

DR GISÈLE GEORGE
THOMAS VILLEMONTÉIX

Soigner l'anxiété sociale chez l'enfant et l'adolescent

La thérapie d'estime et d'affirmation de soi

Préface de Charly Cungi

RETZ

www.editions-retz.com

9 bis, rue Abel Hovelacque

75013 Paris

**Collection Savoir-Faire Psy
dirigée par le Dr Charly Cungi**

Les praticiens sont confrontés quotidiennement à la souffrance des patients. Ils peuvent se sentir démunis s'ils ne disposent que des apports de l'enseignement théorique, même de très bonne qualité, que dispensent l'Université ou les associations professionnelles reconnues. Ces enseignements ne peuvent, en effet, remplacer la nécessaire **formation pratique** sur le terrain clinique, chez les étudiants en psychothérapie, en psychologie, en psychiatrie, chez les médecins et, plus généralement, chez les soignants.

Or, en la matière, la pratique, c'est surtout **l'entraînement aux méthodes**. Cela se fait généralement dans le cadre des supervisions et des intervisions de professionnels. Mais leur nombre est, malheureusement, trop restreint. Il faut donc, bien sûr, favoriser la création de nouveaux groupes de supervision mais aussi développer de nouvelles techniques d'entraînement.

L'objectif de la collection **Savoir-Faire Psy** est de proposer des **manuels** d'entraînement pratique. Les ouvrages de cette collection sont le fruit de l'expérience d'équipes soignantes, longuement réfléchi et validée. Ils favorisent la logique fonctionnelle et pédagogique plutôt que l'approche théorique et discursive. Ainsi, les **exemples cliniques** sont traités sous forme de descriptions, d'extraits d'entretien, de comptes rendus expérimentaux, afin de permettre un apprentissage par modèle. L'interactivité est encouragée également par les exercices qui sont systématiquement proposés. Enfin, des supports audiovisuels (CD-Rom ou DVD) peuvent être joints aux ouvrages pour mieux illustrer les méthodes.

Rédigés par des spécialistes français et étrangers reconnus, les ouvrages de la collection sont tous solidement référencés d'un point de vue scientifique. Les enseignants peuvent, sans difficulté, les intégrer dans leurs formations, les conseiller en lectures dirigées et orienter les soignants en formation vers les exercices adaptés qu'ils proposent de façon méthodique.

Le directeur de la collection peut être contacté directement par courriel (cungi@wanadoo.fr) ou par courrier chez l'éditeur :
Dr Charly Cungi, Éditions Retz, 9 bis rue Abel-Hovelacque 75013 Paris.

Direction éditoriale	Sylvie Cuchin
Édition	Anne Marty
Corrections	Gérard Tassi
Mise en page	APS Chromostyle

Préface	7
---------------	---

Première partie

Anxiété sociale, estime de soi et confiance en soi : contexte théorique et données scientifiques

Chapitre 1 : Le trouble d'anxiété sociale

Introduction	12
Le trouble d'anxiété sociale : présentation	13
Phénoménologie	13
Critères diagnostiques.....	15
Faut-il plutôt parler de phobie sociale ou d'anxiété sociale ?.....	17
Existe-t-il des sous-types au sein du trouble d'anxiété sociale ?.....	17
Le diagnostic différentiel	20
Quelles sont les comorbidités attendues ?.....	21
Pourquoi traiter le trouble d'anxiété sociale dès l'enfance ou l'adolescence ?	22
Y a-t-il des symptômes spécifiques chez l'enfant et l'adolescent ?	23
L'anxiété face aux examens est-elle une forme d'anxiété sociale ?	24
Anxiété sociale et anxiété de séparation	24
Où situer la limite entre le normal et le pathologique ?	25
Étiologie	26
Facteurs génétiques et tempérament.....	26
Facteurs environnementaux	28
Influences parentales.....	28
Expériences conditionnantes	30
Développement et maintien du trouble d'anxiété sociale.....	30
Instruments de mesure	32

Chapitre 2 : Confiance en soi, estime de soi, anxiété sociale

L'estime de soi	40
Une haute estime de soi est-elle désirable ?	42
La confiance en soi	43
Confiance en soi, estime de soi et anxiété sociale	44

Deuxième partie



La thérapie d'estime et d'affirmation de soi

Chapitre 3 : La thérapie d'estime et d'affirmation de soi : Présentation	
Public visé	51
Objectifs	54
Apprentissage des comportements verbaux et non verbaux	54
Expression et reconnaissance des émotions.....	55
Développement de l'estime de soi	55
Restructuration cognitive et diminution du vécu anxieux	56
Entraînement à la résolution de problèmes.....	57
L'augmentation de l'écoute, de l'attention, de la pleine conscience	58
Organisation d'une session type	59
Chapitre 4 : La thérapie d'estime et d'affirmation de soi :	
La pratique avec les enfants	
Intérêt de la thérapie de groupe	64
Trois types d'enfants : actifs, passifs et récalcitrants	65
La pratique de la thérapie de groupe avec les enfants	67
Rôle du thérapeute	67
L'aspect ludique de la pratique.....	67
L'agressivité dans le groupe.....	67
Maintien de l'attention et de la concentration.....	68
Maintien de la discipline	69
Relation avec les parents	69
Chapitre 5 : La thérapie d'estime et d'affirmation de soi :	
La préparation au groupe	
Le contrat thérapeutique	72
Préparation psychologique à une thérapie de groupe	73
Chapitre 6 : Première session : Rencontrer des inconnus sans crainte	
Activités de la séance	76
Introduction au thème de la séance	76
Récapitulatif de la séance	81
Commentaires pour le thérapeute	82
Compléments envisageables	83
Le jeu du regard	83
Débats de look	83
Chapitre 7 : Deuxième session : Parler de soi, soutenir une conversation	
Revue des tâches	86
Activités de la séance	87
Le jeu du journaliste.....	87
Récapitulatif de la séance	91
La relaxation : le cinéma intérieur	92
Commentaires pour le thérapeute	93

Compléments envisageables	94
Tuer le ridicule	94
Le trait rouge	95
L'objet fétiche	95
Chapitre 8 : Troisième session : Comment se débarrasser des moqueurs ?	
Revue des tâches	98
Activités de la séance : le « et alors ? »	99
Quel est le but du moqueur ?	99
Comment ne pas réagir ?	100
Jeux de rôle	101
Récapitulatif de la séance	101
Commentaires pour le thérapeute	102
Chapitre 9 : Quatrième session : « Pourquoi suis-je là ? » Définition des comportements d'anxiété sociale	
Revue des tâches	104
Activités de la séance	105
Qu'est-ce que l'anxiété sociale ?	105
Définition des comportements anxieux sociaux : « Pourquoi suis-je là ? » ...	107
Récapitulatif de la séance	113
Commentaires pour le thérapeute	114
Chapitre 10 : Cinquième session : Définition du comportement assertif	
Revue des tâches	116
Activités de la séance	117
Définition du comportement assertif « koala »	117
Expression et reconnaissance des émotions : application par le jeu	119
Récapitulatif de la séance	120
Commentaires pour le thérapeute	121
Chapitre 11 : Sixième session : Communiquer positivement	
Revue des tâches	124
Activités de la séance	125
Comment faire un compliment	126
Jeux de rôle	127
Récapitulatif de la séance	128
Commentaires pour le thérapeute	129
Complément envisageable : la chaise aux compliments	129
Chapitre 12 : Septième session : Comment recevoir un compliment ?	
Revue des tâches	132
Activités de la séance	133
Quelles sont les réponses classiques aux compliments ?	133
Comment répondre aux compliments ?	135
Récapitulatif de la séance	136
Commentaires pour le thérapeute	137

