

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
URSULE CINQ-MARS

LE RÔLE DE LA PERSPECTIVE INTERPERSONNELLE DANS LA
COMPRÉHENSION DU TROUBLE DE L'ANXIÉTÉ SOCIALE CHEZ L'ENFANT
ET DANS LA CONCEPTION DE L'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE

JUILLET 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSCHOLOGIE (PROFIL INTERVENTION)
(D. Ps.)**

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LE RÔLE DE LA PERSPECTIVE INTERPERSONNELLE DANS LA COMPRÉHENSION DU
TROUBLE DE L'ANXIÉTÉ SOCIALE CHEZ L'ENFANT ET DANS LA CONCEPTION DE
L'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE**

PAR

URSULE CINQ-MARS

Nicole Royer, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Karine Dubois-Comtois, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

Sylvain Coutu, évaluateur externe

Université du Québec en Outaouais

Table des matières

| | |
|--|----|
| Sommaire | v |
| Introduction | 1 |
| Définition de l'anxiété sociale | 3 |
| Répercussions de l'anxiété sociale chez l'enfant | 6 |
| Facteurs interpersonnels à l'origine de l'anxiété sociale | 7 |
| Facteurs interpersonnels en milieu familial | 8 |
| Facteurs interpersonnels reliés aux pairs..... | 11 |
| Liens entre facteurs en milieu familial et facteurs reliés aux pairs | 13 |
| Facteurs interpersonnels du maintien de l'anxiété sociale..... | 15 |
| Distorsions cognitives | 16 |
| Schémas relationnels négatifs | 17 |
| Réactions négatives des autres | 17 |
| Stratégies d'autoprotection..... | 19 |
| Implications du modèle | 20 |
| Traitemennt de l'anxiété sociale | 21 |
| Problématique | 24 |
| Théorie interpersonnelle..... | 25 |
| Théorie interpersonnelle et anxiété sociale | 26 |
| Psychothérapie interpersonnelle..... | 27 |
| Psychothérapie interpersonnelle chez les adultes anxieux socialement..... | 32 |

| | |
|--|----|
| Phases de la psychothérapie interpersonnelle | 32 |
| Efficacité de la psychothérapie interpersonnelle..... | 34 |
| Synthèse | 37 |
| Limites des connaissances actuelles..... | 38 |
| Nouvelles propositions sur la psychothérapie interpersonnelle avec les enfants anxieux socialement..... | 40 |
| Limites de l'essai..... | 44 |
| Études futures..... | 46 |
| Conclusion | 48 |
| Références | 50 |

Sommaire

Le présent essai vise à expliquer comment la prise en compte des dimensions interpersonnelles de l'anxiété sociale peut enrichir la compréhension du trouble et la conception de l'intervention chez l'enfant. Une revue de la littérature a été réalisée sur les facteurs interpersonnels qui sont à l'origine et qui contribuent au maintien de l'anxiété sociale. L'analyse fait ressortir l'importance de tenir compte de l'environnement de l'enfant et de ses pairs dans le traitement de l'anxiété sociale. Elle souligne aussi un manque en ce qui a trait au traitement actuel basé sur la thérapie interpersonnelle. Des propositions pour les études futures sont énoncées et discutées afin de mieux définir les interventions de la psychothérapie interpersonnelle chez les enfants anxieux socialement.

Introduction

L'expérience de l'anxiété sociale est universelle. D'une simple sensation de malaise indéfinissable à une véritable peur panique, qui n'a jamais éprouvé une sensation d'angoisse ou même un désir de fuir devant des situations de la vie quotidienne impliquant des relations avec autrui (présentation orale, entretien avec un supérieur, etc.)? Pour la plupart des individus toutefois, de tels épisodes d'anxiété s'avèrent légers et transitoires alors que pour d'autres, la peur du contact social est plus profonde et plus persistante.

Pourtant connu au temps d'Hippocrate, les symptômes associés au trouble d'anxiété sociale (ou phobie sociale) n'ont été officiellement reconnus qu'à la publication de la troisième édition du Diagnostic Statistical Mental Disorder (DSM-III, American Psychiatric Association [APA], 1980). Le trouble d'anxiété sociale était alors considéré comme un trouble apparaissant vers le milieu de l'adolescence. Des études réalisées auprès des enfants après cette publication ont toutefois révélé que l'anxiété sociale avait une prévalence non négligeable à l'enfance (voir Beidel & Turner, 2007, pour une recension).

