles aimeraient avoir un petit cercle social. Les relations amoureuses peuvent être une autre source d'anxiété. Des activités quotidiennes comme commander de la nourriture, demander des informations au magasin, utiliser les transports en commun peuvent être difficiles. »

On peut remettre le manuel pour la clientèle au patient.

5.2.2 Présenter les principes généraux de la TCC

Le texte suivant est aussi adapté du manuel « *Cognitive therapy for social anxiety disorder for adolescents* » :

« Les pensées et les comportements qui émergent dans les situations sociales entretiennent l'anxiété. Par exemple, si on ne parle pas beaucoup alors qu'on est avec des amis, on peut se dire : « Je suis trop silencieux, ils doivent penser que je suis ennuyant » (pensée). On se sent encore plus gêné (émotion) et on peut avoir l'impression que c'est évident et qu'on n'est pas à sa place (pensée). On parle encore moins, on dit qu'on doit partir et on quitte la situation (comportement).

La recherche démontre que certaines pensées et comportements dans les situations sociales génèrent de l'anxiété. En thérapie, on identifie les pensées et comportements qui maintiennent les problèmes. On utilise des techniques pour voir jusqu'à quel point les pensées sont réalistes et explorer ce qu'il faut faire pour gérer l'anxiété associée aux situations sociales et améliorer l'estime de soi.

La thérapie cognitive est un traitement efficace pour les problèmes d'anxiété. Il s'agit d'un traitement relativement rapide qui peut s'étaler jusqu'à 16 séances sur une période de 4 mois. Chaque séance dure 60 à 90 minutes. Il peut y avoir des séances de consolidation pour vérifier s'il y a des progrès pendant le traitement et si on maintient les gains ou si on s'améliore encore plus pendant la période de suivi.

Au début de chaque séance, on établit un plan pour la séance afin de s'assurer qu'on utilise bien le temps passé en thérapie. On examine des situations de la semaine précédente ainsi que les stratégies utilisées pour surmonter l'anxiété et on identifie les problèmes qui restent. Une fois qu'on a établi un focus pour la séance, on tente de se concentrer sur le problème choisi pour éviter de passer d'un sujet à l'autre. Ceci permettra d'être plus efficace et d'avancer plus sûrement.

Entre les séances, votre thérapeute va vous demander de faire des pratiques à domicile pour mieux comprendre votre anxiété sociale et afin de mettre en pratique des façons de la gérer. Il peut être difficile de trouver du temps pour compléter les pratiques à domicile. Il est donc utile de se réserver 10 à 15 minutes par jour pour réviser les tâches que vous aurez accomplies ce jour-là et planifier la tâche pour la journée suivante.

Un des buts de la thérapie cognitive est d'apprendre à être son propre thérapeute. Vous apprendrez à identifier et à réévaluer vos pensées, croyances et comportements problématiques. Ceci vous permettra de faire des progrès même lorsque la thérapie aura pris fin. »

5.3 Psychoéducation et plan d'intervention

5.3.1 Expliquer le modèle

Le thérapeute construit un modèle personnalisé en se basant sur un exemple récent tiré de la vie du patient. Il schématise le modèle sur un tableau mural afin que le patient ait une vue d'ensemble et une meilleure compréhension des différents facteurs qui interagissent entre eux pour maintenir son anxiété sociale. Bien évidemment, il doit être adapté au niveau de compréhension du patient.

5.3.2 Présenter la conceptualisation personnalisée

Le thérapeute cherche à élaborer un modèle idiosyncrasique du maintien du problème. Il ne faut pas effrayer le patient en développant tout le modèle à ce stade-ci. On veut explorer les processus activés lorsque le patient a une pensée négative dans une situation sociale (mais pas les croyances sous-jacentes).

Le thérapeute peut utiliser différentes approches pour présenter une conceptualisation personnalisée. Il explore un événement social récent pour identifier les pensées automatiques et les émotions associées (anxiété), le degré de focus sur soi, les comportements sécurisants, les symptômes physiques d'anxiété et l'image de soi en situation sociale (contenu de la conscience de soi). Si l'évitement et l'échappement sont très présents, il faudra peut-être trouver plusieurs exemples ou pratiquer un jeu de rôle pour recréer une situation analogue.

Dans les paragraphes suivants, nous vous présenterons des techniques pour questionner le patient et intervenir sur les différents facteurs de maintien.

5.3.3 Comment obtenir les informations du patient pour construire le modèle conceptuel transversal?

En se basant sur le modèle conceptuel de base, le thérapeute élabore une conceptualisation transversale à partir d'une situation vécue par le patient qui fait ressortir les liens entre les pensées automatiques négatives, les comportements sécurisants, les symptômes cognitifs et somatiques de l'anxiété et l'image de soi (conscience de soi).

A. Les pensées automatiques négatives

Certaines pensées sont relativement faciles à identifier, par exemple, « ils me regardent tous » ou « je ne fais pas cela correctement » et d'autres sont beaucoup plus difficiles à amener à la conscience. Afin de mieux les identifier, il est souvent utile de centrer le questionnaire sur les émotions et symptômes ressentis par la personne qui souffre d'anxiété sociale ou sur les pensées qui émergent en situation sociale. Le thérapeute peut par exemple demander:

« Lorsque vous avez remarqué que vous étiez en sueurs ou que vos mains tremblaient, quelles pensées vous ont traversé l'esprit ? » « Lorsque vous avez su que vous alliez prendre un verre avec des inconnus, quelles pensées ont traversé votre esprit ? » Cela sert à centrer l'entretien sur les pensées automatiques pertinentes et aide le patient à révéler ses pensées centrées sur les symptômes qu'il pourrait autrement être gêné de mentionner.

Les questions suivantes peuvent être demandées :

- « Quelles pensées traversaient votre esprit?
- À quoi pensiez-vous avant d'entrer dans la situation? En entrant dans la situation? Lorsque vous avez remarqué ce symptôme?
- Dans cette situation, qu'est-ce qui aurait pu arriver de pire?
- Que craigniez-vous que les gens voient/pensent?
- Qu'est-ce que cela signifierait? En quoi serait-ce grave/une mauvaise chose? »

B. Anxiété avec réponses cognitives et somatiques

En élaborant le modèle conceptuel idiosyncrasique, le thérapeute doit identifier la nature des symptômes d'anxiété et dans quelle mesure leur signification contribue à une pensée automatique négative et à une auto-évaluation dysfonctionnelle. À cette fin, les questions suivantes peuvent être demandées:

- « Quand vous pensez X (pensée automatique), comment vous sentiez-vous? Étiez-vous plus anxieux/aviez-vous peur?
- Lorsque vous vous sentiez anxieux, quels symptômes avez-vous remarqués?
- Quelles sensations remarquiez-vous dans votre corps?
- Qu'est-ce qu'ils (les symptômes) signifient pour vous?
- À quel point étaient-ils observables par les autres?
- Et si c'était perçu par les autres, qu'est-ce que cela signifierait? »

C. Exploration de la perception de soi comme objet social

Le thérapeute identifie le déplacement de l'attention sur soi puis le contenu de ce qui est perçu par le patient (ex. il a une image interne du soi social qui est basée sur une impression au sujet de son apparence, comme un tremblement visible, ou un sentiment général comme se sentir différent et à part, croire que les autres pensent qu'on est stupide). Les questions du thérapeute doivent spécifiquement être orientées sur le moment où le patient devient plus conscient de lui-même : « Lorsque vous aviez peur que (spécifier la catastrophe appréhendée) survienne, où était orientée votre attention? Étiez-vous conscient de vous-même? Est-ce que votre attention était centrée sur vous et comment vous étiez perçu? Comment vous imaginiez-vous? Qu'est-ce que vous pensez que les autres ont perçu de vous? Étiez-vous plus ou moins conscient de ce que les autres faisaient à ce moment-là? Étiez-vous pris dans vos pensées? Vous sentiez-vous séparé des gens autour de vous? »

Le patient doit décrire précisément l'image de soi qui correspond à comment il croit être perçu par autrui dans la situation sociale. L'importance de cet élément sera abordée dans l'intervention relative à la rétroaction vidéo. Cette image peut être précisée par les questions suivantes : « Alors que votre attention se déplaçait sur vous, que remarquez-vous? Quelle image de vous aviez-vous de vous-même lorsque vous étiez anxieux ? Aviez-vous une image de comment vous étiez perçu? De quoi pensiez-vous avoir l'air? Quelle était votre impression de comment vous étiez perçu? »

Le contenu de la conscience de soi doit aussi être exploré par le biais des comportements sécurisants, en particulier lorsqu'ils visent à dissimuler des symptômes ou une impression publique négative de soi : « Si vous n'aviez pas baissé les yeux, de quoi auriez-vous eu l'air? »

D. Identification des comportements sécurisants

Les comportements sécurisants peuvent être observables et perçus durant l'exposition ou peuvent être masqués (ex. répétitions de mots avant ou pendant la situation anxieuse). Même si le patient y a recours depuis longtemps, il peut le faire de façon inconsciente. Il est donc important de les éliciter :

Quand vous pensiez que vous alliez trembler, avez-vous fait quelque chose pour vous empêcher de trembler? Qu'avez-vous fait ? Avez-vous fait quelque chose pour empêcher les gens de remarquer vos tremblements? Y a-t-il quelque chose que vous faites ou à laquelle vous pensez pour vous assurer de bien paraître ? Si vous n'aviez pas adopté vos comportements sécurisants, qu'est-ce qui serait arrivé? Essayez-vous de bien paraître (ex. paraître en contrôle/intelligent/calme)? Comment faites-vous cela? Vérifiez-vous l'impression que vous faites sur autrui? Lorsque vous camouflez vos symptômes, de quoi avez-vous l'air?

À l'issue de cette collecte d'informations, le thérapeute se base sur le modèle conceptuel de Clark et Wells pour co-construire avec le patient une version idiosyncrasique du modèle cognitif par l'exploration guidée. Le modèle présenté aidera ce dernier à comprendre les différents éléments qui composent son expérience d'anxiété sociale, les liens qui les unissent et le but des différentes interventions à venir pour inverser ce processus et briser ce cercle vicieux.

Le patient est plus motivé lorsqu'il comprend le lien entre les différents éléments du modèle et comment leur interaction perpétuent l'anxiété sociale.

La figure 2 présente un exemple de modèle conceptuel personnalisé d'un jeune homme de 25 ans invité à prendre un verre avec les amis de sa conjointe et peut servir de modèle pour construire celui du patient :

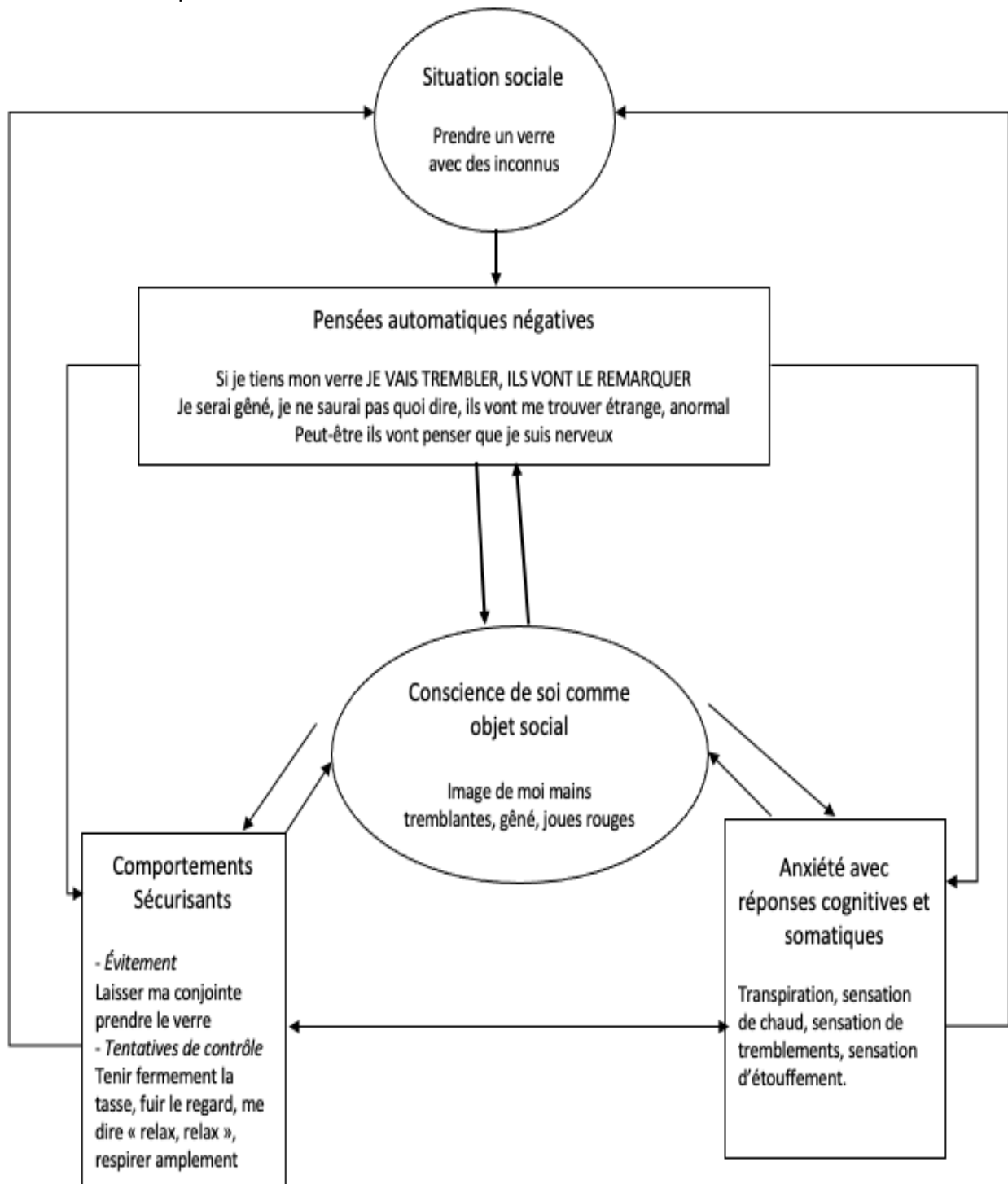


Figure 2 : modèle conceptuel idiosyncrasique

Tout au long de la thérapie, le patient sera invité à voir comment différentes situations sociales anxiogènes se conforment à ce modèle. Cela lui permettra de se familiariser avec les différents facteurs de maintien et de mieux prendre en charge son anxiété sociale à court et long terme.