Chapitre 13 : Huitième session : Comment faire une critique ?	
Revue des tâches	140
Activités de la séance	141
Intérêt de faire une critique	141
Comment émettre une critique efficace ?	143
Jeux de rôle	144
Récapitulatif de la séance	146
Commentaires pour le thérapeute	146
Chapitre 14 : Neuvième session : Répondre à une critique	
Revue des tâches	150
Activités de la séance	152
La réponse aux critiques généralisées ou personnalisées	152
La critique est vraie	153
La critique est fausse, il faut se défendre	155
Jeux de rôle	157
Récapitulatif de la séance	158
Commentaires pour le thérapeute	158
Chapitre 15 : Dixième session : Défendre ses intérêts	
Revue des tâches	162
Activités de la séance	162
Jeux de rôle	164
Le jeu de la boulangère	165
Récapitulatif de la séance	165
Commentaires pour le thérapeute	166
Chapitre 16 : Dernière session : Le bilan thérapeutique	
Le bilan du groupe	168
La séance avec les parents	169
Première étape	170
Deuxième et troisième étapes	170
Commentaires pour le thérapeute	172

Préface

Par le Dr Charly Cungi

Psychiatre psychothérapeute FMH, clinique Belmont, Genève
Directeur de l'enseignement de l'Ifforthecc

Merci beaucoup à Gisèle George et Thomas Villemonteix de partager avec nous leur savoir et leur savoir-faire dans un ouvrage particulièrement bien documenté et si pratique pour un clinicien.

La première partie de l'ouvrage fait le point sur l'anxiété sociale chez l'enfant et l'adolescent, mais également sur les autres troubles anxieux, les différences, les points communs et les cooccurrences. Rien n'est simple de ce point de vue et très souvent nous avons à prendre en compte plusieurs problèmes simultanément ou l'un après l'autre, chez l'enfant mais aussi dans sa famille et dans le contexte. Il en est de même pour l'étiologie qui est multiple : génétique, familiale et environnementale. La complexité des choses montre à quel point l'analyse fonctionnelle des problèmes qui se posent est importante, débouchant sur des indications thérapeutiques « taillées sur mesure », adaptées aux différentes personnes et aux contextes.

La seconde partie, le cœur de l'ouvrage, décrit de manière complète un programme thérapeutique en groupe : *La thérapie d'estime et d'affirmation de soi*.

Même si une thérapie individuelle reste utile, le groupe présente des avantages incontournables. Tout d'abord être avec des camarades est une condition habituelle de la vie des enfants, à l'école mais aussi dans les loisirs ; ne plus se sentir isolé et reconnaître le trouble chez d'autres facilite l'adhésion à la démarche de soin ; être avec d'autres enfants rend les exercices plus aisés à mettre en œuvre, avec une meilleure efficacité ; l'imitation de modèles et l'interactivité favorisent également beaucoup les apprentissages. La possibilité d'intégrer dans le groupe des enfants présentant des com-

portements opposants, d'autres troubles anxieux, un trouble déficitaire de l'attention ou un syndrome d'Asperger ouvre aussi des perspectives thérapeutiques intéressantes.

Le programme est détaillé de manière très précise. Tout d'abord la ou les consultations préliminaires, qui préparent l'enfant à la participation au groupe, puis chacune des onze sessions comportant une ou plusieurs séances avec les objectifs spécifiques, les méthodes utiles et les conseils nécessaires.

Trois points supplémentaires m'apparaissent importants dans l'ouvrage : tout d'abord, les parents restent « pilotes » à bord et participent activement à la dernière session en groupe ; ensuite, le fait que chaque enfant puisse décider à la cinquième session s'il poursuit la thérapie ou non favorise l'engagement de chacun dans le processus (en cas de syndrome oppositionnel cette manière de procéder est certainement particulièrement adaptée et permet une meilleure utilisation des résistances) ; enfin, le fait que le groupe soit « fermé » à la cinquième session, aucune nouvelle participation n'étant acceptée, installe une meilleure sécurité pour les exercices, comme ceux des « compliments » ou des « critiques » qui sont régulièrement « chargés » en émotions.

Le livre peut être lu complètement d'emblée, mais les praticiens reviendront certainement avec bonheur sur telle ou telle partie de l'ouvrage, session par session, au fur et à mesure des difficultés rencontrées dans les thérapies, tant les indications et les conseils sont précieux et pratiques.

Si de plus l'ouvrage donne l'envie aux psychologues, aux psychiatres et plus généralement aux soignants concernés par les enfants de développer les méthodes de thérapie comportementale et cognitive en groupe, économiques et dont l'efficacité est bien démontrée, le résultat obtenu dépasserait les objectifs visés.

Partie

1

**Anxiété sociale, estime
de soi et confiance
en soi : contexte
théorique et données
scientifiques**

Chapitre

1

Le trouble d'anxiété sociale

Introduction

C'est en 1980 que la phobie sociale fût introduite comme catégorie diagnostique dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), qui en était alors à sa troisième édition¹. Dès les années 1920 et les travaux de Watson, l'étude des phobies avait été placée au cœur des recherches des comportementalistes. Les théories du conditionnement développées par Skinner, Wolpe ou Bandura se prêtaient bien à une analyse de ces peurs irraisonnées associées à un objet particulier. Pour autant, la phobie sociale ne fut guère étudiée dans sa spécificité. En 1985, Liebowitz et son équipe du New York State Psychiatric Institute firent paraître dans la revue *Archives of General Psychiatry* un article intitulé «La phobie sociale. Revue de littérature d'un trouble anxieux négligé»². Ils invitaient leurs confrères à se lancer dans l'étude scientifique de ce trouble mental, avec l'espoir de développer à terme de nouveaux procédés thérapeutiques. Vingt-cinq ans plus tard, une recherche en ligne d'articles scientifiques intégrant les mots clés «phobie sociale» ou «anxiété sociale» donne plus de 8 000 réponses, attestant du succès de ce programme d'investigation. En dépit de ces recherches scientifiques, l'anxiété sociale reste aujourd'hui encore une problématique souvent négligée dans la pratique clinique chez l'enfant et l'adolescent, pour diverses raisons qui seront évoquées plus loin.

Face au flux constant de publications, il est important pour le clinicien de pouvoir accéder aux informations les plus pertinentes pour sa pratique. L'ambition de la première partie de cet ouvrage est de l'aider dans cette tâche : sa lecture devrait lui permettre de se constituer un certain nombre de points de repère, afin de pouvoir aborder la singularité de chaque cas à partir d'un cadre théorique. En consultation, le temps de travail est par essence limité. Travailler à partir de critères de classification, en ayant en tête les comorbidités associées, la sévérité du pronostic ou encore les divers

1. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-3*. Washington, DC, USA 1980.

2. Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J., Klein, D.F. Social phobia. Review of a neglected anxiety disorder (1985) *Archives of General Psychiatry*, 42 (7), pp. 729-736.

mécanismes étiologiques possibles, permet de prendre la mesure du cas qui nous fait face. Cela pourra conduire à rassurer certains parents sur une timidité qui est souvent transitoire chez l'enfant, ou au contraire nous amener à proposer une thérapie, afin de mettre un frein à une anxiété sociale invalidante. En chemin, nous proposerons une présentation de certains points débattus par la communauté scientifique ou la communauté des thérapeutes, en espérant que notre éclairage aidera le lecteur à avancer dans sa réflexion personnelle sur ces questions. L'intégralité de cette partie a été construite à partir des revues de littérature les plus récentes, en prenant en considération l'ensemble des productions scientifiques disponibles à la date de rédaction (novembre 2014). Vous y trouverez donc un reflet fidèle du point de vue en cours au sein de la communauté scientifique internationale.

Le trouble d'anxiété sociale : présentation

Phénoménologie

Les troubles anxieux sont les troubles psychopathologiques les plus courants dans la population générale. Parmi eux, l'anxiété sociale (aussi connue jusqu'à ce jour sous le terme de phobie sociale) se distingue par le rôle fondamental accordé au regard des autres. En présence d'autrui, celui ou celle qui souffre d'anxiété sociale craint de faire, de laisser voir ou de dire quelque chose qui le couvrira de honte. Cette crainte très forte est source d'un profond inconfort, et le pousse en général vers le développement de stratégies d'évitement des situations problèmes³.

Typiquement timides lorsqu'ils rencontrent des inconnus, calmes en groupe, les individus souffrant d'anxiété sociale se placent spontanément en retrait lorsqu'ils se trouvent dans des situations sociales peu familières. Lorsqu'ils interagissent avec autrui, qu'ils manifestent ou non des signes d'inconfort (un rougissement, un évitement du regard, des mouvements nerveux des mains), ils ressentent invariablement d'intenses symptômes émotionnels et physiques (peur, accélération du cœur, suées, tremblements, problèmes de concentration). Ils désirent le plus souvent la compagnie des autres, mais évitent les rencontres par peur de s'y montrer indésirables, stupides ou ennuyeux. Ils évitent de parler en public, d'exprimer leurs opinions, ou même souvent de fraterniser avec les autres. On les prend pour cette raison parfois à tort pour des personnes arrogantes, alors qu'ils présentent généralement une faible estime de soi et qu'ils peuvent s'avérer extrêmement critiques envers eux-mêmes⁴.

Dans le contexte d'une consultation, ils peuvent parler tout bas ou ne donner que des réponses lapidaires aux questions. Le plus souvent, le contact visuel est réduit au minimum. Si ces signes d'inconfort parlent d'eux-mêmes, les patients souffrant d'an-

3. Stein, M.B., Stein, D.J. Social anxiety disorder (2008) *The Lancet*, 371 (9618), pp. 1115-1125.

4. *Ibid.*

xiété sociale ont du mal à évoquer spontanément leurs problèmes. Cette réticence est généralement due à un embarras face à des symptômes qu'ils jugent ridicules. Ils craignent que le thérapeute ne prenne pas leurs problèmes au sérieux, voire qu'il se moque d'eux. Pour dépasser cette réticence, en cas de signes ou de doute sur ce point, il convient de poser des questions directes et simples, du type : «Pensez-vous avoir des problèmes de timidité excessive ou d'anxiété sociale?». Dans la grande majorité des cas, de telles questions permettront d'ouvrir un dialogue et d'en savoir rapidement plus. Les questionnaires auto-administrés peuvent également constituer une approche fructueuse pour dépister un trouble d'anxiété sociale (voir «Instruments de mesure»).

Chez certains enfants, on peut remarquer des premiers signes de ce type d'anxiété vers l'âge de deux ans et demi, lorsque la peur de l'étranger se maintient alors qu'elle devrait s'estomper. Ces enfants vont fonctionner dans un registre d'évitement, les tentatives de communication déclenchant chez eux des peurs et un refus du contact visuel. Toutefois, ce n'est que plus tard dans l'enfance ou au début de l'adolescence qu'on peut repérer de véritables peurs sociales, lorsque l'enfant se retrouve confronté de plus en plus souvent à des interactions sociales en l'absence de ses parents. Dans le cadre de la recherche contemporaine, on considère ainsi qu'il est possible de poser un diagnostic de trouble d'anxiété sociale à partir des critères du DSM-5 dès l'âge de 8 ans⁵.

Les enfants souffrant d'anxiété sociale peuvent présenter divers symptômes. Dans l'interaction avec l'adulte et les autres enfants, ils sourient souvent peu, évitent les regards, montrent de petits signes d'anxiété (tremblements, agitations des mains ou des jambes, tension du corps...). À la cantine de l'école, ils peuvent avoir des nausées ou ressentir une striction de la gorge qui les empêche d'avaler s'ils se sentent observés. Ils craignent parfois de renverser leur verre, ont peur que leurs mains tremblent en tenant une fourchette ou une tasse. Dans la classe, ils craignent d'être interrogés, et on les retrouve souvent au fond de la classe, où ils se font oublier par peur de «dire une bêtise» et de provoquer des moqueries. Certains d'entre eux anticipent avec une anxiété somatique intense la récitation d'une poésie, la présentation d'un exposé. Le sommeil est perturbé la veille des «situations à risque» qui entraînent, lorsqu'ils y sont confrontés, des symptômes somatiques importants (accélération du rythme cardiaque, rougissements, suées...). En se focalisant sur ces signes anxieux, ils perdent une partie de leurs capacités d'adaptation, et notamment la mémoire d'évocation : le «trou noir» est une bonne image de leur fonctionnement cognitif altéré par l'anxiété. Leurs craintes peuvent ainsi handicaper sérieusement leurs performances, entraînant un cercle vicieux où l'évitement de la situation phobogène est justifié par la crainte d'une mauvaise performance.

Les enfants souffrant d'anxiété sociale ont souvent peu d'amis, et ont l'impression d'être abandonnés s'ils se retrouvent sans eux dans une situation sociale. S'ils désirent intensément entrer en contact avec les autres, ils se sentent généralement incapables de soutenir une conversation, encore moins d'en prendre l'initiative, ce qui les place dans un état de frustration permanente, et ce qui les conduit à admirer ceux qui se comportent avec aisance. Ils se soumettront d'ailleurs souvent à leurs directives. À l'inverse,

5. Bögels, S.M., Alden, L., Beidel, D.C., Clark, L.A., Pine, D.S., Stein, M.B., Voncken, M. Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-5 (2010) *Depression and Anxiety*, 27 (2), pp. 168-189.

leur anxiété diminue lorsqu'ils se retrouvent avec des enfants plus timides, dès lors qu'ils se sentent moins intimidés et ont moins peur d'être jugés. Ils peuvent décliner les invitations de connaissances récentes, restreindre leur vie sociale par peur de ne pas savoir « quoi dire ». Moins entourés et peu expansifs, ils peuvent devenir la cible des moqueries incessantes d'autres enfants, ou être les victimes de racket.

Les relations avec la famille ou les personnes familières contrastent avec ce tableau et sont en général chaleureuses et non anxiogènes. Parce que ces enfants sont par nature discrets et très préoccupés de ce que les autres pensent d'eux, mais aussi parce qu'ils pensent que ce qu'ils vivent est normal, ils ne se plaignent la plupart du temps pas de leurs symptômes, dont ils ont honte. Pour cette raison, tant que leur anxiété ne les conduit pas à refuser d'aller à l'école, leurs problèmes demeurent souvent inconnus des parents et des professionnels (notamment des enseignants et des personnels des écoles, pour qui ces enfants un peu invisibles représentent des cas « sans problèmes »)⁶.