La littérature sur l'intervention avec les enfants souffrant d'anxiété sociale traite presque qu'exclusivement de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Pourtant, la TCC est utilisée seulement avec une minorité de clients souffrant d'anxiété (Lipsitz & Marshall, 2001). De plus, les études sur l'efficacité de la TCC montrent qu'un nombre important de patients reste encore aux prises avec leurs symptômes à la suite des traitements (Heimberg et al., 1998; Roth & Heimberg, 2001). Il pourrait donc être utile d'approfondir les connaissances sur d'autres types d'intervention possibles avec cette clientèle. Dans cette optique, Alden (2005) fait valoir que l'apport de la perspective interpersonnelle dans l'intervention auprès des enfants est mal connu. Puisque l'anxiété sociale est un trouble touchant la vie sociale, il semble pertinent de l'étudier sous l'angle des relations interpersonnelles. Le présent essai pose donc la question suivante :

Comment la prise en compte des dimensions interpersonnelles de l'anxiété sociale peut-elle enrichir la compréhension du trouble et la conception de l'intervention chez l'enfant?

Définition de l'anxiété sociale

Le trouble d'anxiété sociale (ou phobie sociale) tel que défini par le DSM-IV (APA, 1996) comporte les critères suivants : 1) une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales, 2) l'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique (chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des comportements de retrait, etc.), 3) le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur (ce critère n'est pas nécessaire pour le diagnostic chez les enfants), 4) les situations sociales sont évitées ou vécues avec une anxiété ou une détresse intense, 5) se savoir atteint de ce trouble provoque un sentiment de souffrance important. De plus, chez les individus de moins de 18 ans, la durée des symptômes est d'au moins 6 mois.

Dans les sociétés occidentales, l'anxiété sociale est un trouble relativement commun qui affecte entre 7 et 13% des individus au cours de leur vie (Furmark, 2002). La moyenne d'âge au moment du diagnostic du trouble d'anxiété sociale serait au début ou milieu de l'adolescence. Cependant, l'âge d'apparition du trouble se situe dans bien des cas au cours de l'enfance. Des études rétrospectives rapportées par Stemberger, Turner, Beidel et Calhoun (1995) observent que pour plusieurs individus diagnostiqués, un pattern développemental se serait mis en place dès un jeune âge et une généralisation progressive de la peur les aurait conduits à un trouble d'anxiété sociale.

Le taux de prévalence chez les enfants et les adolescents n'a pas été établi à ce jour, mais il est estimé que 1% de cette population en souffre (Beidel & Turner, 2007). Cependant, les peurs associées à des situations sociales sont rapportées par 21% des enfants de 8 ans, 46% chez les 12 ans et 56% chez les 17 ans (Kashani & Orvaschel, 1990). De même, des inquiétudes concernant ce que les autres pensent d'eux sont rapportées par 39% des enfants de 8 ans et 67% chez les 12-17 ans. Ainsi, même si la prévalence du trouble d'anxiété sociale chez l'enfant et l'adolescent reste relativement faible, des symptômes qui y sont associés sont vécus par un nombre non négligeable d'enfants et d'adolescents. Quant à la distribution du trouble selon le sexe, chez les adultes, le ratio est de trois femmes pour deux hommes, alors que chez les enfants, les résultats sont plus variables, allant de 70% de filles dans la population générale à 44% dans la population clinique (Beidel & Turner, 2007).

Il est important de noter que l'anxiété sociale est conceptualisée et mesurée de façon différente selon les différents domaines. Les chercheurs développementaux parlent d'inhibition comportementale et de timidité sociale; la psychologie sociale parle de timidité et d'anxiété sociale et les chercheurs cliniciens étudient le trouble d'anxiété sociale (ou phobie sociale) et le trouble de personnalité évitante (Alden & Taylor, 2004). Pour clarifier, il peut être utile de comparer l'anxiété sociale à un concept largement connu, celui de la timidité. Les personnes souffrant d'anxiété sociale ou de timidité partagent un ensemble de caractéristiques : des distorsions cognitives dans les situations sociales, une réactivité physiologique augmentée, une tendance à éviter les situations