5.4 Fixer des objectifs

Le thérapeute discute des objectifs de la thérapie avec le patient. Ceux-ci doivent correspondre aux buts du patient et répondre à certaines caractéristiques (i.e. SMART). À cet effet une liste de situations sociales anxiogènes peut être dressée avec le patient et les interventions se focaliseront sur les différents facteurs de maintien.

Chaque objectif doit être formulé selon l'acronyme SMART :

- Il doit être **S**pécifique, suffisamment détaillé et personnalisé.
- Ses résultats doivent être **M**esurables de façon objective, les échelles d'évaluation et de suivi (SPRS entre autres) seront utiles à cet effet pour mieux quantifier les émotions et les comportements et avoir un aperçu de la progression de la problématique.
- À partir de la liste des objectifs établie avec le patient, il sera utile de débiter par des objectifs moins anxiogènes afin qu'ils soient **A**tteignables et **R**éalisables sans se décourager. Ce qui contribuera à augmenter sa motivation.
- La TCC étant limitée par le nombre de séances, il est important que chaque objectif soit **T**emporellement défini et délimité dans le temps.

Bien évidemment une certaine flexibilité est de mise et des ajustements peuvent être nécessaires selon les caractéristiques du patient.

On peut identifier des objectifs à court terme, moyen (3-4 mois) et long terme (6-12 mois). Le thérapeute et le patient revoient ensemble la liste des objectifs une ou deux fois durant la thérapie car il s'agit d'une façon de motiver le patient et de l'encourager à s'attaquer à des expériences comportementales de plus en plus exigeantes et de mettre à jour la liste au fur et à mesure que les objectifs sont atteints. En révisant la liste des objectifs au milieu de la thérapie, on peut enlever ou ajouter des buts.

5.5 Médicaments si indiqués

(Veuillez vous référer à la [Section 3](#))

5.6 Objectifs et déroulement des séances subséquentes

Les séances subséquences ont pour objectif de:

- Découvrir les conséquences de l'attention centrée sur soi et des comportements sécurisants (par le biais des expériences comportementales)
- Réévaluer l'image de soi en utilisant la rétroaction vidéo
- Enseigner l'entraînement systématique de l'attention : rediriger l'attention de l'intérieur (attention tournée vers soi) vers l'extérieur (l'environnement)
- Procéder à des expériences comportementales et à des sondages pour tester les croyances
- Réduire le traitement de l'information anticipatoire et post-événement
- Résumé de la thérapie et des stratégies de prévention de la rechute
- Séances de consolidation : évaluer les progrès, noter les succès, prévenir, identifier et surmonter les rechutes

À la différence des autres protocoles de TCC, le protocole suggéré dans ce guide de pratique n'inclue pas les étapes suivantes :

- L'exposition répétée pour promouvoir l'habituation
- Les hiérarchies d'exposition
- La cotation de l'anxiété dans les situations anxiogènes (SUDS) lors des exercices d'exposition pour démontrer l'habituation
- Les tableaux d'enregistrement des pensées automatiques (peuvent se faire en fin de thérapie)
- L'entraînement aux habiletés sociales

Les séances ont la structure suivante :

1. Étudier et commenter brièvement les questionnaires remplis dans la salle d'attente:
 - 1.1 [SSRS](#) (social summary rating scale/échelle résumée hebdomadaire de l'anxiété sociale) : mesurer les changements au niveau de l'anxiété sociale, évitement, focus attention, anxiété anticipation et rumination post événement
 - 1.2 [SCQ](#) (social cognitions questionnaire/questionnaire des cognitions sociales) : changement des cognitions sociales, permet de cibler les interventions du thérapeute
 - 1.3 [BDI](#) (Beck depression inventory/inventaire de Beck de la dépression): dépression
2. Convenir d'un agenda pour la séance
3. Revue des tâches à domicile
4. Problèmes principaux abordés :
 - a. Résumés fréquents en langage simple
 - b. Utilisation du tableau blanc
 - c. Expérience comportementale en séance
 - d. Résumés écrits brefs
- E. Assigner une tâche à domicile pour la prochaine séance
- F. Demander au patient de résumer ce qu'il a appris et compléter avec le patient si certaines choses sont moins bien comprises
- G. Rétroaction : Demander au patient ce qu'il a aimé/n'a pas aimé, ce qui était utile/moins utile

5.6.1 Les conséquences de l'attention centrée sur soi et des comportements sécurisants

Après avoir expliqué comment le modèle conceptuel peut s'appliquer à l'expérience du patient en prenant une situation sociale anxiogène récente, le thérapeute poursuit en ciblant les processus impliqués dans le maintien de l'anxiété sociale. Le patient participe à des expériences comportementales qui permettent de découvrir le rôle des comportements sécurisants et de l'attention dirigée vers soi. Le thérapeute choisit une des situations sociales anxiogènes tirée de la liste du patient, la reproduit en séance et la documente par des enregistrements vidéo.

Le patient est invité à prendre part à deux mises en scènes (ex. discuter avec un membre du personnel de la clinique ou faire une présentation devant 3 à 4 membres du personnel pendant 5 minutes). Il faut choisir une situation anxiogène mais dont le patient ne voudra pas absolument s'échapper. Avant ses 2 séances filmées, le patient devra faire plusieurs prédictions :

- Quelles sont vos peurs habituelles par rapport à ce type de situation?
- Qu'est-ce qui pourrait se produire?
- Quelle est la pire chose qui pourrait se produire?
- Que faites-vous concrètement afin d'éviter que la catastrophe ne survienne (faire la liste des comportements sécurisants)?

Dans la première discussion filmée, il devra avoir recours à la plupart de ses comportements sécurisants identifiés durant de la première séance et orienter toute son attention sur lui (ses pensées, ses sensations physiques ressenties et son image interne telle que perçue par son interlocuteur).

Dans la deuxième discussion filmée, il ne devra utiliser aucun de ses comportements sécurisants. Il devra orienter toute son attention vers son interlocuteur, tout en s'abandonnant à la conversation, afin de mieux écouter ce qui se dit, de remarquer ce que fait l'interlocuteur, en évitant de se préoccuper de sa propre apparence. Le thérapeute peut discuter avec le patient de ce qu'il doit faire (ex. S'il doit regarder dans les yeux, comment le fera-t-il? Qu'est-ce qui serait approprié? Sur quoi centrer l'attention?) et pratiquer avant que l'interlocuteur neutre n'entre dans la pièce. Si le patient se sent incapable d'éviter de recourir au comportement sécurisant, le thérapeute peut proposer de faire un jeu de rôle avant l'interaction afin de mesurer le contraste entre les deux conditions et augmenter la motivation à procéder aux expériences comportementales avec l'interlocuteur neutre.

Les seules consignes et informations à donner à l'interlocuteur avant l'interaction est de discuter avec le patient comme s'il tenait une conversation avec un étranger.

Après chaque discussion, le patient devra coter l'intensité de l'anxiété ressentie pendant la discussion sur une échelle de 0 à 100% et comparera le degré d'anxiété d'une discussion à l'autre. Il pourra également coter/observer :

- Son niveau de gêne
- Ce dont il est conscient
- Dans quelle mesure il a l'air anxieux
- Dans quelle mesure il a bien performé
- Dans quelle mesure l'événement appréhendé s'est produit (ex. rougir, bégayer, être ennuyant, trembler,...)

Le thérapeute peut poser les questions suivantes : « La prédiction s'est-elle réalisée? Avait-il raison d'appréhender la catastrophe ou a-t-il été induit en erreur par son anxiété au lieu de se fier sur les faits observables? »

Tableau 3 – Tableau d'expérience comportementale

Évènement (Situation avec usage de comportement sécurisants CS)	Anxiété (0-100%)	Prédiction (Qu'est qui se passera si vous n'utilisez pas le comportement sécurisant ?)	Expérience comportementale (Ne pas utiliser le comportement sécurisant, comment?)	Que se passe-t-il ? (Qu'observez-vous?)	Conclusions (Qu'avez-vous appris?)

L'interlocuteur doit écrire ce qu'il a pensé du patient (son impression), ses commentaires sur la situation, jusqu'à quel point il a remarqué ce que le patient craint (ex. rougissement), si son évaluation est négative et si elle l'est, pourquoi (ex. Si le patient craint d'avoir l'air bizarre, on peut demander à l'interlocuteur : « Trouvez-vous qu'il avait l'air bizarre et si oui pourquoi? »).

Habituellement, lorsqu'on demande à l'interlocuteur de décrire le comportement observable du patient, celui-ci rapporte presque toujours que le patient paraît mieux qu'il ne le pense et que la différence au niveau de sa performance lorsqu'il pratique et lorsqu'il abandonne le comportement sécurisant est moins importante qu'il ne le croit.

Grâce à cet exercice, le patient découvre habituellement que de se centrer sur lui-même et d'adopter des comportements sécurisants amplifient l'intensité de l'anxiété et la conviction de mal paraître. Ceci permet de démontrer l'effet négatif de l'utilisation des comportements sécurisants et de l'attention orientée vers soi sur le degré d'anxiété, sur la perception des symptômes et sur la fluidité des performances (McManus et al, 2008, 2009, Schreiber et al, 2015).

Tableau 4 – Éléments de l'expérience comportementale

Ordre	Élément de l'expérience comportementale
1	Expliquer les raisons pour entreprendre une expérience comportementale
2	Choisir une interaction sociale pertinente
3	Faire la prédiction et coter la probabilité que l'issue redoutée survienne
4	Donner les instructions au patient et à l'intervenant (séparément)
5	Conversation 1
6	Discuter du résultat de l'expérience et obtenir la cote du patient (jusqu'à quel point la catastrophe appréhendée s'est-elle manifestée?)
7	Donner des instructions au patient et à l'intervenant (séparément)
8	Conversation 2
9	Discuter du résultat de l'expérience et obtenir la cote du patient (jusqu'à quel point la catastrophe appréhendée s'est-elle manifestée?)
10	Faire compléter la fiche de rétroaction par l'intervenant au sujet des deux conversations
11	Discuter du résultat des expériences avec le patient

La discussion au sujet de l'image de soi sera abordée dans la séance suivante en regardant les deux discussions filmées.

5.6.2 Rétroaction par vidéo des expériences comportementales

Après les deux conversations où 1) le patient a eu recours au comportement sécurisant et au focus sur soi puis a été invité à abandonner le comportement sécurisant et à rediriger l'attention vers l'interaction sociale, 2) le thérapeute a identifié le danger appréhendé par le patient, 3) le patient a coté jusqu'à quel point il s'est senti anxieux et jusqu'à quel point ses appréhensions se sont réalisées, 4) il a décrit l'image qu'il croit projeter et 5) l'interlocuteur a rempli une fiche qui décrit son impression face à la performance du patient dans les deux conditions, le thérapeute et le patient regardent la vidéo des deux interactions.

Ces vidéos permettent d'offrir une image réaliste de la performance du patient dans ses interactions sociales, d'observer l'impact des comportements sécurisants sur sa performance sociale et de mettre à jours les images de soi négatives biaisées (McManus et al, 2009, Parr et Cartwright-Hatton, 2009). Le patient apprend que le focus sur soi et les comportements

sécurisants empirent le problème en amplifiant l'anxiété, en diminuant le focus sur l'interaction et en favorisant l'accès à des informations internes (images et émotions négatives) qui l'amènent à croire qu'il paraît mal. Il observe sur la vidéo qu'il paraît mieux que prévu et que les aspects qu'il n'apprécie pas sont la conséquence observable des comportements sécurisants plutôt qu'un aspect intrinsèque de sa personnalité. Il se juge moins sévèrement qu'il ne l'appréhende.

Il est important de filmer l'interaction car le patient peut souvent faire de l'abstraction sélective, de la disqualification du positif et se dire que l'interlocuteur essayait d'être gentil dans ses commentaires après les conversations. En regardant la vidéo, il peut comparer lui-même sa performance avec et sans le comportement sécurisant et l'attention dirigée vers soi vs l'environnement social.