À l'adolescence puis à l'âge adulte, le souci de passer inaperçu se traduira souvent par des choix de couleurs et de formes qui n'attirent pas l'attention, en dépit de véritables goûts vestimentaires. Le corps ne peut être investi comme porteur de messages identitaires, ou valorisé. L'excentricité est rarement admise : toujours la même coupe de cheveux, toujours les mêmes vêtements. Un vécu dysmorphophobique peut parfois venir accompagner et alimenter l'anxiété sociale : un nez trop long, des cheveux qui frisent, par exemple, peuvent devenir le motif d'un retrait social qui s'accroît. Pour les adolescents souffrant d'anxiété sociale, les diverses situations sociales pourront être la source d'un mal-être et de symptômes spécifiques (cours, activités sportives, usage des transports en commun, fêtes, etc.) : dans les transports publics, ils refuseront souvent de s'asseoir en face d'autres passagers, ou éviteront de parler avec un proche ou un ami de crainte d'être regardé ou écouté par les autres. Au sport, ils redoutent de mal faire et d'être moqués en cachette ou ouvertement. Lors des rencontres avec des personnes non familières, si les enfants évitent franchement le regard, les adolescents se plongeront plutôt dans le mutisme.

Critères diagnostiques

Dans le DSM-5, le premier critère d'identification d'un trouble d'anxiété sociale est la présence d'une crainte marquée d'une ou plusieurs situations sociales où le sujet est exposé au regard des autres (Critère A). L'individu craint d'agir d'une manière qui laisse voir des signes d'anxiété qui seront évalués négativement par les autres (Critère B). Cette ou ces situations provoquent de manière quasi systématique de la peur ou de l'anxiété (Critère C). Cette ou ces situations sont évitées activement, ou vécues avec une peur ou une anxiété marquées (Critère D). Cette peur ou cette anxiété ne sont pas proportionnelles au danger réel représenté par la situation (Critère E). Chez l'enfant enfin, il est nécessaire que les critères renvoient à des situations impliquant les pairs, et non pas exclusivement à des situations d'interaction avec l'adulte.

6. Strauss, C.C., Lahey, B.B., Frick, P., Frame, C.L., Hynd, G.W. Peer social status of children with anxiety disorders (1988) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (1), pp. 137-141.

Le diagnostic ne peut être établi que si l'évitement, l'anticipation anxieuse et l'angoisse liés à cette ou ces situations sociales perturbent de manière importante la vie quotidienne de l'individu, ses activités professionnelles ou ses activités sociales, ou à défaut seulement si le fait de présenter ces traits constitue une source de souffrance importante. Chez les individus de moins de 18 ans, le diagnostic ne peut être porté que si la durée des problèmes rencontrés dépasse six mois. La peur ou le comportement d'évitement ne doivent pas être liés aux effets physiologiques directs de la prise d'une substance, ou d'une affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble psychopathologique (tel que le trouble panique avec ou sans agoraphobie). Enfin, si une affection médicale ou un autre trouble sont présents (bégaiement, anorexie, maladie de Parkinson...), la crainte décrite ne doit pas être limitée à des préoccupations concernant l'impact social de ces troubles.

Résumé des principaux critères du DSM-5

- A. Une crainte persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales.
- B. L'individu craint de manifester des signes d'anxiété.
- C. Cette ou ces situations provoquent une réponse anxieuse immédiate.
- D. L'individu adopte des stratégies d'évitement ou connaît une anxiété intense.

De cet ensemble de critères on peut déduire que si le diagnostic de trouble d'anxiété sociale est certainement associé aux plus hauts niveaux d'anxiété sociale (sur un continuum qui évaluerait l'ensemble des individus sur cette dimension), il n'en est pas pour autant exactement synonyme. En effet, le diagnostic ne prend pas en considération l'anxiété sociale seule, il intègre aussi et surtout l'impact que cette dernière a sur l'existence de l'individu, impact qui peut varier d'un individu à l'autre et qui modifiera fortement le tableau clinique⁷. Pour le praticien, il est donc important de prendre la mesure de la souffrance subjective que le patient exprime, souffrance qui l'a généralement conduit à consulter et qui motive sa demande de changement. Chez l'enfant, et dans une moindre mesure chez l'adolescent, la question est plus complexe, car la conscience de cette souffrance n'est pas toujours présente, et la demande vient souvent du parent. Si certains cas appellent à l'évidence une intervention thérapeutique (le refus d'aller à l'école par exemple), il nous semble *a priori* important de bien discuter avec les parents de l'étendue des problèmes que rencontre l'enfant et du retentissement de ces derniers sur sa vie quotidienne (l'examen des relations amicales et de sa situation à l'école venant au premier plan), en tentant d'évaluer la durée des troubles. Dans les faits, la sévérité des troubles d'anxiété sociale étant souvent méconnue et sous-estimée, les parents consulteront rarement pour un enfant qui présente une simple timidité ou une anxiété passagère, et les cas rencontrés en consultation nécessiteront le plus souvent une intervention thérapeutique. Il arrive cependant également que la consultation porte sur une autre problématique (l'énurésie par exemple), et c'est alors

7. Rapee, R.M., Spence, S.H. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model (2004) *Clinical Psychology Review*, 24 (7), pp. 737-767.

au thérapeute d'être vigilant et de s'intéresser au comportement de l'enfant à l'école et avec les autres enfants de son âge.

Faut-il plutôt parler de phobie sociale ou d'anxiété sociale ?

Si le DSM-3 avait retenu la dénomination de « phobie sociale », cette dernière apparaîtrait de manière secondaire dans la cinquième édition du manuel, au profit de « trouble d'anxiété sociale ».

De fait, le terme de *phobie* paraît malvenu, dans la mesure où il suggère une ressemblance entre ce que vivent les individus anxieux socialement et ceux qui souffrent d'une phobie spécifique. Or les phobies se caractérisent par une peur et un évitement limités à un objet précis, et la crainte liée à cet objet est si grande qu'il est impossible pour le phobique de tolérer la présence de l'objet phobogène. Comparativement, un unique individu anxieux socialement peut ressentir de la crainte face à une multitude de situations, qui peuvent être assez différentes les unes des autres (une rencontre amoureuse et la lecture publique d'un texte par exemple). Par ailleurs, cette crainte ne le conduira pas toujours à éviter frontalement la situation en question, même si elle est source d'une profonde anxiété. L'importance donnée au regard des autres constitue par ailleurs une caractéristique essentielle qui dépasse le cadre des problématiques phobiques. Enfin, les symptômes comportementaux (le rougissement, l'évitement du regard) mettent en jeu une dimension de communication dans l'interaction qui est évidemment absente des phobies spécifiques. Pour toutes ces raisons, on préférera donc parler de « trouble d'anxiété sociale »⁸.

Existe-t-il des sous-types au sein du trouble d'anxiété sociale ?

La quatrième version du DSM proposait d'identifier un sous-type de trouble d'anxiété sociale, intitulé « trouble d'anxiété sociale généralisé », pour désigner les patients « craignant la plupart des situations sociales ». En l'absence de précisions, l'interprétation de ce critère quantitatif était laissée aux soins du clinicien, ce qui a suscité une certaine confusion dans la littérature. Ce sous-type a été abandonné dans la cinquième version du DSM. Il n'existe en effet pas à l'heure actuelle d'argument solide pour différencier catégoriquement les patients qui présentent un grand nombre de peurs sociales de ceux qui rencontrent des problèmes dans un nombre restreint de situations.