sociales, et une faiblesse au niveau des habiletés sociales. Les distorsions cognitives incluent la peur d'être évalué négativement, une trop grande conscience de soi, une dépréciation de ses habiletés sociales, des pensées dévalorisantes sur soi, et une auto-attribution du blâme pour les difficultés sociales. L'anxiété sociale se différencie de la timidité par un développement plus chronique et par une altération fonctionnelle plus envahissante. Ces deux caractéristiques expliquent partiellement deux autres différences à savoir que le trouble d'anxiété tend à apparaître à un âge plus tardif et son taux de prévalence est plus faible que la timidité (Turner, Beidel, & Townsley, 1990).

Cependant, de telles comparaisons restent problématiques parce que le concept de la timidité couvre un large champ de définitions. Une façon de comprendre le parallèle entre la timidité et l'anxiété sociale est de considérer les différences de façon quantitative plutôt que qualitative. Mais concevoir un continuum d'intensité pose le problème de délimiter la frontière entre le normal, ou le « non clinique », (la timidité) et le pathologique (le trouble d'anxiété sociale). De plus, des études (Chavira, Stein, & Malcarne, 2002; Heiser, Turner, & Beidel, 2003) montrent que la timidité est associée à différents troubles et non pas seulement à l'anxiété sociale.

Le concept d'anxiété sociale semble donc recouvrir de façon plus spécifique le phénomène à l'étude. C'est pourquoi, dans le présent essai, il est question d'anxiété sociale plutôt que de timidité.

Répercussions de l'anxiété sociale chez l'enfant

Lorsque la peur est envahissante dans la vie de l'enfant et qu'elle occasionne un retrait social, comme c'est le cas avec l'anxiété sociale, elle entrave alors son développement. Il est maintenant reconnu que l'anxiété sociale chez l'enfant peut entraîner, si elle n'est pas traitée, de graves altérations au cours de sa vie, même si l'enfant ne rencontre pas tous les critères nécessaires au diagnostic de phobie sociale (Beidel & Turner, 2007; Rubin & Coplan, 2004). Les conséquences à l'enfance incluent un refus d'aller à l'école, des sentiments dépressifs (Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1992) et de la solitude (Beidel, Turner, & Morris, 1999). De plus, on relève un haut degré de stabilité du trouble à travers les années, dans le sens où les enfants anxieux socialement continuent de souffrir de ce trouble à l'adolescence et l'âge adulte (Stemberger, Turner, Beidel, & Calhoun, 1995). À l'âge adulte, le trouble d'anxiété sociale est associé à un plus haut taux d'idéation suicidaire, une plus grande consommation d'alcool et de médicaments, et à un moins bon fonctionnement dans plusieurs sphères de la vie, incluant le niveau d'éducation, le travail et la vie amoureuse (Beidel & Turner, 2007).

Ces données permettent de croire que l'enfant risque de souffrir longtemps des répercussions de son anxiété sociale si aucune intervention thérapeutique n'est offerte ou si aucune modification n'est réalisée dans son environnement, comme par exemple un changement dans les méthodes éducatives parentales ou des expériences positives de

socialisation. L'importance de développer la recherche sur l'anxiété sociale à l'enfance et la nécessité d'agir le plus tôt possible dans le traitement de ces enfants n'est donc plus à démontrer, étant donné la souffrance et les conséquences dommageables que ce trouble peut entraîner à court et long termes.

Facteurs interpersonnels à l'origine de l'anxiété sociale

Les facteurs génétiques, biologiques et ceux du tempérament du jeune enfant ne sont pas à négliger dans l'explication de l'étiologie de l'anxiété sociale. Toutefois, ils procurent seulement une explication partielle du développement de l'anxiété sociale (Rapee & Spence, 2004). En effet, les études démontrent clairement que plusieurs individus qui possèdent de telles prédispositions ne développent pas un trouble d'anxiété sociale (Kendler, Myers, Prescott, & Neale, 2001; Schwartz, Snidman, & Kagan, 1999). Les processus et les facteurs qui déterminent qu'un individu qui possède des prédispositions génétiques, biologiques et du tempérament puisse développer un trouble d'anxiété sociale, alors qu'un autre non, ne sont pas encore connus. Ce sujet demande à être approfondi et la prise en compte des facteurs environnementaux constitue une piste à privilégier. Bien souvent, les études sur les jumeaux alimentent ce débat concernant les facteurs innés versus les facteurs environnementaux. Or, les études sur l'anxiété sociale des jumeaux, qu'ils soient adultes ou enfants, tendent à démontrer une contribution des facteurs propres à un environnement partagé (Kendler et al, 2001). De plus, étant donné