Pour maximiser l'impact du visionnement de la vidéo qui démontre la différence entre l'impression interne de l'apparence du patient et son apparence réelle :

- Le thérapeute peut faire spécifier ce que le patient va voir avant de regarder la vidéo. Il peut demander au patient de fermer les yeux et d'imaginer son apparence avant de visionner la vidéo: quels comportements indiqueraient qu'il est ennuyant? Jusqu'à quel point les mains tremblent-elles? Le thérapeute peut aussi lui demander de démontrer le tremblement ou suggérer d'en faire une description écrite à l'occasion d'une tâche à domicile entre la séance où a lieu l'interaction et celle où on regarde la vidéo. Le patient peut coter jusqu'à quel point il pense qu'il va trembler, rougir, avoir l'air inconfortable etc
- Pour augmenter l'impact de la découverte, il importe de faire prédire jusqu'à quel point ce qu'il craint sera visible avant de voir la vidéo puis coter ce signe après avoir vu la vidéo. Le patient peut alors réaliser 1) qu'il paraît mieux qu'il ne pense, 2) qu'en abandonnant les comportements sécurisants, il se sent moins anxieux. Avec le temps, la discordance entre son apparence imaginée et réelle s'amoindrit. Le patient apprend que ses sentiments ne sont pas toujours un bon indicateur de son apparence.
- Le thérapeute doit faire spécifier ce qui sera observé lorsque les craintes du patient sont vagues. Ainsi, un patient qui dit qu'il aura l'air embarrassé pourrait croire qu'il a l'air embarrassé parce qu'il se sent embarrassé. On lui demandera de spécifier ce qu'un témoin observe de l'extérieur car les sentiments ne sont pas nécessairement visibles.
- Si le patient se souvient de l'émotion qui était présente lors de l'interaction, il peut la ressentir de nouveau ce qui va colorer sa perception de comment on le perçoit. Pour atténuer ce phénomène, le thérapeute demande au patient de regarder la vidéo comme s'il observait un étranger car il existe deux types d'information : ce qu'on ressent et ce qu'on voit. Il faut recueillir l'information sur ce qui est vu/entendu plutôt que ce qui est ressenti (il faut en quelque sorte ignorer les sentiments en regardant la vidéo).
- Si le patient croit que la vidéo n'est pas assez sensible pour détecter ce qui se passe réellement dans l'interaction (tremblement, intensité de la rougeur etc...), le thérapeute peut filmer d'avance des marqueurs objectifs qui pourront servir de comparateurs (ex. mimer le tremblement devant la caméra avant l'interaction, placer des livres de différents types de rouge/rose dans la scène derrière le patient et faire spécifier jusqu'à quel point il sera rouge).

- Il peut utiliser le gros plan pour bien voir les deux personnes qui interagissent. Il est préférable de ne pas seulement filmer le patient afin d'éviter qu'il ne redevienne anxieux en regardant la vidéo et qu'il se mette à déformer la réaction de l'interlocuteur à travers le filtre de ses sentiments. Le thérapeute et le patient peuvent observer les signes interpersonnels qui indiquent comment la conversation se déroule. Le patient peut alors faire des découvertes qui l'aident à contextualiser les interactions (ex. il peut constater qu'il regarde par terre ou qu'il parle très bas ce qui suscite le regard interrogateur de l'interlocuteur)
- Si l'interaction sociale rappelle un événement traumatique, le thérapeute peut aider le patient à faire la différence entre le passé et le présent pour distinguer les deux épisodes. Il peut adopter une attitude compatissante et être invité à se considérer comme il considérerait un ami. On peut l'encourager à regarder à la scène au complet plutôt que de se centrer sur lui (et tous les signes d'incompétence sociale)
- Le thérapeute et le patient peuvent regarder la vidéo après le jeu de rôle ou pendant celui-ci pour comparer simultanément comment le patient se sent et comment il est perçu. Ceci permet de démontrer que les émotions ne sont pas visibles ou moins visible que prévu. Par exemple, un patient qui a l'impression de trembler énormément peut voir à l'écran que le tremblement n'est pas très visible mais que par contre son comportement sécurisant de se détourner des gens pour cacher le fait qu'il tremble légèrement lui donne une apparence très étrange.

5.6.3 Enseigner l'entraînement systématique de l'attention

Ici, il s'agit d'entraîner le patient à rediriger son attention de l'intérieur (l'attention dirigée sur soi, le mode habituel de fonctionnement des anxieux sociaux) vers l'extérieur (l'attention dirigée sur l'environnement).

Le focus de l'attention vers l'extérieur diminue l'anxiété (alors qu'elle est amplifiée par l'attention dirigée sur soi). En redirigeant l'attention vers l'environnement, le patient peut observer la réaction de ses interlocuteurs pour se faire une idée plus juste de sa performance sociale (Wells et Papageorgiou, 1998, Hedman et al, 2013; Mörtberg et al, 2015).

Il existe deux types d'attention dirigée vers l'extérieur :

1. Évaluative : qui permet de vérifier si les prédictions catastrophiques se réalisent en observant l'interaction sociale et le comportement de l'interlocuteur
2. Non évaluative : qui permet d'être absorbé dans l'interaction sans s'évaluer et sans évaluer sa performance

Le patient peut s'entraîner en écoutant des sons avec les yeux fermés, en observant les couleurs/les ombres/les formes autour de lui ou en appréciant les textures de ce qu'il touche ou de ce qu'il goûte. Le thérapeute peut lire un texte que le patient peut écouter sans juger. Le patient peut se pratiquer à diriger son attention vers ce que dit son interlocuteur pendant 15 minutes lorsqu'il converse avec quelqu'un entre les séances de thérapie. Il peut utiliser des

vidéos créés par l'équipe de Dr Clark :

https://www.youtube.com/playlist?list=PLjGQ1qp_IGNW8OdES0K5pITPvz4pVPp0d

Le thérapeute peut expliquer au patient que : « l'endroit le plus effrayant est votre imagination alors si vous voyez que vous êtes en train de vous inquiéter à outrance, tentez de sortir de votre tête et entrez dans l'ici et maintenant. » Ainsi, lorsque le patient identifie qu'il est anxieux (ex. un serrement à la poitrine), il peut se pratiquer à rediriger l'attention vers l'extérieur.

5.6.4 Expériences comportementales et sondages pour tester les croyances qui persistent

Le thérapeute encourage le patient à confronter de façon systématique les situations anxiogènes et évitées. Il ne crée pas de hiérarchie d'exposition mais choisit plutôt des situations qui permettent de tester les craintes du patient en établissant un cadre de modification cognitive afin de démontrer les effets des processus cognitifs ou des stratégies d'adaptation (comportements sécurisants) sur le maintien de l'anxiété sociale ou de tester la prédiction du patient au sujet des interactions sociales (son apparence, la réaction des interlocuteurs).

Le thérapeute et le patient ont utilisé des vidéos et des expériences comportementales pour découvrir comment il paraît aux yeux des autres et comment les autres réagissent lorsqu'il a recours à ses comportements sécurisants, lorsqu'il les abandonne, lorsqu'il dévie du script qu'il s'impose pour paraître acceptable dans ses interactions sociales. Le patient peut ainsi tester ses croyances fondamentales et conditionnelles (ex. « je suis inacceptable ou peu aimable lorsque je n'utilise pas les comportements sécurisants, si je ne me cache pas ou si je n'agis pas d'une certaine façon »), des pensées automatiques (ex. « tout le monde me dévisage » alors que les gens regardent un peu partout autour d'eux et peuvent « stationner leurs yeux » à un endroit sans choisir une cible particulière), déconstruire des attitudes habituelles (ex. pratiquer la décatastrophisation: « et si le pire arrivait en quoi serait-ce grave? »)

A. Exposition

Après les deux conversations avec l'interlocuteur neutre, le patient commence à comprendre qu'il s'est fié sur ses sentiments et sur son image de soi négative pour déduire qu'il paraît d'une certaine façon dans les interactions sociales et il commence à se douter que cette source d'information n'est pas fiable. Il n'est plus certain qu'il paraisse ridicule. Il doit maintenant recueillir une information plus fiable au sujet de sa performance sociale et de la perception d'autrui de son comportement afin de construire une image plus véridique, moins négative du soi social.

Le thérapeute lui demande maintenant de s'exposer à différentes situations sociales non pas pour provoquer une habitude par répétition mais plutôt pour découvrir ce qui se passe s'il détourne l'attention vers l'extérieur en observant les autres et en se concentrant sur la conversation tout en abandonnant ses comportements sécurisants. En diminuant le focus sur soi et en s'impliquant dans l'interaction, le patient découvre :

1. Qu'il paraît bien malgré le fait qu'il ne pratique pas le comportement sécurisant donc qu'il peut les abandonner
2. Détourner l'attention diminue l'intensité de l'anxiété : l'individu ne tente plus de devenir intéressant mais il commence à s'intéresser à la conversation/à l'interaction

Le but des expériences comportementales est de remettre en question les prédictions négatives et les croyances dysfonctionnelles. Le thérapeute enseigne au patient comment utiliser le tableau d'expériences comportementales pour consigner le résultat des expériences qui permettent d'infirmer les prédictions de façon crédible (ex. parler spontanément plutôt que de préparer ce qu'il va dire et observer le résultat). Il peut procéder à une expérience comportementale à chaque fois qu'il se sent gêné. Les différentes étapes de l'expérience comportementale sont :

1. Identifier une croyance anxiogène (ex. à l'aide du « [Questionnaire des cognitions sociales](#) »)
2. Choisir de s'exposer à une situation anxiogène (ex. tirée de « [l'Échelle d'anxiété sociale](#) » de Liebowitz)
3. Faire une prédiction concernant l'interaction sociale,
4. Procéder à l'expérience pendant la séance ou à l'occasion d'une tâche à domicile, à la clinique ou dans le voisinage, en observant le thérapeute qui sert de modèle, en utilisant un vidéo, en faisant participer des intervenants qui peuvent offrir une rétroaction, en observant le public, en élaborant à des sondages
5. Consigner le résultat dans le tableau d'expériences comportementales
6. Réfléchir à ce qui est appris et en discuter avec le thérapeute.

Le thérapeute enseigne au patient comment utiliser le tableau d'enregistrement des pensées automatiques pour explorer les interprétations alternatives au sujet des interactions qui ne se sont pas bien déroulées et planifier ce qu'il pourrait faire la prochaine fois. Par exemple, si le patient croit qu'il s'est ridiculisé en rougissant, le thérapeute peut utiliser la technique de la flèche descendante pour identifier la signification de la pensée (ex. le thérapeute peut demander : « en quoi serait-ce si grave de rougir? », patient : « je me suis ridiculisé », thérapeute: « et en quoi est-ce grave de se ridiculiser? », patient : « ça voudrait dire que je ne suis pas aimable, que je finirai mes jours tout seul »).

Le thérapeute identifie les preuves qui confirment la pensée automatique (thérapeute : « sur quoi vous basez vous pour dire que vous avez été ridicule? »). Il explore avec le patient des explications alternatives (thérapeute : « est-ce qu'il y a d'autres façons de voir les choses? », patient : « peut-être que j'étais moins rouge que je croyais », « peut-être que les gens n'ont pas remarqué », « peut-être qu'ils ne me jugeaient pas » etc...).

Il identifie les biais d'interprétation (ex. lecture de la pensée, pensée dichotomique, conclusions hâtives, abstraction sélective, raisonnement émotif etc...)

Le thérapeute encourage ensuite le patient à abandonner les évitements subtils qui sont des comportements sécurisants afin de constater l'impact sur l'anxiété sur le comportement social, sur le sentiment d'aisance sociale, sur son interaction avec les gens :

- Éviter le contact visuel
- Se placer en périphérie du groupe de conversation
- Manger ou boire lorsqu'on ne le regarde pas
- Demander des questions pour éviter de parler d'eux-mêmes
- Parler rapidement pour éviter les pauses

Il peut céder une semaine « zéro évitement » pendant laquelle le patient n'évite aucun aspect de l'interaction sociale. Le thérapeute peut lui donner l'instruction suivante : « Lorsque vous aimeriez éviter/retarder un événement social, faites-le immédiatement ». Il peut ensuite répéter cette expérience pendant plusieurs semaines ce qui lui permet de découvrir les comportements sécurisants restants et augmenter la confiance en soi car il finit par réaliser qu'il n'a pas toujours besoin d'être sur ses gardes.

B. Interroger l'environnement social

Plusieurs phobiques sociaux ont des exigences élevées au sujet de la performance sociale. Celles-ci les amènent à fonctionner dans une « bande passante » étroite (i.e. seuls certains comportements sont autorisés selon des paramètres très précis). Des exemples de croyances fondamentales typiques sont: « je dois toujours paraître intelligent et spirituel ». Des croyances conditionnelles possibles sont : « si j'exprime mon désaccord, on va me rejeter », « si je n'agis pas parfaitement normalement, on va me juger sévèrement », « si je ne sais pas quoi dire, on croira que je suis stupide et inintéressant ». Ceci les amène à considérer qu'un petit nombre de comportement est acceptable ce qui génère constamment de l'anxiété lorsqu'il doit interagir avec d'autres personnes.