8. Bögels, S.M., Alden, L., Beidel, D.C., Clark, L.A., Pine, D.S., Stein, M.B., Voncken, M. Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-5 (2010) *Depression and Anxiety*, 27 (2), pp. 168-189.

Il semble qu'on ait plutôt affaire ici à un continuum, le nombre de peurs étant corrélé à la sévérité clinique et à la gravité du pronostic^{9 10}.

Afin de faire émerger des sous-types au sein du diagnostic, une approche alternative consiste à distinguer différents types de peurs sociales. On peut ainsi repérer quatre grandes catégories :

- la peur liée à des situations de performance publique (comme donner un discours, jouer de la musique en public, présenter un travail en classe ou au cours d'une réunion);
- la peur liée à des interactions sociales (comme parler à des inconnus, vivre une première rencontre amoureuse, participer à une fête);
- la peur liée à des situations d'observation (être regardé en train de travailler, d'écrire, de manger, etc.);
- la peur générale de manifester des signes d'anxiété (rougir, suer, trembler, etc.).

À partir de cette classification, le DSM-5 propose de mettre à part les patients souffrant d'anxiété sociale qui présentent uniquement des peurs liées aux situations de performance. Comparativement aux autres patients, il a été montré que le trouble de ces individus était sous moindre contrôle génétique¹¹. Lorsqu'on les interroge sur leur peur, ils ne reportent pas une crainte d'être mal jugés ou humiliés, à l'image des anxieux sociaux classiques; ils ont généralement une peur plus précise : celle de faire une attaque de panique¹². La plupart en ont d'ailleurs déjà présenté une par le passé¹³. Comparativement aux autres individus souffrant d'anxiété sociale, ce sont les seuls qui présentent une élévation du rythme du cœur durant une situation de discours public¹⁴. Leur trouble débute en moyenne beaucoup plus tard (vers 17 ans) que les autres troubles d'anxiété sociale (vers 11 ans)¹⁵, mais c'est peut-être parce que ce type de peur peut être toléré plus facilement au cours de l'enfance qu'à des âges plus avancés. Comparativement aux peurs sociales, la peur liée aux situations de performance est la seule qui ne présente pas de corrélation avec une mesure de la timidité¹⁶. Similairement, chez l'enfant, une

9. Eng, W., Heimberg, R.G., Coles, M.E., Schneier, F.R., Liebowitz, M.R. An empirical approach to subtype identification in individuals with social phobia (2000) *Psychological Medicine*, 30 (6), pp. 1345-1357.

10. Kollman, D.M., Brown, T.A., Liverant, G.I., Hofmann, S.G. A taxometric investigation of the latent structure of social anxiety disorder in outpatients with anxiety and mood disorders (2006) *Depression and Anxiety*, 23 (4), pp. 190-199.

11. Stein, M. B., Chavira, D. A. Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders (1998) *Journal of Affective Disorders*, 50 (Suppl. 1), S11-S16.

12. Turner, S.M., Beidel, D.C., Jacob, R.G. Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol (1994) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (2), pp. 350-358.

13. Hofmann, S.G., Newman, M.G., Ehlers, A., Roth, W.T. Psychophysiological differences between subgroups of social phobia (1995) *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), pp. 224-231.

14. Heimberg, R.G., Hope, D.A., Dodge, C.S., Becker, R.E. DSM-3-R Subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics (1990) *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178 (3), pp. 172-179.

15. Perugi, G., Nassini, S., Marenmani, I., Madaro, D., Toni, C., Simonini, E., Akiskal, H.S. Putative clinical subtypes of social phobia: A factor-analytical study (2001) *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (4), pp. 280-288.

16. Chavira, D.A., Stein, M.B., Malcarne, V.L. Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia (2002) *Journal of Anxiety Disorders*, 16 (6), pp. 585-598.

mesure d'inhibition comportementale (un trait de tempérament caractérisé par des manifestations de méfiance en présence de personnes, de situations ou d'objets nouveaux) corrèle fortement avec toutes les peurs sociales, hormis les peurs liées aux situations de performance¹⁷. Enfin, les bêtabloquants, utilisés fréquemment par les musiciens ou comédiens sujets à de l'anxiété de performance, fonctionnent en cas de peur liée à une situation de performance, mais non pour les autres peurs sociales^{18 19}. Tous ces éléments se rejoignent pour suggérer que les individus qui ne présentent que des peurs liées à des situations de performance présentent un trouble spécifique (anxiété de performance), et ce même lorsqu'ils reportent également des préoccupations cognitives concernant le regard des autres. Nous suggérons donc au clinicien de repérer et de mettre à part ces cas d'anxiété de performance pure, dont les symptômes se rapprochent de l'attaque de panique. Il est possible de les faire participer à la thérapie de groupe, mais seulement si l'on a évalué que les situations de jeux de rôle proposées dans le groupe activeront effectivement leur anxiété de performance. L'inclusion dans le groupe bénéficiera par ailleurs de séances préliminaires de thérapie cognitivo-comportementale individuelle avec apprentissage du contrôle respiratoire²⁰.

La peur générale de manifester des signes d'anxiété, assez rare chez les plus petits, se retrouve en revanche dans presque tous les cas d'anxiété sociale à l'adolescence. Les réactions du corps, visibles et difficiles à contrôler, sont particulièrement craintes par les patients. Elles peuvent prendre ou avoir dès l'origine une dimension pathologique (hyperhydrosis, essential tremor, rosacea). Pour le clinicien, il est intéressant de différencier un tableau d'anxiété sociale organisé autour de ces signes d'un tableau où ils prennent place parmi d'autres problématiques. Certains patients ne se plaignent en effet que de ces signes, et considèrent qu'ils n'auraient pas de problèmes d'anxiété sociale en leur absence. Ces patients ne reportent pas plus de croyances négatives sur les conséquences qu'il y a à manifester de tels signes; en revanche, ils en jugent l'intensité plus importante que ne le ferait autrui et les évitent plus²¹. D'un point de vue étiologique, il est possible qu'une disposition à rougir, suer ou trembler précède le trouble d'anxiété sociale, ou ces symptômes peuvent s'être accrus avec le temps en raison de l'anxiété du patient. Face à une plainte centrée sur les signes d'anxiété chez l'adolescent, il est nécessaire de faire précéder l'inclusion dans le groupe par des séances de thérapie cognitivo-comportementale individuelle sur le modèle proposé par Clark et Wells²². La participation au groupe pourra être envisagée dans un second

17. Schwartz, C. E., Snidman, N., Kagan, J. Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood (1999) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(8), 1008-1015.

18. Davidson, J.R.T. Pharmacotherapy of social phobia (2003) *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement, 108 (417), pp. 65-71.

19. Kenny, D.T. A systematic review of treatments for music performance anxiety (2005) *Anxiety, Stress and Coping*, 18 (3), pp. 183-208.

20. Peyré, F. *Faire face aux paniques : comment vaincre les crises et l'agoraphobie* (2006). Ed. Retz, collection Psychothérapies.