Le thérapeute encourage le patient à interroger l'environnement, c'est-à-dire à pratiquer des expériences comportementales en agissant de façon « inacceptable » et en observant s'il est évalué négativement en se concentrant sur la réaction des autres. Ceci lui permet de découvrir ce que les autres pensent de lui ou comment ils réagissent lorsque le pire, soit la catastrophe sociale, survient (ex. le patient tremble de façon ostentatoire, bégaye, exprime son désaccord, met de l'eau sur ses aisselles pour indiquer qu'il a transpiré abondamment, met du rouge sur son visage, insère des pauses dans son discours pour qu'il ne soit pas fluide, établit un contact visuel en parlant, arrête de parler au milieu de la phrase, change le sujet de la conversation, discute de quelque chose qu'il craint être inintéressant, demande à quelqu'un de sortir avec lui etc...). Le patient doit donc démontrer des signes d'anxiété afin de découvrir que les autres ne réagissent pas de façon négative. Il doit observer attentivement le comportement d'autrui pour voir si la manifestation de jugement appréhendée se produit. Il est essentiel que le patient spécifie d'avance ce qui va se passer (i.e. la réaction de l'interlocuteur tel qu'observée sur le plan comportemental) pour ne pas déduire à posteriori qu'une catastrophe sociale est survenue ou minimiser l'importance de la réponse de l'interlocuteur. Ceci lui permet

progressivement d'élargir sa zone de confort en s'autorisant des comportements auparavant bannis, à s'exposer en quelque sorte au ridicule.

Souvent le thérapeute doit servir de modèle et démontrer l'expérience comportementale avant de demander au patient de la faire (par exemple, le thérapeute peut aller au café et prendre un verre en tremblant énormément tout en demandant au patient d'observer l'absence de réaction des gens autour ou se promener rapidement dans la clinique avec de l'eau sur le front et du maquillage rouge pour démontrer que personne ne s'arrête pour le dévisager car la plupart des gens sont plus préoccupés par ce qui se passe dans leur propre vie plutôt que par qui se passe autour d'eux etc...).

D'autres exemples d'exercice qui permettent d'élargir la zone de confort sont :

- Entrer dans un magasin et demander au vendeur de se faire aider lorsqu'il essaie plusieurs articles de vêtements, puis ne rien acheter et s'en aller
- Aller dans un magasin, faire ses achats, laisser tomber tous ses articles et observer les réactions des autres
- Prendre le métro et, à chaque station, se lever et dire à haute voix le nom de la station, se rasseoir et observer les réactions des autres
- Dans une discussion avec les autres, faire exprès d'être en désaccord avec les opinions d'autrui sans donner d'explications

C. Sondage

Pour découvrir ce que les gens pensent d'eux lorsqu'ils présentent des comportements «inacceptables » (ex. « si je rougis, on pense que cet homme m'intéresse comme prospect amoureux») et pour remettre en question les croyances biaisées sur les comportements d'autrui (ex. « si on me regarde, c'est parce qu'on pense que je suis bizarre » alors qu'on peut regarder le patient parce qu'il est intéressant ou beau), le thérapeute et le patient peuvent faire des sondages et enregistrer les réponses. Par exemple, une patiente qui ne veut pas retourner à l'école car elle craint de rougir si elle fait une présentation devant la classe et être convaincue qu'elle sera sévèrement jugée peut procéder à un sondage où elle ou son thérapeute demandent à 10 personnes 1) pourquoi les gens rougissent, 2) ce qu'ils pensent des gens qui rougissent, 3) comment ils réagiraient s'ils voyaient un étudiant rougir devant la classe en faisant une présentation.

Les patients sont généralement très étonnés par la réponse des répondants car ils prennent pour acquis que leurs croyances sociales sont fondées et ils n'ont jamais osé les remettre en question pour ne pas risquer l'exclusion sociale et ressentir la honte d'avoir agi de façon inacceptable ce qui aurait confirmé leur inadéquation fondamentale.

5.5.5 Traiter les souvenirs sociaux traumatiques et construire une image de soi plus juste

Dans la situation sociale appréhendée, le patient est habité par une image biaisée négative de lui-même qui l'amène à se voir à partir de la perspective de l'observateur. Lorsque ces images persistent à ce stade-ci de la thérapie (après la séance 6) malgré la rétroaction vidéo, les rétroactions des observateurs, les sondages et le fait que le patient comprend intellectuellement que l'image du soi social n'est pas un reflet fidèle de la réalité, le patient peut se pratiquer à la remplacer par une image plus réaliste qui correspond à l'image vidéo à chaque fois que l'image biaisée émerge et qu'une réaction émotionnelle est ressentie. Le thérapeute peut également inviter le patient à modifier l'image qui n'est véridique en procédant à des exercices d'imagerie qui en réduisent l'impact émotionnel (rétrécir l'image dans son esprit, en modifier sa couleur, la faire tourner, la mettre dans une télévision et fermer la télévision etc...)

L'image sociale interne est souvent dérivée de souvenirs sociaux traumatiques associés à des critiques ou des humiliations (Hackman, 2000). Comme lorsqu'on traite un état de stress post traumatique, le thérapeute peut procéder à des exercices de discrimination en :

1. En identifiant l'image de soi négative ainsi que les croyances et souvenirs qui y sont associés
2. En identifiant la différence entre le passé et le présent
3. En rompant le lien émotionnel entre le passé et le présent.

Le patient peut, par exemple, choisir, lorsqu'il a l'impression d'être centré sur l'image de soi biaisée de rediriger son attention vers l'interaction sociale. Le thérapeute peut avoir recours à la description de l'image (Arntz et Weertman 1999, Wild and Clark, 2011) pour transformer l'image biaisée ou l'impression du passé en se basant sur l'information actuelle afin de mettre à jour le souvenir. Les étapes sont les suivantes:

1. Identifier l'image, le lien avec les événements passés, identifier la signification encapsulée du souvenir en faisant décrire la signification de l'image, ce que le patient voit, comment les autres se comportent
2. Faire une restructuration cognitive de la croyance encapsulée
3. Incorporer la nouvelle signification dans le souvenir pour diminuer la détresse associée

On peut, par exemple, évoquer le souvenir qui date de l'enfance/adolescence, se voir comme un enfant puis comme un adulte, puis entrer dans le souvenir pour aider l'enfant/adolescent aux prises avec la situation sociale éprouvante.

5.5.6 Inquiétudes et traitements de l'information post-événement

Une proportion importante des personnes souffrant de TAS passe un temps considérable à analyser les situations sociales. Elles peuvent le faire avant l'événement social, en s'inquiétant (ce qu'on appelle aussi l'analyse anticipatoire), ou après, avec un traitement de l'information post-événement (ou analyse post-mortem). Le but de cette section est d'amener les patients à prendre conscience de l'effet de ces processus cognitifs itératifs, et de les encourager à progressivement les abandonner puisqu'ils amplifient les émotions, biaisent l'interprétation de l'interaction sociale et nuisent à l'aisance sociale.

Exploration des inquiétudes (analyse anticipatoire)

Avant une situation sociale, par exemple à l'occasion d'une réunion ou d'une soirée, le patient qui souffre de TAS va penser à tout ce qui pourrait mal se passer, à tout ce qui s'est mal passé dans les interactions sociales précédentes, à ce que les gens pourraient penser de lui, à ce qu'il pourrait faire pour éviter ou fuir la situation. Il peut se mettre à analyser l'événement anxiogène plusieurs jours à l'avance (et même parfois plus). Cette cascade d'inquiétudes au sujet de sa performance sociale et du jugement d'autrui ainsi que les ruminations au sujet des échecs passés ont pour conséquence de:

1. Favoriser la récupération de souvenirs d'expériences sociales négatives
2. Augmenter le focus sur soi ce qui amplifie la perception de l'anxiété et des pensées négatives
3. Générer une catastrophisation avec un focus sur les pires issues possibles, ce qui amplifie l'anxiété et l'attention centrée sur soi
4. Amener le patient à chercher à se préparer en ayant recours aux comportements sécurisants, aux stratégies d'évitement et même en évitant la situation à cause de l'intensité de l'anxiété et de l'influence grandissante des pensées automatiques négatives.

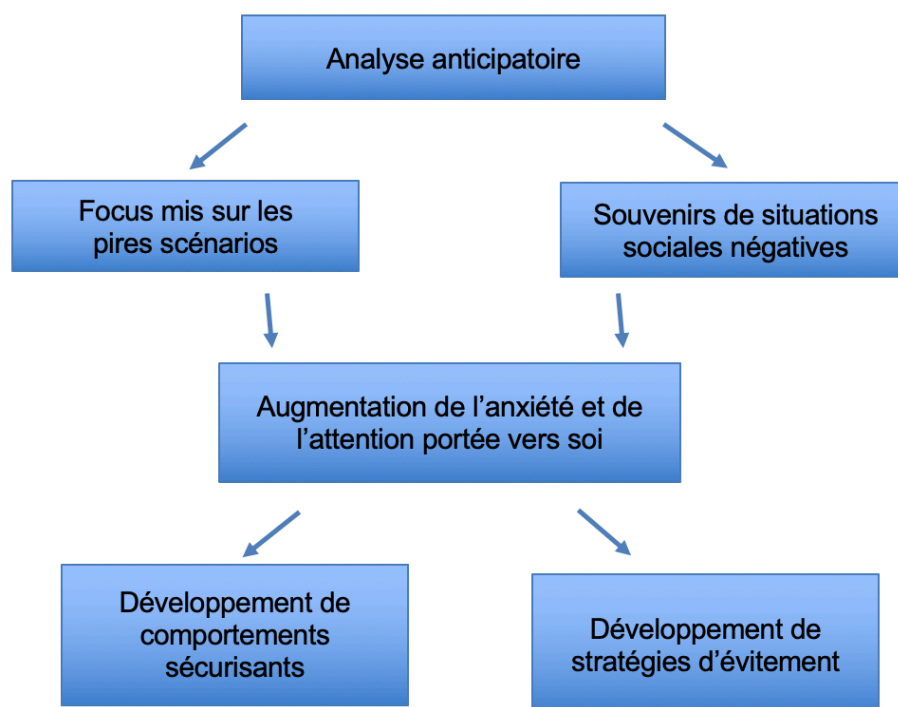
S'il se force à affronter l'événement social, il est probable qu'il sera envahi par des pensées négatives et que l'attention sera dirigée vers l'image interne du soi social pendant et après l'événement emprisonnant le patient dans un cercle vicieux qui maintient l'anxiété sociale.

Les questions suivantes permettent d'identifier les inquiétudes problématiques :

- « Avant la situation sociale, avez-vous tendance à y penser?
- Quelles sortes de pensées traversent votre esprit?
- Comment vous sentez-vous?
- Quelles sensations remarquez-vous dans votre corps?
- Est-ce que vous vous concentrez sur ce qui est plaisant dans la situation ou sur ce qui pourrait mal aller?
- Quand vous pensez à ce qui pourrait mal aller, que se passe-t-il?
- Est-ce que c'est difficile d'arrêter de vous inquiéter?
- À quelle fréquence ceci survient-il? »

En discutant d'une situation sociale à venir avec le patient, le thérapeute l'aide à prendre conscience de l'analyse anticipatoire et des répercussions sur son anxiété et sur ses comportements. L'explication suivante peut lui être présentée : « Analyser ainsi une situation à venir peut faire remonter des souvenirs d'expériences sociales négatives, ce qui provoque davantage d'anxiété. À force de penser, les personnes vont se focaliser sur les pires scénarios imaginables. Cela a aussi pour effet d'augmenter l'anxiété et l'attention portée sur soi. C'est ainsi que plusieurs personnes auront tendance à planifier en détails les comportements sécurisants et/ou à adopter des stratégies d'évitement. »

Figure 3 – Schéma explicatif du processus menant au développement des comportements d'évitement et sécurisants



En discutant avec le patient, le thérapeute peut faire la balance des avantages **et des** inconvénients de l'analyse anticipatoire. À l'aide d'exemples tirés de sa vie, il peut l'amener à voir que ce processus l'amène à éviter des situations ou à adopter des stratégies d'évitement. Le but ultime est d'aider le patient à réaliser qu'il est impossible de prévoir comment la situation se déroulera, même en y réfléchissant longuement d'avance, et donc d'abandonner ce type de pratique.

Parfois, le patient tente d'éviter de penser à la situation anxiogène. Il sera alors paradoxalement envahi par les pensées (Wegner, 1987). Dans ce cas, le thérapeute l'invitera à laisser la pensée venir et partir sans la retenir en l'analysant (ex. en pratiquant la pleine

conscience des pensées). Il pourra même effectuer une exposition cognitive en anticipant l'interaction et en la laissant se dérouler jusqu'à sa conclusion.

Finalement, lorsque le patient anticipe la rencontre pour s'y préparer, on peut lui suggérer de diminuer le temps de préparation afin de découvrir que même lorsqu'il ne se prépare pas à outrance, sa performance reste acceptable.

Le tableau 5 résume les concepts que nous venons d'aborder.

Tableau 5– Types de traitement de l'information dysfonctionnels et les stratégies pour les contrer

Type de traitement de l'information dysfonctionnel de l'information par anticipation	Stratégies pour les contrer
Récupération sélective répétée, volontaire (prédire l'avenir)	Reconnaître que l'information récupérée est biaisée et bannir l'anticipation
Suppression de la pensée répétée et volontaire afin d'éviter les gaffes	Laisser la pensée venir et anticiper l'interaction
Préparation à outrance	Diminuer le temps de préparation et découvrir que la performance reste acceptable

Le plan d'action pour l'anticipation est donc le suivant :

1. Le patient remarque qu'il s'inquiète ou rumine (auto-observation)
2. Il doit alors se souvenir des désavantages de ces stratégies (fiche mémo)
3. Il faut considérer l'évidence plutôt que l'émotion, convertir les peurs au sujet de la performance sociale en prédictions spécifiques à tester
4. On invite le patient à mettre de côté les inquiétudes et ruminations jusqu'à ce qu'il puisse les tester. Il pourra, en attendant, se distraire, faire quelque chose d'autre d'amusant
5. Réduire le temps de préparation

5.5.6 Exploration du traitement de l'information post-événement

Ici, nous discuterons de « l'analyse post-mortem » et des ruminations post-événement.

A. Analyse « post-mortem »

Après l'événement social, le patient se remémore longuement ce qui s'est passé. Il ressasse ce qu'il a dit et ce qu'il a fait. Il se remémore de façon répétitive ses fautes sociales, les comparent à ce qu'il aurait dû dire et faire. Ce processus évoque des images négatives associées à la honte. Il conclut que la situation sociale s'est déroulée encore plus mal qu'il ne l'avait cru initialement car il est habité par des émotions et des images négatives qui biaisent négativement l'interprétation. Comme il y a rarement une rétroaction non ambiguë sur l'interaction sociale, le patient analyse rétrospectivement sa performance en se replongeant dans l'émotion anxieuse et l'image négative de soi qui confirment qu'il est un échec social. Il devient convaincu qu'il s'est ridiculisé et qu'il ne peut pas faire face à ces interlocuteurs ou qu'il l'a échappé belle et que la prochaine fois, la catastrophe sociale va se matérialiser. Les ruminations amplifient l'anxiété et la honte qui seront une autre preuve que l'interaction s'est mal déroulée.

B. Ruminations post-événement

Le thérapeute doit cibler les ruminations post-événement si le patient :

- Remet en cause les résultats de l'expérience comportementale
- Évite de venir en thérapie car il s'inquiète d'avoir à faire une expérience comportementale
- Est déçu par le résultat de l'expérience comportementale
- N'évolue pas bien
- Souffre d'insomnie ou de trouble anxieux généralisé comorbide (tendance à s'inquiéter en général)
- Si le questionnaire [SPWSS](#) (échelle résumée hebdomadaire de l'anxiété sociale/*social phobia weekly summary scale*) révèle qu'elles sont très présentes

Les questions suivantes peuvent aider à identifier les ruminations :

- « Après la situation sociale, avez-vous tendance à y repenser?
- Quelles sortes de pensées avez-vous?
- Comment vous sentez-vous?
- Quelles sensations ou quelles sensations corporelles ressentez-vous dans votre corps?
- Est-ce que vous vous concentrez sur ce qui va bien dans la conversation, sur ce qui était plaisant, ou sur ce qui s'est mal passé?
- Est-ce difficile d'arrêter de ruminer?
- À quelle fréquence ceci survient-il? »

Comme à l'étape précédente, le thérapeute cible les ruminations en:

- En mettant en évidence le fait que le patient pratique l'analyse post mortem
- En établissant la liste des avantages et des désavantages, il met en lumière le fait que ceci nuit à la confiance en soi en amplifiant les aspects négatifs de l'interaction sociale et en minimisant les aspects positifs
- En examinant le contenu de l'analyse post-mortem, identifier l'information biaisée ou ambiguë
- En bannissant l'analyse post-mortem. Par contre, on ne peut bannir le post-mortem que si le patient comprend que les émotions et l'image de soi ne sont pas de bonnes sources d'information pour évaluer comment il est perçu dans l'interaction sociale

Si le patient est incapable de cesser de ruminer, le thérapeute l'invite à se souvenir de ce qui s'est passé et de choisir de s'attarder à l'information positive, plutôt que de s'attarder à ses émotions

5.5.7 Identification des croyances dysfonctionnelles et les réévaluer

Les 3 types de croyances qui contribuent au développement et au maintien du TAS sont :

1. Les exigences excessivement élevées au niveau de la performance
2. Les croyances conditionnelles
3. Les croyances fondamentales

Le thérapeute peut modifier les deux premiers types de croyances dysfonctionnelles en interrogeant l'environnement et en effectuant des sondages. Il peut également modifier les exigences élevées avec l'exercice des pour et contre (i.e. l'utilité de conserver des exigences élevées vs les désavantages de cette stratégie).

D'autres techniques décrites ici peuvent être utilisées pour modifier les croyances :

A. L'opérationnalisation des construits (technique du continuum)

Les croyances fondamentales (ex. « On ne peut pas m'aimer », « je suis différent », « je suis sans valeur ») qui ne se modifient pas au fil des expériences comportementales peuvent être ciblées grâce aux techniques cognitivo-comportementales habituelles.

En posant la question de l'île déserte (« est-ce que vous vous considérez peu aimable, sans valeur sur une île déserte? »), le thérapeute peut aider le patient à réaliser qu'il s'agit d'une croyance qui dépend d'un contexte situationnel et qu'il peut avoir accès à une conception positive de lui-même même lorsqu'il est dans une situation sociale.

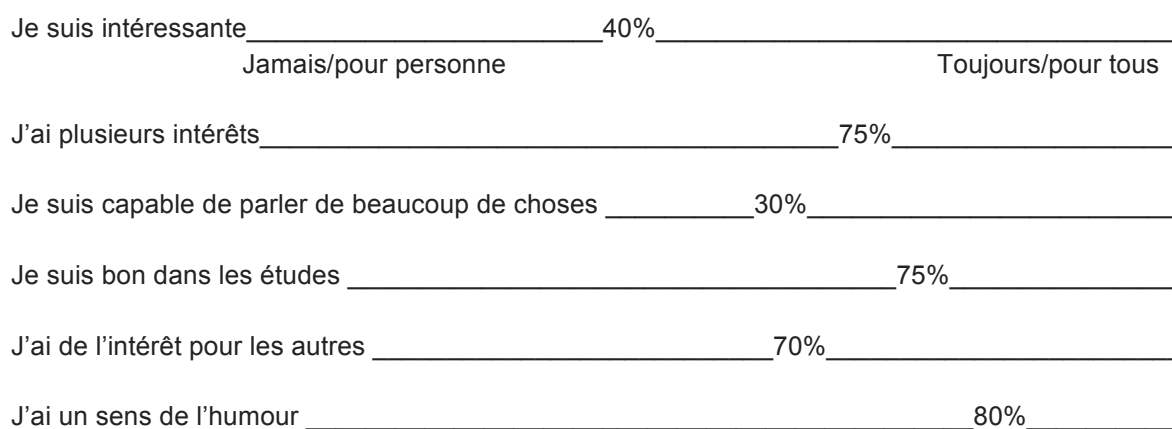
Il peut aussi utiliser la technique du continuum pour réévaluer la croyance fondamentale globale (Padesky, 1994). Par exemple, si le patient croit qu'il est sans valeur, le thérapeute peut lui demander de coter jusqu'à quel point il croit être une personne de valeur (sur une échelle où 0 est « pas du tout » à 100 « extrêmement »). Il l'invite alors à coter d'autres personnes qu'il connaît sur ce continuum. Il lui demande ensuite de faire la liste des caractéristiques d'une

personne de valeur (ex. « gentille, aide les gens, fiable ») et à se coter selon ces différentes caractéristiques. Il cote ensuite les autres personnes selon ces caractéristiques. Le thérapeute aide ainsi le patient à réaliser qu'il se juge sévèrement, de façon surgénéralisée et que chaque personne cotée, incluant lui-même, a ses forces et ses faiblesses.

Pensée dichotomique et en continuum :

Lorsque le patient a des règles inflexibles qui maintiennent l'anxiété sociale (ex. « je dois toujours être intéressant ») et des croyances conditionnelles dysfonctionnelles (« si je ne suis pas intéressant, on me rejettera ») qui représentent une pensée dichotomique, le thérapeute peut la modifier en utilisant la technique du continuum. Ainsi si le patient pense qu'il y a des gens intéressants et d'autres qui ne sont pas intéressants, le thérapeute peut lui demander de se coter et des coter des gens qu'il connaît sur un continuum de 0 : « parfaitement inintéressant pour tous, tout le temps » à 100 : « toujours intéressant, pour tout le monde ». Le patient pourra ainsi réaliser qu'il n'applique pas cette règle à l'ensemble des gens. La figure 4 illustre les concepts que nous venons d'aborder.

Figure 4 – Exemple illustrant la pensée dichotomique VS pensée en continuum



B. La croyance fondamentale est un préjugé

Le thérapeute peut amener le patient à réaliser que les croyances fondamentales sont des préjugés (Padesky, 1990). Il lui demande de penser à une personne de son entourage qui a des préjugés (ex. « les femmes sont inférieures ») et ce qu'il ferait s'il était confronté à des informations qui contredisaient son préjugé (ex. « des femmes qui réussissent bien dans la vie » etc...). Il peut mettre en évidence qu'il aurait tendance à les disqualifier, les biaiser, les voir comme une exception, les ignorer. Puis il peut demander au patient de voir comment cette personne pourrait mettre à jour sa croyance (noter à chaque jour l'information qui contredit le préjugé dans un journal de bord). Dans les semaines suivantes, le thérapeute peut lire le journal de bord avec le patient et réévaluer les événements « négatifs » par le questionnement socratique afin qu'ils ne soient pas assimilés au préjugé (ex. « est-ce que les gens ne vous ont pas parlé à la réception parce que vous n'étiez pas intéressante ou parce que vous êtes partie après 10 minutes et que vous regardiez par terre? »).

Les questions à poser sont les suivantes :

- « Pouvez-vous penser à une personne dans votre vie qui a un préjugé avec lequel vous n'êtes pas d'accord?
- Imaginez si cette personne voyait quelqu'un envers qui elle avait un préjugé qui réussissait/échouait une tâche? Que penserait-elle? Qu'est-ce qu'elle dirait?
- Comment pourriez-vous modifier son opinion? Que devriez-vous lui demander de faire?
- Pourquoi pensez-vous que nous avons parlé de ceci? Quel est le lien avec votre expérience? »

C. L'auto-défense affirmative

Pour gérer les critiques, le patient peut apprendre l'autodéfense affirmative (Padesky, 1997). Le thérapeute doit amener le patient à :

1. Identifier les croyances négatives
2. Procéder à un jeu de rôle : le patient fait le critique (i.e. la croyance négative) et le thérapeute répond au critique
3. Puis, le patient répète les réponses à voix haute

Le but de l'exercice est de diminuer la tendance à se critiquer. Le patient se pratique à répondre au critique extérieur qui fait écho au critique intérieur.

Si le patient remarque la présence d'une critique interne, il doit :

1. Identifier la voix critique
2. Se souvenir de ce qu'il a appris au sujet de ce que les gens pensent de lui
3. Détourner l'attention vers l'extérieur
4. Se souvenir que ceci est la même voix négative qui l'a critiqué précédemment et choisir de pratiquer l'autocompassion

5.6 Terminaison et prévention des rechutes

5.6.1 Résumé de thérapie

À la séance 13, soit 2 séances avant la fin de la thérapie, le thérapeute demande au patient de relire ses notes de thérapie afin de réviser ce qu'il a appris dans la thérapie et d'écrire un résumé qu'il pourra relire en cas de besoin s'il y a un début de rechute dans certains contextes anxiogènes (ex. en cas de retour aux études).

Le thérapeute complète le document avec le patient au besoin.

Ce formulaire contient les questions suivantes (*voir dans la section outils de traitement en de manuel*):

- « Quels étaient les problèmes principaux au début du traitement?
- Qu'est-ce qui a maintenu le problème dans le temps (facteurs de maintien) ?
- Quelles étaient vos pensées sociales négatives clés : comment pourriez-vous y répondre? Quelles sont les preuves qu'elles sont fausses?
- Qu'avez-vous appris en thérapie (spécifier les croyances et stratégies nuisibles et les alternatives qui aident)?
- Quels progrès avez-vous fait en thérapie? Comment les choses sont-elles différentes maintenant?
- Quels sont vos objectifs pour le futur?
- Quel conseil donneriez-vous à une autre personne qui souffre d'anxiété sociale? »

5.6.2 Fiche de prévention des rechutes

Le patient est invité à remplir le tableau « En cas de rechute », qui est séparée en 2 parties :

1. La liste des symptômes qui peuvent indiquer un risque de rechute
2. Les principales mesures à prendre et les pièges à éviter en cas de rechute

Tableau 6 – Fiche de prévention des rechutes

<u>En cas de rechute</u>	
Situations à risque (pièges à éviter pour éviter une rechute)	Quoi faire si je crois qu'il peut s'agir d'une rechute?
Symptômes	

5.6.3 Entrevues de consolidation

Des entrevues de consolidation peuvent être offertes au patient 1, 2 et 6 mois après la fin de la TCC pour évaluer l'évolution du patient, les obstacles rencontrés et s'assurer que le patient continue à garder les bonnes habitudes apprises lors des séances.

5.6.4 Fin de la thérapie

Le thérapeute et le patient font le bilan de la thérapie en révisant les problèmes et objectifs initiaux. Le thérapeute souligner le courage et le travail du patient. Il peut rédiger une lettre de fin de thérapie qui résume ce que le patient a appris en thérapie et comment il a utilisé les outils appris.