21. Bögels, S.M., Reith, W. Validity of two questionnaires to assess social fears: The Dutch social phobia and anxiety inventory and the blushing, trembling and sweating questionnaire (1999) *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21 (1), pp. 51-66.

22. Veale, D. Treatment of social phobia (2003) *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 258-264.

temps comme moyen d'exposition au regard d'autrui et comme lieu d'apprentissage de l'affirmation de soi (dans le cas où des déficits auraient été relevés chez le patient dans ce domaine).

Le diagnostic différentiel

Des symptômes d'anxiété sociale sont fréquents dans les tableaux cliniques de plusieurs autres diagnostics psychiatriques. Il faudra aller décider si l'on est en présence d'une réelle comorbidité chez le patient, ou s'il s'agit de symptômes secondaires ne constituant pas un trouble d'anxiété sociale :

- Trouble panique avec ou sans agoraphobie : le trouble d'anxiété sociale peut provoquer des crises de panique et s'accompagner dans les cas les plus sévères d'agoraphobie, mais il existe évidemment des cas de « trouble panique avec ou sans agoraphobie » sans aucune anxiété sociale. Pour chaque patient, il faut décider si l'on se trouve en présence d'un seul de deux troubles, ou des deux simultanément. Pour ce faire, si le patient signale des attaques de panique, il convient de l'interroger au sujet de ses cognitions lorsqu'il anticipe et lorsqu'il développe des symptômes anxieux, en demandant par exemple : « Que pensez-vous lorsque vous vous sentiez si anxieux et si mal ? » Les individus souffrant d'anxiété sociale étant tout à fait conscients de la source de leur anxiété, leurs réponses évoqueront invariablement l'importance du regard des autres. À l'inverse, les individus présentant un trouble panique avec ou sans agoraphobie pur ne parviennent généralement pas à mettre le doigt sur la source de leur anxiété²³. Dans le cas d'un trouble panique avec agoraphobie sous-tendu par un trouble d'anxiété sociale (cas de comorbidité entre les deux troubles), on traitera dans un premier temps le trouble panique avec ou sans agoraphobie avant de viser l'anxiété sociale²⁴.
- Dépression majeure : la dépression majeure est une comorbidité importante du trouble d'anxiété sociale. Si le patient présente des symptômes dépressifs, il est important de s'assurer que les symptômes d'anxiété sociale ne sont pas présents seulement durant des épisodes de dépression. Dans le cas d'une comorbidité entre les deux troubles, c'est l'analyse fonctionnelle et les objectifs du patient qui détermineront la cible prioritaire pour la thérapie.
- Troubles du spectre autistique : des symptômes d'anxiété sociale et des déficits dans la communication sont des traits saillants des troubles du spectre autistique. Cependant, les enfants souffrant d'anxiété sociale se démarquent par le fait qu'ils ne rencontrent des difficultés dans la communication qu'en présence de personnes non familières, ou seulement dans certains contextes (à l'école, en classe, lors de la rencontre de nouveaux enfants). À la maison, en présence des membres de la famille, leurs capacités de communication ne s'écartent pas de manière significative de la norme attendue pour leur âge²⁵.

23. Stein, M. B., Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125.

24. Peyré, F. *Faire face aux paniques : comment vaincre les crises et l'agoraphobie* (2006). Ed. Retz, collection Psychothérapies.

25. *Ibid.*

- Schizophrénie : des peurs sociales et de l'inconfort dans les relations peuvent entrer dans un tableau de schizophrénie²⁶. Toutefois, comparativement à un tableau de trouble d'anxiété sociale, la présence de symptômes psychotiques doit signaler au clinicien la véritable source de ces peurs sociales.

Quelles sont les comorbidités attendues ?

Les patients souffrant d'anxiété sociale présentent souvent également d'autres troubles psychopathologiques. Ainsi, plus d'un adolescent souffrant d'anxiété sociale sur deux remplit également les critères d'un second diagnostic, et dans les trois quarts des cas il s'agit d'un trouble anxieux²⁷. Hors de ce spectre anxieux, les comorbidités les plus fréquentes concernent la dépression et l'abus de substance. Dans une étude récente incluant une population de 190 enfants et adolescents âgés de 8 à 17 ans et recrutés dans une institution de soin primaire, l'anxiété sociale sévère était hautement comorbide avec la dépression majeure, le trouble d'anxiété généralisé, les phobies spécifiques et le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité²⁸.

L'abus de substance est une problématique sérieuse dès l'adolescence, et il est important de questionner le patient souffrant d'anxiété sociale à ce sujet (et inversement, d'être attentif à de potentielles difficultés relationnelles antérieures chez l'adolescent abusant de substance). Face à l'anxiété sociale, l'usage d'alcool ou d'autres drogues peut représenter une sorte d'automédication, permettant de se libérer de l'anxiété grâce aux effets désinhibiteurs des substances consommées.

Il est également possible de retrouver des troubles de l'alimentation chez les individus souffrant d'anxiété sociale, souvent dans une dynamique d'aggravation réciproque. Dans ce cas, il est nécessaire d'évaluer le rôle joué par de possibles perceptions dysmorphiques du corps, et de déterminer si l'embarras causé par les comportements alimentaires (repas à la cantine, purges, vomissements) n'est pas l'unique source d'anxiété sociale. De manière similaire, les troubles obsessionnels compulsifs peuvent produire des peurs sociales et de l'évitement, mais ces symptômes ne devront pas être considérés comme le signe d'un trouble d'anxiété sociale s'ils sont uniquement dépendants des obsessions et des compulsions.

Le graphique suivant, traduit d'une revue de littérature²⁹, permettra au lecteur de visualiser le spectre psychopathologique connexe au trouble d'anxiété sociale. À cet

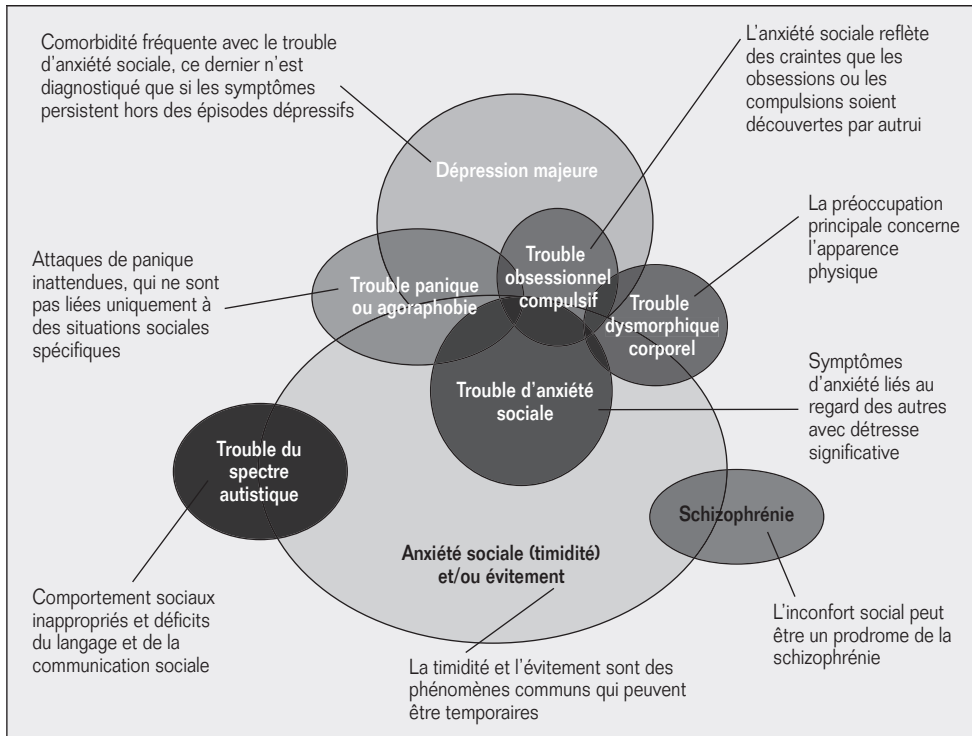
26. Pallanti, S., Quercioli, L., Hollander, E. Social anxiety in outpatients with schizophrenia: A relevant cause of disability (2004) *American Journal of Psychiatry*, 161 (1), pp. 53-58.

27. Beidel, D.C., Turner, S.M., Young, B.J., Ammerman, R.T., Sallee, F.R., Crosby, L. Psychopathology of adolescent social phobia (2007) *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29 (1), pp. 47-54.

28. Chavira, D.A., Stein, M.B., Bailey, K., Stein, M.T. Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample (2004) *Journal of Affective Disorders*, 80 (2-3), pp. 163-171.

29. Stein, M. B., Stein, D. J. Social anxiety disorder (2008) *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125. (graphique traduit et reproduit avec la permission des auteurs)

ensemble viennent s'ajouter chez l'enfant des problématiques plus spécifiques (mutisme, refus d'aller à l'école, anxiété de séparation), qui seront examinées un peu plus loin dans cette partie.



Tiré de l'article *Psychopathology of adolescent social phobia* (2007, voir note 27), traduit et reproduit avec l'aimable autorisation des auteurs.

Pourquoi traiter le trouble d'anxiété sociale dès l'enfance ou l'adolescence ?

Les troubles d'anxiété sociale apparaissent en général tôt au cours de l'existence d'un individu, surtout pour les cas les plus sévères, qui débent dans leur grande majorité au cours de l'enfance ou de l'adolescence. Les études longitudinales ont montré que le trouble d'anxiété sociale diagnostiqué dans l'enfance était associé à des diagnostics ultérieurs de troubles anxieux, de dépression majeure, à des troubles d'abus de substance et à un risque suicidaire³⁰.

Au-delà de ses multiples conséquences à long terme, il ne faudrait pas sous-estimer le caractère quotidien de la souffrance causée par ce trouble, chez des enfants qui n'ont généralement justement pas conscience d'en souffrir. Interrogés sur la fréquence de

30. Chavira, D.A., Stein, M.B. Childhood social anxiety disorder: From understanding to treatment (2005) *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14 (4), pp. 797-818.

leurs ennuis, les enfants présentant un trouble d'anxiété sociale rapportent ainsi rencontrer une expérience sociale source de souffrance un jour sur deux en moyenne, la plupart du temps à l'école³¹. Parmi les situations craintes, « parler avec des pairs » est celle qui suscite de l'anxiété chez le plus grand nombre de ces enfants. « Lire à haute voix en classe », « produire une performance musicale ou sportive », « se joindre à ou débiter une conversation », « parler à un adulte » ou encore « écrire au tableau » sont également reportées par plus d'un enfant sur deux³². À l'adolescence, le trouble d'anxiété sociale a été associé à de hauts niveaux d'idéation suicidaire³³, ainsi qu'à l'abus d'alcool³⁴.

Pour ces raisons, au-delà des manifestations passagères de timidité plus ou moins importantes que tout enfant peut présenter, il semble important d'identifier et de traiter au plus tôt les troubles d'anxiété sociale.

Y a-t-il des symptômes spécifiques chez l'enfant et l'adolescent ?

Au-delà des caractéristiques d'ores et déjà décrites, on peut rencontrer à l'enfance et beaucoup plus rarement à l'adolescence des patients présentant un réel mutisme. Hors du spectre anxieux, le DSM-5 propose ainsi un diagnostic de mutisme sélectif, défini comme un manque de parole dans des lieux où elle serait attendue (l'école le plus souvent), alors qu'il y a parole normale ou presque normale dans d'autres situations. On a pu se demander si ce diagnostic n'était pas lié à des symptômes oppositionnels plutôt qu'à des symptômes d'anxiété sociale. Cependant, lorsqu'ils sont évalués par leurs parents et non par leurs professeurs, les enfants mutiques présentent peu de symptômes oppositionnels³⁵, et 65 % d'entre eux présentent également un diagnostic de trouble d'anxiété sociale³⁶. La comorbidité avec les autres troubles anxieux (dont le trouble d'anxiété de séparation et les phobies spécifiques) est également importante, tandis que les symptômes d'opposition sont la plupart du temps limités aux situations de parole. Chez les enfants les plus jeunes, le mutisme représente une forme d'évitement relativement naturelle, et peut donc être considéré comme une forme d'expression parmi d'autres d'un trouble d'anxiété sociale.

31. Beidel, D.C. Social phobia and overanxious disorder in school-age children (1991) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (4), pp. 545-552.

32. Beidel, D.C., Turner, S.M., Morris, T.L. Psychopathology of childhood social phobia (1999) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (6), pp. 643-650.

33. Francis, G., Last, C.G., Strauss, C.C. Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents (1992) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (6), pp. 1086-1089.

34. Clark, D.B., Bukstein, O.G., Smith, M.G., Kaczynski, N.A., Mezzich, A.C., Donovan, J.E. Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence (1995) *Psychiatric Services*, 46 (6), pp. 618-620.

35. Manassis, K., Tannock, R., Garland, E.J., Minde, K., McInnes, A., Clark, S. The sounds of silence: Language, cognition, and anxiety in selective mutism (2007) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (9), pp. 1187-1195.

36. Black, B., Uhde, T.W. Elective mutism as a variant of social phobia (1992) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (6), pp. 1090-1094.

L'anxiété face aux examens est-elle une forme d'anxiété sociale ?

L'anxiété face aux examens peut être définie comme un degré excessif de peur, de préoccupation ou d'appréhension avant, durant ou après une situation d'examen, avec des symptômes physiologiques et des préoccupations concernant les conséquences d'une performance médiocre. Lorsqu'elle prend une ampleur pathologique, elle peut susciter un mal-être quotidien important et conduire à des comportements d'évitement. Elle a évidemment en outre des conséquences sur les performances des enfants auxdits examens.

Il semble raisonnable de rattacher cette anxiété à l'anxiété sociale car on retrouve souvent en amont une peur de l'évaluation négative et de l'humiliation (reflétée par des assertions du type : « je crains qu'on se moque de moi quand je passe un test », ou « je crains que mon professeur pense que je suis stupide si j'échoue au test »³⁷). Anxiété sociale et anxiété face aux examens sont par ailleurs fortement comorbides. Toutefois, les enfants souffrant d'anxiété face aux examens reportent également parfois des peurs plus ambiguës (telles que devoir redoubler, devoir recommencer un examen, ne plus pouvoir aller à l'école, ou encore ne pas atteindre leurs ambitions et « rater leur vie ») qui ne se réduisent pas à des craintes d'humiliation indirecte. Pour cette raison, on peut situer cette anxiété entre l'anxiété sociale et le trouble d'anxiété généralisée. Elle peut aussi parfois prendre des tournures obsessionnelles, et se rapprocher alors d'un trouble obsessionnel-compulsif. C'est l'analyse fonctionnelle du trouble qui déterminera alors l'approche à privilégier (si l'anxiété face aux examens s'inscrit dans un tableau plus large de trouble d'anxiété sociale ou d'anxiété de performance, la thérapie d'estime et d'affirmation de soi pourra être envisagée. Dans le cas d'un trouble ciblé uniquement sur les examens, ou prenant place dans un tableau d'anxiété généralisée, un travail individuel sera à privilégier).