SECTION 6

DÉROULEMENT DU TRAITEMENT

Section 6 : Déroulement du traitement

Tableau 7 – Déroulement des séances

<u>Séance</u>	<u>Composante</u>	<u>Description</u>
1	Évaluation psychologique	
	Évaluation détaillée	Identifier les principales situations sociales redoutées, les pensées, les symptômes d'anxiété, l'attention dirigée vers soi, les comportements sécurisants, les images, l'analyse précédant l'événement et le post-mortem
	Développer le modèle	Développer une version personnalisée du modèle
	Objectifs	Établir les objectifs à court, moyen, long terme
	Introduire les questionnaires	Expliquer pourquoi on doit remplir les questionnaires de façon régulière pendant le traitement
	Procurer des informations	Procurer des informations sur la nature et le traitement du TAS
2	L'attention dirigée vers soi et les expériences de comportements sécurisants	Exercices expérientiels par lesquels le patient pourra découvrir les conséquences délétères de l'attention dirigée sur soi et des comportements sécurisants

3	Rétroaction par vidéo et photo (qui seront introduites dans la séance 3, puis utilisées tout au long des séances 4-14)	Mettre à jour les images négatives, biaisées de soi Séance 3 : Vidéo d'expérimentation de comportements sécurisants et d'attention dirigée sur soi Séance 4-14 : Vidéos utilisées tout au long de la thérapie pour les Expériences Comportementales
4	L'entraînement de l'attention	Entraînement systématique de l'attention dirigée vers l'extérieur non-évaluatif. On débute en repérant les stimuli externes non-sociaux (le son dans la rue, le bruit des oiseaux, les couleurs, la musique) puis progresse vers les stimuli sociaux
2-14	Expériences comportementales	Pour tester les croyances spécifiques. Durant les expériences, les comportements sécurisants sont abandonnés et l'attention est dirigée vers l'extérieur (dans le but de recueillir de nouvelles informations)
6-14	Questionnaires	Pour découvrir le point de vue d'autrui sur la conséquence redoutée
6-14	Reconsidérer les souvenirs socialement traumatiques	Ré-encryptage ou entraînement discriminatoire des souvenirs d'expériences traumatisantes reliées aux images de soi actuelles
6-14	Analyse des inquiétudes et du post-mortem	Établir le fait que ces processus sont nuisibles et vérifier cette hypothèse en les remplaçant par la distraction
13-14	Prévention de la rechute	Pour mettre en évidence les apprentissages acquis en thérapie et planifier la façon de continuer à utiliser les nouveaux outils et identifier et surmonter les futurs défis

1^{re} ENTREVUE

Étapes

1. Histoire de cas habituelle.
2. Éliminer l'organicité.
3. Poser le diagnostic.
4. Expliquer le diagnostic au patient.
5. Prescrire une médication si c'est indiqué.
6. Déterminer s'il est approprié ou non de rencontrer des membres de la famille ou de l'entourage.
7. Expliquer le modèle de thérapie cognitivo-comportemental
8. Tâches à domicile :
 - a. Remettre un texte d'introduction
 - b. Remettre les questionnaires dans le but d'éliminer les autres diagnostics et pour confirmer celui de TAS
(*veuillez vous référer à la [Section 7](#)*)

2° ENTREVUE (Évaluation psychologique)

Étapes

1. Convenir d'un agenda pour la séance
2. Explorer des événements de la dernière semaine
3. Retour sur les questionnaires et lecture d'introduction
4. Évaluer de façon détaillée d'une situation d'anxiété sociale

Identifier:

- Les principales situations sociales redoutées
 - Les pensées
 - Les symptômes d'anxiété
 - L'attention dirigée vers soi
 - Les comportements sécurisants
 - Les images, l'analyse précédant l'événement et le post-mortem
5. Développer une version personnalisée du modèle en collaboration avec le patient
 6. Établir les objectifs à court, moyen, long terme
 7. Expliquer qu'il est important de compléter les questionnaires régulièrement puisqu'il s'agit d'un élément central de la thérapie (afin de suivre l'évolution des symptômes)
 - Avant chaque séance, il sera demandé au patient de compléter les questionnaires SAQ, SBQ et SCQ dans la salle d'attente
 8. Compléter les informations sur la nature et le traitement du TAS / Répondre aux questions du patient
 9. Prescrire des travaux à domicile:
 - Peaufiner son modèle personnalisé en prenant note des situations sociales et en ajoutant des détails additionnels sur les pensées, les images et les comportements sécurisants.

Exemple: Le patient se rend compte qu'en situation sociale, il laisse un de ses proches s'exprimer à sa place. Il rajoute cette information dans sa liste de comportements sécurisants.

3^e ENTREVUE

Étapes

1. convenir d'un agenda pour la séance
2. Regarder et commenter brièvement les questionnaires remplis dans la salle d'attente
3. Explorer les événements de la dernière semaine
4. Faire un retour sur les travaux à domicile
5. Expériences comportementales en lien avec l'attention dirigée vers soi et les comportements sécurisants
6. Assigner une tâche à domicile pour la prochaine séance
7. Demander au patient de résumer ce qu'il a appris et compléter avec le patient si certaines choses sont moins bien comprises
8. Rétroaction : demander au patient ce qu'il a aimé/n'a pas aimé, ce qui était utile/n'était pas utile

4^e à 15^e ENTREVUE

Étapes

À noter que les étapes suivantes s'appliquent aux séances 4 à 16, et pourront être adaptées en fonction des différentes situations sociales vécues par le patient en cours de thérapie

1. Convenir d'un agenda pour la séance
2. Regarder et commenter brièvement les questionnaires remplis dans la salle d'attente
3. Exploration des événements de la dernière semaine
4. Retour sur les travaux à domicile
5. Expériences comportementales en lien avec l'attention dirigée vers soi/l'extérieur et le recours à/l'abandon des comportements sécurisants
6. Assigner une tâche à domicile pour la prochaine séance
7. Demander au patient de résumer ce qu'il a appris et compléter avec le patient si certaines choses sont moins bien comprises
8. Rétroaction : demander au patient ce qu'il a aimé/n'a pas aimé, ce qui était utile/n'était pas utile

Spécificité pour l'entrevue 4:

Effectuer les vidéos de l'expérience de comportement sécurisant et d'attention dirigée sur soi

Spécificité pour l'entrevue 5:

Entraînement systématique à diriger l'attention vers l'extérieur de façon non évaluative en commençant par des stimuli externes non sociaux (sons dans la rue, musique, couleur) en progressant vers des situations sociales,

Spécificités pour les entrevues 7 à 15:

Inclure les sondages pour découvrir les points de vue des autres personnes sur les issues redoutées.

Inclure le recodage des souvenirs socialement traumatiques qui ont contribué à l'image de soi.

Inclure l'abandon des processus d'inquiétude et de post-mortem qui auront été préalablement établis comme étant nuisibles.

Spécificités pour les entrevues 14 et 15:

Séances de prévention de la rechute: Réfléchir aux apprentissages faits en thérapie et planifier la façon de continuer à utiliser les nouveaux outils, identifier et surmonter les défis qui pourraient se présenter dans le futur.

SECTION 7

INSTRUMENTS DE MESURE ET OUTILS DE TRAITEMENT

Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement

7.1 Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)

Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Traduction: Lepine.

Révision et validation française: Yao et al. 1999.

L'échelle de Liebowitz mesure les symptômes de phobie sociale.

Dépouillement et interprétation du score

Total (de 0 à 72): additionner tous les items de la colonne « Évitement ».

Cette classification, dans la version française, diverge légèrement de celle de Liebowitz. Dans la version américaine de l'échelle, l'item 21 a été coté « P » (performance), ce qui représente de toute évidence une erreur. La version française utilisée pour l'étude de validation (Yao *et al.*, 1999), a considéré l'item 21 : « Essayer de “draguer” quelqu'un » comme un item d'interaction sociale « S ».

Ce qui donne, finalement, le même nombre d'items « S » et d'items « P » pour l'ensemble de l'échelle : douze items d'interaction sociale et douze items de performance.

Pour le score total (à partir des études anglophones):

Phobie sociale modérée : 56-65.

Phobie sociale marquée : 65-80.

Phobie sociale sévère : 80-95.

Phobie sociale très sévère : plus de 95.

Validation

Avec l'échelle de phobie sociale du questionnaire des peurs de Marks et Matthews, c'est l'échelle la plus utilisée et la mieux validée en français ou en anglais.

Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Date :/...../.....

Nom : Prénom : Sexe : Âge :

	ANXIÉTÉ 0 = Aucune 1 = Légère 2 = Moyenne 3 = Sévère	ÉVITEMENT 0 = Jamais 1 = Occasionnel (0-33 %) 2 = Fréquent (33-66 %) 3 = Habituel (67-100 %)
1. Téléphoner en public (P)		
2. Participer au sein d'un petit groupe (P)		
3. Manger dans un lieu public (P)		
4. Boire en compagnie dans un lieu public (P)		
5. Parler à des gens qui détiennent une autorité (S)		
6. Jouer, donner une représentation ou une conférence (P)		
7. Aller à une soirée (S)		
8. Travailler en étant observé (P)		
9. Écrire en étant observé (P)		
10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien (S)		
11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
12. Rencontrer des inconnus (S)		
13. Uriner dans les toilettes publiques (P)		
14. Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis (P)		
15. Être le centre d'attention (S)		
16. Prendre la parole à une réunion (P)		
17. Passer un examen (P)		
18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
20. Faire un compte-rendu à un groupe (P)		
21. Essayer de « draguer » quelqu'un (S)		
22. Rapporter des marchandises dans un magasin (S)		
23. Donner une soirée (S)		
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant (S)		
TOTAL	A =	E =
Deux scores : S = Interaction sociale	A.S =	E.S =
P = Performance	A.P =	E.P =

7.2 Échelle de cotation de la phobie sociale Social Phobia Rating Scale (SPRS)

1. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure votre anxiété sociale a-t-elle été source de détresse?

Pas du tout						Modérément				Ça n'a jamais été pire
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure avez-vous évité des situations sociales à cause de l'anxiété?

Pas du tout						La moitié du temps				Tout le temps
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%

3. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e) gêné(e) dans des situations sociales difficiles?

Pas du tout			Modérément			Extrêmement gêné		Ça n'a jamais été pire		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Les gens gèrent leur anxiété sociale de différentes manières. Placez un chiffre dans l'échelle ci-dessous à côté de chaque élément énuméré pour indiquer la fréquence à laquelle vous faites ce qui suit lorsque vous êtes socialement anxieux.

Pas du tout						La moitié du temps				Tout le temps	
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%	
Ne pas dire grand chose			____	Contrôler mes pensées			____	Tenir mes bras immobiles			____
Respirer lentement			____	Essayer de me détendre			____	Me concentrer sur ma voix			____
Saisir fermement les objets			____	M'asseoir			____	Éviter le contact visuel			____
Bouger lentement			____	Couvrir mon visage			____	Parler rapidement			____
Utiliser la distraction			____	Porter certains vêtements			____	Me concentrer sur mes mains			____

5. Vous trouverez ci-dessous un certain nombre de pensées que les gens ont lorsqu'ils sont socialement anxieux. Indiquez dans quelle mesure vous croyez chaque pensée lorsque vous êtes socialement anxieux en plaçant un chiffre à côté de chacune d'elles dans l'échelle ci-dessous.

Je ne crois pas la pensée										Je suis convaincu(e) que la pensée est vraie
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
Je parais mal			____	Ils remarqueront que je suis anxieux			____			
Tout le monde me regarde			____	Je vais échapper et renverser des choses			____			
Je perds le contrôle			____	Je suis ennuyeux			____			
Je serai incapable de parler			____	Je suis inadéquat			____			
Je vais bégayer et parler bizarrement			____	Ils pensent que je suis stupide			____			
J'ai l'air anormal			____	Ils ne m'aiment pas			____			
Ils ne me respectent pas			____	Je vais avoir l'air stupide			____			

Autres pensées non énumérées :

1. _____
2. _____
3. _____

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.

*Traduction libre en français à partir de leur version anglaise originale par Camille Lévesque MD, Hervé Tchambo MD et Sophie Wang MD.

7.3 Questionnaire des cognitions sociales Social Cognition Questionnaire (SCQ)

Nom: Date:

QUESTIONNAIRE DES COGNITIONS SOCIALES

Vous trouverez ci-dessous quelques pensées qui traversent l'esprit des gens quand ils sont nerveux ou effrayés. Indiquez, à GAUCHE du formulaire, à **quelle fréquence au cours de la dernière semaine** chaque pensée s'est produite ; évaluez chaque pensée de 1 à 5 en utilisant l'échelle suivante :

1. La pensée ne survient jamais
2. La pensée survient rarement
3. La pensée survient la moitié des fois où je suis nerveux
4. La pensée survient souvent
5. La pensée survient toujours lorsque je suis nerveux

___	Je serai incapable de parler	___
___	Je ne suis pas aimable	___
___	Je vais trembler ou trembler de manière incontrôlable	___
___	Les gens vont me dévisager	___
___	Je suis stupide	___
___	Les gens vont me rejeter	___
___	Je serai paralysé par la peur	___
___	Je vais échapper ou renverser des choses	___
___	Je vais être malade	___
___	Je suis inadéquat	___
___	Je vais babiller ou parler bizarrement	___
___	Je suis inférieur	___
___	Je serai incapable de me concentrer	___
___	Je serai incapable d'écrire correctement	___
___	Les gens ne s'intéressent pas à moi	___
___	Les gens ne vont pas m'aimer	___
___	Je suis vulnérable	___
___	Je vais suer/transpirer	___
___	Je deviens rouge	___
___	Je suis bizarre/différent	___
___	Les gens vont voir que je suis nerveux	___
___	Les gens pensent que je suis ennuyant	___
___	Autres pensées non listées (veuillez préciser) :	___
___	_____	___
___	_____	___

Lorsque vous vous sentez anxieux, à quel point pensez-vous que chaque pensée est vraie? Veuillez évaluer chaque pensée en choisissant un nombre de l'échelle ci-dessous, et indiquer le nombre qui s'applique sur la ligne pointillée à **DROITE** du formulaire

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Je ne crois pas cette pensée						Je suis complètement convaincu que cette pensée est vraie				

Traduction libre du Social cognition questionnaire (SCQ): Développé par Adrian Wells, Lucia Stopa et David M Clark (1993)

Clark, D. M. (2005). Three questionnaires for measuring central constructs in the cognitive model of social phobia: preliminary analysis. Available from Professor David Clark, Department of Psychiatry, University of Oxford. *Traduction libre en français à partir de leur version anglaise originale par Camille Lévesque MD, Hervé Tchambo MD et Sophie Wang MD.