Anxiété sociale et anxiété de séparation

Le trouble d'anxiété de séparation se caractérise par une préoccupation excessive concernant la séparation avec une personne à laquelle l'enfant est attaché, généralement un des deux parents. Lors de situations nouvelles ou craintes, l'enfant dépend de cette figure qui représente pour lui la sécurité. Le trouble se traduit par des manifestations de détresse en cas de séparation ou face à une menace de séparation (crises de colère et pleurs chez le jeune enfant, plaintes somatiques et problèmes de sommeil plus fréquemment chez les enfants plus âgés), et par de multiples peurs (peur qu'il arrive quelque chose au proche, ou encore peur d'être perdu ou kidnappé). L'anxiété de séparation comme l'anxiété sociale peuvent conduire chez l'enfant à un refus d'aller à l'école : 75 % des enfants présentant un trouble d'anxiété de séparation présentent

37. Lowe, P.A., Lee, S.W. Factor structure of the Test Anxiety Inventory for Children and Adolescents (TAICA) scores across gender among students in elementary and secondary school settings (2008) *Journal of Psychoeducational Assessment*, 26 (3), pp. 231-246.

ainsi un tel refus³⁸. Les deux diagnostics sont par ailleurs hautement comorbides, et se rejoignent souvent dans les tableaux cliniques les plus sévères. Face à un refus d'aller à l'école, il est donc important que le thérapeute détermine s'il se trouve en présence d'une problématique relevant de l'une seule ou des deux formes d'anxiété. Le traitement du trouble d'anxiété de séparation dépasse toutefois le cadre de cet ouvrage (voir l'article mentionné en référence pour une présentation d'approches thérapeutiques appropriées³⁹).

Où situer la limite entre le normal et le pathologique ?

L'introduction d'un diagnostic de trouble d'anxiété sociale dans la nosologie psychiatrique a suscité des critiques, suggérant qu'il s'agissait là d'un exemple de médicalisation d'une variation extrême mais normale de la personnalité et du comportement humain⁴⁰. Christopher Lane, dans son ouvrage traduit en français sous le titre *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, dénonce ainsi la transformation en problèmes psychiatriques de toutes les variations émotionnelles de notre vie quotidienne, avec l'idée que de puissants intérêts économiques expliquent l'évolution de la nosologie psychiatrique. La pathologisation de la timidité sert de modèle à son analyse critique. Au prétexte de ne pas abandonner les patients à la marge de la pathologie, les auteurs du DSM auraient choisi des critères d'inclusion délibérément trop larges. Selon Lane, il s'agit là d'une position intéressée, puisqu'elle est défendue par des gens subventionnés par les laboratoires pharmaceutiques. Derrière les beaux discours, Big Pharma tirerait donc les ficelles, cherchant à étendre progressivement le nombre de patients traités médicalement afin d'accroître ses bénéfices.

Comme l'explique le philosophe et psychanalyste Pierre-Henri Castel⁴¹, ce type d'analyse réduisant l'évolution de la nosologie psychiatrique à une intoxication collective des esprits manque un point essentiel : le fait que nous voulons tous que chacun puisse bénéficier de soins appropriés s'il considère que sa timidité le gêne, et que nous sommes tous prêts à considérer notre propre timidité comme pathologique dès lors qu'elle nous empêche de réaliser des choses que nous jugeons importantes dans notre vie sociale. Dès lors, Castel s'interroge : de quel droit forcerais-je ceux qui disent souffrir de timidité pathologique à se regarder dans une glace et à se dire que, peut-être, ils transforment en maladie une faiblesse fugitive de leur caractère ? À ses yeux, la pression marchande n'est qu'un rouage d'un système plus global, et elle s'intègre dans un processus de détermination collective du périmètre des maladies, par consensus, par empathie, par la production collective de récits de vie et par identification mutuelle. Il faut souligner par ailleurs que l'exemple pris par Christopher Lane est loin d'être le meilleur, car l'anxiété sociale est un diagnostic qui n'a absolument pas pour indication

38. Masi, G., Mucci, M., Millepiedi, S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and management (2001) *CNS Drugs*, 15 (2), pp. 93-104.

39. *Ibid.*

40. Stein, M. B., Stein, D. J. Social anxiety disorder (2008) *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125.

41. «De la critique d'une illusion à une illusion de la critique», Pierre-Henri Castel, texte disponible en ligne sur le site de l'auteur : <http://pierrehenri.castel.free.fr/>

prioritaire un traitement pharmaceutique. En dehors des cas d'anxiété sociale extrêmement débordante (généralement associée à d'autres problématiques anxieuses), le traitement indiqué est uniquement psychothérapeutique.

Pour le clinicien, il semble tout de même nécessaire de bien garder à l'esprit que la timidité d'un enfant n'est pas en elle-même pathologique et qu'elle est souvent transitoire : seul un petit nombre d'enfants timides évolueront vers de réels tableaux d'anxiété sociale pathologique. À l'adolescence, les remaniements identitaires peuvent par ailleurs s'accompagner d'un repli sur soi temporaire, de préoccupations concernant l'acceptation par les autres ou l'image du corps, sans qu'il s'agisse là de phénomènes pathologiques. Dès lors qu'il n'existe pas de critère objectif qui séparerait une anxiété sociale pathologique d'une timidité normale, il revient à chaque praticien de s'appuyer sur ses connaissances des variations normales du développement de l'enfant et de l'adolescent pour décider s'il est ou non nécessaire de débiter un travail thérapeutique. La durée des troubles rencontrés, leur retentissement fonctionnel et le caractère marqué ou non de la demande (et de la souffrance) exprimée par le patient devront donc être évalués avec précision lors des premiers entretiens.

Étiologie

En psychopathologie développementale, il est aujourd'hui admis que de multiples chemins causaux peuvent conduire à une même pathologie mentale. Le développement harmonieux ou pathologique dépend d'un jeu d'interactions entre un organisme individuel unique et un environnement également unique et en constante évolution. Pour comprendre comment le trouble d'anxiété sociale peut apparaître, il s'agit donc de repérer des facteurs jouant à différents niveaux (génétique, physiologique, comportemental, psychologique, environnemental, sociologique), puis de modéliser la manière dont ils peuvent interagir pour contribuer au développement et au maintien du trouble^{42 43}.

Facteurs génétiques et tempérament

Des études familiales publiées dès les années 1990 ont montré que les parents de premier degré⁴⁴ des individus souffrant d'un trouble d'anxiété sociale avaient trois fois

42. Kashdan, T. B., Herbert, J. D. Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions (2001) *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 37-61.

43. Ollendick, T. H., Hirshfeld-Becker, D. R. The developmental psychopathology of social anxiety disorder (2002) *Biological Psychiatry*, 51(1), 44-58.

44. Relativement à un individu donné, un membre de sa famille est dit parent de premier degré s'il partage environ 50 % de ses gènes avec lui (père, mère, frère, sœur, enfant).