7.4 Questionnaire de comportement social Social Behavior Questionnaire (SBQ)

Nom:

Date:

QUESTIONNAIRE DE COMPORTEMENT SOCIAL

Veillez encercler le mot qui décrit le mieux la fréquence à laquelle vous faites les choses suivantes lorsque vous êtes anxieux dans ou avant une situation sociale.

Prendre de l'alcool pour gérer mon anxiété	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Essayer de ne pas attirer l'attention	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Faire un effort pour m'exprimer correctement avec les bons mots	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Vous assurer que vous vous présentez bien	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Éviter le contact visuel	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Parler moins	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Éviter de poser des questions	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Essayer d'imaginer comment les autres vous perçoivent	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Tenir fermement les tasses ou les verres	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Vous positionner pour ne pas vous faire remarquer	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Essayer de contrôler les tremblements	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Choisir des vêtements qui empêchent ou dissimulent la transpiration	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Porter des vêtements ou du maquillage pour cacher le rougissement	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Préparer des phrases dans votre tête	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Censurer ce que vous allez dire	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Essayer de penser à autre chose ou d'oublier ce qui est en train de se passer	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Éviter de parler de vous	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Éviter de bouger	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Poser beaucoup de questions	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Penser positivement	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Rester en périphérie des groupes	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Éviter les pauses lorsque vous parlez	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Cacher votre visage	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Essayer de penser à d'autres choses	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Parler davantage	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Essayer d'agir comme une personne normale	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Essayer de garder un contrôle étroit sur votre comportement	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Faire un effort pour bien paraître aux yeux des autres	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Planifier des sujets de conversation à l'avance	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

Clark, D.M., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., McManus, F., & Wells, A. (1995). Social behaviour questionnaire, Unpublished manuscript. Récupéré de www.oxcadatresources.com Traduction libre en français à partir de leur version anglaise originale par Camille Lévesque MD, Hervé Tchambo MD et Sophie Wang MD.

7.5 Questionnaire des attitudes sociales

Social attitudes questionnaire

Nom:

Date:

QUESTIONNAIRE DES ATTITUDES SOCIALES

Ce questionnaire répertorie différentes attitudes et croyances présentes chez certaines personnes. Lisez attentivement CHAQUE affirmation et décidez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations.

Pour chacune des attitudes, encerclez la réponse qui correspond LE MIEUX AVEC CE QUE VOUS PENSEZ. Vous ne pouvez encercler qu'une seule réponse par affirmation. Comme tout le monde est différent, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse à ces affirmations.

Pour décider si une attitude donnée est typique de votre manière de voir les choses, gardez simplement en tête comment vous êtes LA PLUPART DU TEMPS.

Je n'ai pas besoin de l'approbation de tout le monde

TOUT À FAIT D'ACCORD	TRÈS D'ACCORD	UN PEU D'ACCORD	NEUTRE	UN PEU EN DÉSACCORD	TRÈS EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD
-------------------------	------------------	--------------------	--------	------------------------	----------------------	--------------------------------

Je ne dois pas montrer de signes de faiblesse aux autres

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Si je fais une erreur lors d'une situation sociale, les autres me rejeteront

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Tout le monde me regardera et pensera que je suis étrange si je n'agis pas normalement

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Je ne suis pas aimable

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Les autres sont plus anxieux que moi

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Je suis différent(e)

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Les autres sont plus capables de bien agir en situation sociale que moi

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Je dois paraître intelligent(e) et amusant(e)

TOUT À FAIT D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
----------------------	------------------------	--------	----------------------------	--------------	--------------------------

J'ai l'air aussi anxieux(se) que je le suis

TOUT À FAIT D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
----------------------	------------------------	--------	----------------------------	--------------	--------------------------

Si d'autres personnes pensent que je suis inférieur(e), c'est que je le suis

TOUT À FAIT D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
----------------------	------------------------	--------	----------------------------	--------------	--------------------------

Je ne suis pas acceptable

TOUT À FAIT D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
----------------------	------------------------	--------	----------------------------	--------------	--------------------------

L'anxiété n'est pas un signe de faiblesse

TOUT À FAIT D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
----------------------	------------------------	--------	----------------------------	--------------	--------------------------

Les autres sont plus compétents que moi

TOUT À FAIT D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
----------------------	------------------------	--------	----------------------------	--------------	--------------------------

Les autres sont plus acceptables et aimables que moi

TOUT À FAIT D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
----------------------	------------------------	--------	----------------------------	--------------	--------------------------

Mon anxiété est évidente aux yeux des autres

TOUT À FAIT D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
----------------------	------------------------	--------	----------------------------	--------------	--------------------------

Si quelqu'un ne m'aime pas, c'est de ma faute

TOUT À FAIT D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
----------------------	------------------------	--------	----------------------------	--------------	--------------------------

Ma valeur ne dépend pas de l'approbation des autres

TOUT À FAIT D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
----------------------	------------------------	--------	----------------------------	--------------	--------------------------

Je ne dois pas laisser les autres percevoir que je suis anxieux(se)

TOUT À FAIT D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
----------------------	------------------------	--------	----------------------------	--------------	--------------------------

Les autres pensent que je ne suis pas intéressant(e)

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Si les autres apprennent vraiment à me connaître, ils ne m'apprécieront pas

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Si je n'apparais pas calme, décontracté et en contrôle, les autres me rejettent

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Je suis inférieur(e)

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Je suis vulnérable

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Les autres sont moins anxieux que moi

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Les autres peuvent facilement voir à travers moi et voir mes faiblesses

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Je n'ai pas besoin d'être apprécié(e) par tout le monde

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Je suis une personne bizarre

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Si les autres voient que je suis anxieux(se), ils vont m'humilier, me ridiculiser et me rabaisser

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Si je suis en désaccord avec quelqu'un, ils vont penser que je suis stupide ou ils me rejettent

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Je suis étrange/particulier(e)

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAACCORD	EN DÉSAACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSAACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	--------------------------------	------------------	---------------------------------

Je suis important(e) pour les autres

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAACCORD	EN DÉSAACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSAACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	--------------------------------	------------------	---------------------------------

Les gens voient l'anxiété comme un signe de faiblesse

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAACCORD	EN DÉSAACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSAACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	--------------------------------	------------------	---------------------------------

Je dois bien faire les choses pour être accepté(e)

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAACCORD	EN DÉSAACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSAACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	--------------------------------	------------------	---------------------------------

Si je ne suis pas amusant(e) et intéressant(e), les autres ne m'apprécieront pas

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAACCORD	EN DÉSAACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSAACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	--------------------------------	------------------	---------------------------------

Si je maintiens les apparences, je pourrais m'en sortir

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAACCORD	EN DÉSAACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSAACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	--------------------------------	------------------	---------------------------------

Mes opinions ne valent rien

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAACCORD	EN DÉSAACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSAACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	--------------------------------	------------------	---------------------------------

Quand les autres voient que je suis anxieux/anxieuses, ils voient le vrai moi, celui qui est inférieur

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAACCORD	EN DÉSAACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSAACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	--------------------------------	------------------	---------------------------------

Je suis attirant(e)

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAACCORD	EN DÉSAACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSAACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	--------------------------------	------------------	---------------------------------

Si les autres voient que je suis anxieux(se), ils vont me trouver étrange

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAACCORD	EN DÉSAACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSAACCORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	--------------------------------	------------------	---------------------------------

Les gens ne tolèrent pas les signes de faiblesse

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Si quelqu'un pensait que je suis inférieur à lui, je ne pourrais pas le supporter

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Si je suis silencieux(se), les autres penseront que je suis ennuyant(e)

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Je suis inadéquat(e)

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Si les autres voient que je suis anxieux(se), ils penseront que je suis faible ou inférieur(e)

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Je suis intéressant(e)

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Si les autres me regardent, cela signifie qu'ils pensent des choses négatives à propos de moi

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Je suis une personne ennuyante

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Même si les autres perçoivent mon anxiété, cela ne signifie pas que je suis inférieur(e) à eux

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Je dois toujours être à la hauteur des attentes des autres

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PARTIELLEMENT D'ACCORD	NEUTRE	PARTIELLEMENT EN DÉSAccORD	EN DÉSAccORD	TOUT À FAIT EN DÉSAccORD
-------------------------	----------	---------------------------	--------	-------------------------------	-----------------	--------------------------------

Clark, D. M. (2005). Three questionnaires for measuring central constructs in the cognitive model of social phobia: preliminary analysis. Available from Professor David Clark, Department of Psychiatry, University of Oxford. Traduction libre en français à partir de leur version anglaise originale par Camille Lévesque MD, Hervé Tchambo MD et Sophie Wang MD.

7.6 Échelle résumée hebdomadaire de l'anxiété sociale- Social phobia weekly summary scale

ÉCHELLE RÉSUMÉE HEBDOMADAIRE DE L'ANXIÉTÉ SOCIALE

- a) Veuillez encercler dans l'échelle ci-bas, le chiffre qui décrit le mieux la sévérité de votre anxiété sociale dans la dernière semaine :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout dérangeant et/ou incapacitant		Légèrement dérangeant et/ou incapacitant		Définitivement dérangeant et/ou incapacitant		Dérangeant et/ou incapacitant de façon marquée		Sévèrement dérangeant et/ou incapacitant

- b) Veuillez encercler dans l'échelle ci-bas, le chiffre qui indique à quelle fréquence, dans la dernière semaine, vous avez évité des situations sociales difficiles ou certains aspects de ces situations :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout		Rarement		Parfois		Souvent		Toujours

- c) Pour les situations sociales *en général*, veuillez choisir dans l'échelle ci-bas, le chiffre qui montre dans quelle mesure votre attention était dirigée sur vous ou sur la situation externe, dans la dernière semaine:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Entièrement dirigée à l'extérieur				Les deux également				Entièrement dirigée sur soi

- d) Pour les situations sociales *que vous avez trouvées difficiles*, veuillez choisir dans l'échelle ci-dessous, le chiffre qui montre dans quelle mesure votre attention était dirigée sur vous-même ou sur la situation externe dans la dernière semaine :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Entièrement dirigée à l'extérieur				Les deux également				Entièrement dirigée sur soi

- e) Dans la dernière semaine, à quelle fréquence avez-vous évoqué à l'esprit des choses que vous pensiez qui pourraient mal tourner dans une situation sociale, *avant d'entrer dans la situation* :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout		Rarement		Parfois		Souvent		Toujours

- f) Dans la dernière semaine, à quelle fréquence avez-vous défilé dans votre esprit des interactions sociales *après qu'elles soient terminées* :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout		Rarement		Parfois		Souvent		Toujours

Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058–1067. *Traduction libre en français à partir de leur version anglaise originale par Camille Lévesque MD, Hervé Tchambo MD et Sophie Wang MD.

Outils de traitement

7.7 Tableau d'enregistrement de l'attention dirigée sur soi et des expériences comportementales

Est-ce que c'est arrivé?

0% | | | | 50% | | | |
Pas du tout Totallement

Jusqu'à quel point étiez-vous anxieux?

0% | | | | 50% | | | |
Pas du tout Totallement

Jusqu'à quel point aviez-vous l'air anxieux?

0% | | | | 50% | | | |
Pas du tout Totallement

Jusqu'à quel point croyez-vous avoir bien performé?

0% | | | | 50% | | | |
Pas du tout Totallement

Aviez-vous une image de vous? Oui Non

Jusqu'à quel point l'attention était-elle dirigée vers l'intérieur et sur comment vous paraissiez vs attention dirigée vers l'extérieur et sur les autres?

0% | | | | 50% | | | |
Attention totalement dirigée vers l'intérieur Attention totalement dirigée vers l'extérieur

Jusqu'à quel point avez-vous eu recours aux comportements sécurisants?

0% | | | | 50% | | | |
Pas du tout Totallement

Adapté de www.oxcadatressources.com

*Traduction libre en français à partir de leur version anglaise originale par Camille Lévesque MD, Hervé Tchambo MD et Sophie Wang MD.

Quelle était votre impression générale de?

Avez-vous remarqué (comportement)?

Si oui, comment l'avez-vous interprété?

Jusqu'à quel point avez-vous pensé paraissait (peur spécifique)? Jusqu'à quel point était-ce présent et pourquoi?

Adapté et traduit de www.oxcadatressources.com

7.8 Tableau d'enregistrement des expériences comportementales

Date	Situation	Prédiction Qu'est ce qui va arriver? Comment le saurez-vous? Évaluez le degré de conviction (0-100%)	Expérience Comment allez-vous tester cette prédiction?	Résultat Que s'est-il passé? La prédiction était-elle juste?	Qu'ai-je appris? 1. Conclusion (évaluez le degré de conviction de 0-100%) 2. Évaluez la probabilité que ce qui a été prédit survienne plus tard (0-100%)

Adapté de www.oxcadatressources.com Échelle traduite par Thanh-Lan Ngo, M.D.

7.9 Mon résumé de la thérapie

Quelle est l'origine de votre anxiété sociale?

Pouvez-vous vous souvenir de quand elle a débuté? Est-ce que quelque chose d'important ou significatif est arrivé à l'époque? Est-ce que des expériences subséquentes ont empiré votre anxiété sociale?

Comment s'est-elle maintenue dans le temps?

Conséquences du focus sur soi et de l'auto-observation, conséquences des comportements sécurisants auxquels vous avez recours, importance des émotions plutôt que votre comportement, évitement des situations

Tableau 9 – Pensées négatives principales

Quelles étaient vos pensées et croyances négatives principales et vos réponses à ces pensées?

Pensées négatives	Réponses à ces questions	Évidence qui soutient ces réponses

Qu'avez-vous appris en thérapie?

Qu'est-ce qui a été utile? Qu'avez-vous appris sur le rôle des comportements sécurisants?

Qu'avez-vous appris sur l'effet du focus sur soi et des images de soi?

Comment gérer les défis dans le futur?

Qu'est-ce qui pourrait arriver dans le future pour miner votre confiance en vous? Quelles pensées pourraient resurgir? Est-ce que vous recommenceriez à rediriger l'attention sur vous?

Pourriez-vous vous baser sur vos émotions pour déduire ce que les autres pensent de vous?

Que devriez-vous faire si vous remarquez une rechute : faites la liste des stratégies qui pourraient être aidantes? De quoi voudriez-vous vous rappeler? Quelles expériences pourraient vous aider à surmonter l'obstacle?

Comment aller plus loin?

Que devez-vous faire pour maintenir ces changements et amélioration? Qu'est-ce qui reste à travailler? Quel pourrait être un bon plan d'action. Reste-t-il des problèmes? Des choses que vous évitez? Pourriez être le centre de l'attention? Jusqu'à quel point croyez-vous vos nouvelles pensées? S'il reste des doutes que pourriez-vous faire pour les cibler? Compte tenu de ce que vous avez appris, qu'est-ce qui pourrait vous aider à maintenir ces pensées dans le futur?

Adapté de www.oxcadatresources.com

7.10 Inventaire de dépression de Beck Beck depression inventory

Nom : _____

Date : _____

Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.

1.	0 () 1 () 2 () 2 () 3 ()	Je ne me sens pas triste. Je me sens morose ou triste. Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.	11.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. Je me sens irrité(e) tout le temps. Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.
2.	0 () 1 () 2 () 2 () 3 ()	Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. Je me sens découragé(e) à propos du futur. Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer	12.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.
3.	0 () 1 () 2 () 2 () 3 ()	Je ne sens pas que je suis un échec. Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).	13.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.
4.	0 () 1 () 2 () 2 () 3 ()	Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps. Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. Je suis mécontent(e) de tout.	14.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait. Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. Je me sens laid(e) et répugnant(e).
5.	0 () 1 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne me sens pas particulièrement coupable. Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. Je me sens plutôt coupable. Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.	15.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit. Je ne peux faire aucun travail.
6.	0 () 1 () 2 () 3 () 3 ()	Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. Je sens que je suis ou serai puni(e). Je sens que je mérite d'être puni(e). Je veux être puni(e).	16.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je peux dormir aussi bien que d'habitude. Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude. Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures.
7.	0 () 1 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. Je suis déçu(e) de moi-même. Je ne m'aime pas. Je suis dégoûté(e) de moi-même. Je me hais.	17.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. Je me fatigue plus facilement qu'avant. Je me fatigue à faire quoi que ce soit. Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
8.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne sens pas que je suis pire que les autres. Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. Je me blâme pour mes fautes. Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal.	18.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Mon appétit est aussi bon que d'habitude. Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude. Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. Je n'ai plus d'appétit du tout.
9.	0 () 1 () 2 () 2 () 3 () 3 ()	Je n'ai aucune idée de me faire du mal. J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. Je sens que je serais mieux mort(e). Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). J'ai des plans définis pour un acte suicidaire. Je me tuerais si je le pouvais.	19.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement). J'ai perdu plus de 5 livres. J'ai perdu plus de 10 livres. J'ai perdu plus de 15 livres.
10.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne pleure pas plus que d'habitude. Je pleure plus maintenant qu'auparavant. Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter. Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.	20.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
			21.	0 () 1 () 2 () 3 ()	Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

Andrews G, Bell C, Boyce P, et al. *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2018;52(12):1109-1172.

Andrews G, Slade T, Issakidis C. *Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being*. *Br J Psychiatry*. 2002 Oct;181:306-14. doi: 10.1192/bjp.181.4.306. PMID: 12356657.

Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. *Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review*. *Clin Psychol Rev*. 2016 Feb;43:30-46. doi: 10.1016/j.cpr.2015.11.008. Epub 2015 Dec 2. PMID: 26688478; PMCID: PMC4771521.

Blakey SM, Abramowitz JS. *The effects of safety behaviors during exposure therapy for anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective*. *Clin Psychol Rev*. 2016 Nov;49:1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2016.07.002. Epub 2016 Jul 25. PMID: 27475477.

Butler, G. (1999, 2008). *Overcoming social anxiety and shyness: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. New York University Press.

Chaloult, L., Goulet, J., Ngô, T.L. (2014). *Guide de pratique pour le traitement du Trouble anxiété sociale*. Récupéré du site www.tccmontreal.com

Chambless DL, Fydrich T, Rodebaugh TL (2008). *Generalized social phobia and avoidant personality disorder: meaningful distinction or useless duplication?* *Depression and Anxiety*, 25 (1) pp. 8-19

Clark DM, Ehlers A, McManus F, Hackmann A, Fennell M, Campbell H, Flower T, Davenport C, Louis B. *Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial*. *J Consult Clin Psychol*. 2003, 71: 1058-1067.

Clark DM, Pilling S, Mayo-Wilson E, et al. *Social anxiety disorder: the NICE guideline on the recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder*. London: Royal College of Psychiatrists, 2013.

Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405–430). John Wiley & Sons Ltd.

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). The Guilford Press.

Colette Hirsch, Tim Meynen & David Clark (2004). *Negative self-imagery in social anxiety contaminates*

social interactions, Memory, 12:4, 496-506, DOI: 10.1080/09658210444000106

Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). *The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey*. *Depression and anxiety*, 26(4), 354-362.

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, 61: 1005-1013.

Ehlers A., & Clark D. M. (2000). *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. Behaviour Research and Therapy, 38, 319–345.

Emma Warnock-Parkes, Jennifer Wild, Richard Stott, Nick Grey, Anke Ehlers, David M. Clark. *Seeing Is Believing: Using Video Feedback in Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder*, Cognitive and Behavioral Practice, Volume 24, Issue 2, 2017, Pages 245-255, ISSN 1077-7229,

Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Marx, B. P., & Franklin, M. E. (2006). *Traumatic and socially stressful life events among persons with social anxiety disorder*. Journal of anxiety disorders, 20(7), 896-914.

Freda McManus, David M. Clark, Nick Grey, Jennifer Wild, Colette Hirsch, Melanie Fennell, Ann Hackmann, Louise Waddington, Sheena Liness, John Manley. *A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia*, Journal of Anxiety Disorders, Volume 23, Issue 4, 2009, Pages 496-503,ISSN 0887-6185

Gelernter C, Uhde T, Cimboic P, Arnkoff D, Vittone B, Tancer M, Bartko J: *Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study*. Arch Gen Psychiatry. 1991, 48: 938

Hackmann, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). *Seeing yourself through other's eyes: a study of spontaneously occurring images in social phobia*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 26(1), 3-12.

Haug T, Blomhoff S, Hellstrom K, Holme I, Humble M, Madsbu H, Wold J: *Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial*. Br J Psychiatry. 2003, 182: 312-318.

Heimberg R, Liebowitz M, Hope D, Schneier F, Holt C, Welkowitz L, Juster H, Campeas R, Bruch M, Cloitre M, et al: *Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome*. Arch Gen Psychiatry. 1998, 55: 1133-1141.

Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). *Psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale*. *Psychological medicine*, 29(1), 199-212.

Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). *Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder*. *Journal of Abnormal psychology*, 101(2), 332.

Hofmann SG, Scepkowski LA. *Social Self-Reappraisal Therapy for Social Phobia: Preliminary Findings*. *J Cogn Psychother*. 2006;20(1):45-57. doi:10.1891/jcop.20.1.45

Hofmann SG. *Self-focused attention before and after treatment of social phobia*. Behav Res Ther. 2000

Jul;38(7):717-25. doi: 10.1016/s0005-7967(99)00105-9. PMID: 10875193.

Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive-behavior therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder-specific treatment techniques*. Routledge/Taylor & Francis Group.

Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). *Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia*. *Journal of abnormal psychology*, 101(2), 318

Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P. et al. *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders*. *BMC Psychiatry* 14, S1 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>

Leahy, R. L., Holland, S. J. F., & McGinn, L. K. (2012). *Treatment plans and interventions for evidence-based psychotherapy. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders (2nd ed.)*. Guilford Press.

Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., ... & Leibing, E. (2013). *Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial*. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 759-767.

Liebowitz M, Heimberg R, Schneier F, Hope D, Davies S, Holt C, Goetz D, Juster H, Lin S, Bruch M, et al. *Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: long-term outcome*. *Depress Anxiety*. 1999, 10: 89-98.

Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). *Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis*. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 368-376.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE: 2013). *Social; anxiety disorder: recognition, assessment, and treatment*. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159/resources/social-anxiety-disorder-recognition-assessment-and-treatment-pdf-35109639699397>

Newby, JM, McKinnon, A, Kuyken, W. (2015) *Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood*. *Clinical Psychology Review* 40: 91–110.

Nordahl HM, Vogel PA, Morken G, Stiles TC, Sandvik P, Wells A. *Paroxetine, Cognitive Therapy or Their Combination in the Treatment of Social Anxiety Disorder with and without Avoidant Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial*. *Psychother Psychosom*. 2016;85(6):346-356. doi: 10.1159/000447013. Epub 2016 Oct 15. PMID: 27744447.

Otto M, Pollack M, Gould R, Worthington J, McArdle E, Rosenbaum J: *A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia*. *J Anxiety Disord*. 2000, 14: 345-358.

Plasencia, M. L., Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2011). *Differential effects of safety behaviour subtypes in social anxiety disorder*. *Behaviour research and therapy*, 49(10), 665-675.

Prasko J, Dockery C, Horacek J, Houbova P, Kosova J, Klaschka J, Paskova B, Praskova H, Seifertova

D, Zalesky R, Hoschl C: *Moclobemide and cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia. A six-month controlled study and 24 months follow up.* Neuro Endocrinol Lett. 2006, 27: 473-481.

Rapee RM, Heimberg RG. *A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia.* Behav Res Ther. 1997 Aug;35(8):741-56. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00022-3. PMID: 9256517.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. I. (2017). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Salkovskis, P. M. (1991). *The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account.* Behavioural Psychotherapy, 19(1), 6–19. <https://doi.org/10.1017/S0141347300011472>

Salzer, S., Stefini, A., Kronmüller, K. T., Leibing, E., Leichsenring, F., Henningsen, P., & Steil, R. (2018). *Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in adolescents with social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial.* Psychotherapy and psychosomatics, 87(4), 223-233.

Site internet de Statistiques Canada, *Mental illness, section B: Anxiety disorders, part III: Social phobia.* <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-619-m/2012004/sections/sectionb-eng.htm#a3>

Spurr JM, Stopa L. *Self-focused attention in social phobia and social anxiety.* Clin Psychol Rev. 2002 Sep;22(7):947-75. doi: 10.1016/s0272-7358(02)00107-1. PMID: 12238248.

Stangier U, Schramm E, Heidenreich T, Berger M, Clark DM. *Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial.* Arch Gen Psychiatry. 2011 Jul;68(7):692-700. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.67. PMID: 21727253.

Stopa, L., & Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour research and therapy*, 38(3), 273-283.

Taylor CT, Alden LE. *To see ourselves as others see us: an experimental integration of the intra and interpersonal consequences of self-protection in social anxiety disorder.* J Abnorm Psychol. 2011 Feb;120(1):129-41

Thomas L. Rodebaugh, Robert M. Holaway, Richard G. Heimberg, *The treatment of social anxiety disorder*, Clinical Psychology Review, Volume 24, Issue 7, 2004, pp 883-908, ISSN 0272-7358, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.007>.

Van Velzen, C. J., Emmelkamp, P. M., & Scholing, A. (2000). *Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: Differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning.* Journal of Anxiety Disorders, 14(4), 395-411.

Vriends, N., Bolt, O. C., Meral, Y., Meyer, A. H., Bögels, S., & Wilhelm, F. H. (2019). *Does self-focused attention in social anxiety depend on self-construal? Evidence from a probe detection paradigm.* Journal of experimental psychopathology, 7(1), 18–30.

Wells A, Clark DM, Salkovskis P, Ludgate J, Hackmann A, Gelder M. *Social Phobia: The Role of In-Situation Safety Behaviors in Maintaining Anxiety and Negative Beliefs - Republished Article.* Behav Ther. 2016 Sep;47(5):669-674. doi: 10.1016/j.beth.2016.08.010. PMID: 27816079.

Wells A, Papageorgiou C. *Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking*. Behavior Therapy 1998;29:357–370.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. John Wiley & Sons Inc.

Williams T, Hattingh CJ, Kariuki CM, Tromp SA, van Balkom AJ, Ipser JC, Stein DJ. *Pharmacotherapy for social anxiety disorder*. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Oct 19;10(10).