qu'une majorité de jumeaux adultes rapportent le début du développement de leur anxiété sociale vers la fin de l'enfance ou le début de l'adolescence, il apparaît important d'observer attentivement les facteurs environnementaux durant l'enfance. Et comme les enfants passent une majeure partie de leur vie dans deux milieux, la maison et l'école, et sont fortement influencés par les interactions avec leurs parents, les membres de leur famille, les enseignants et leurs pairs, ces milieux sont donc ceux qu'il requiert d'étudier pour comprendre l'apport de l'environnement dans le développement de l'anxiété sociale (Rapee & Spence, 2004).

Facteurs interpersonnels en milieu familial

La littérature montre que les adultes souffrant d'anxiété sociale proviennent de milieux familiaux variés (Alden & Taylor, 2004). Le principe d'équifinalité s'applique à l'anxiété sociale, en ce sens que plusieurs types d'expériences familiales peuvent mener au développement de ce trouble. Cependant, des dimensions similaires ressortent des études bien que les devis de recherche soient de différentes natures. La surprotection et le contrôle parental, le peu de soutien à la socialisation à l'intérieur du milieu familial et les comportements abusifs ou hostiles des parents comptent parmi les facteurs présents en milieu familial qui sont associés aux troubles d'anxiété sociale (Alden & Taylor, 2004; Rapee, 1997).

La caractéristique parentale ressortant la plus souvent des études rétrospectives et observationnelles des interactions parent-enfant est la surprotection (Arrindell, Emmelkamp, Monsma, & Brilman, 1983; Lieb et al. 2000; Rapee et Melville, 1997). Un parent qui répond à la place de l'enfant lorsqu'un autre enfant l'approche pour établir un contact est un exemple de comportement de surprotection. Il semble que la surprotection soit une réaction parentale courante aux comportements de retrait social souvent présents chez l'enfant anxieux socialement, surtout si le parent lui-même est anxieux, et en retour, ces comportements protecteurs tendent à maintenir ou même renforcer le retrait de l'enfant (Hudson & Rapee, 2002). Autrement dit, par des attitudes surprotectrices, les parents n'arrivent pas à aider l'enfant à surmonter son inconfort social et contribuent sans le vouloir au développement de l'anxiété sociale.

Le contrôle parental est souligné par quelques études d'observation des interactions parent-enfant incluant dans leur échantillon des enfants anxieux socialement (Dadds, Barrett, Rapee, & Ryan, 1996; Hudson & Rapee, 2002). Par exemple, un parent qui adopte une attitude contrôlante peut replacer les vêtements et les cheveux de son enfant en lui disant quoi faire pendant qu'un autre enfant s'approche pour établir le contact. Un autre type de recherche, centré sur le point de vue des parents d'enfants anxieux socialement à l'âge préscolaire, a indiqué que les mères croient fortement que leur enfant doit être traité d'une manière punitive et contrôlante (Rubin & Mills, 1990). Des résultats semblables proviennent d'études rétrospectives auprès d'adultes anxieux socialement qui se rappellent leurs parents comme moins sociables que les autres

parents, plus soucieux de l'opinion des autres, comme essayant de les isoler des interactions interpersonnelles et usant de la honte comme méthode de discipline (Bögels, van Oosten, Muris, & Smulders, 2001; Bruch & Heimberg, 1994; Caster, Inderbitzen, & Hope, 1999; Rapee & Melville, 1997).

Un phénomène de transmission intergénérationnelle a été relaté par certains. Les enfants dont les parents souffrent d'anxiété sociale seraient plus à risque de développer des troubles anxieux (Beidel & Turner, 1997; Merikangas, Dierker, & Szatmari, 1998; Turner, Beidel, & Costello 1987). Une recherche en particulier a étudié l'association entre les comportements parentaux et l'anxiété sociale chez l'adolescent de 14-17 ans (Lieb et al., 2000). Une forte association entre l'anxiété sociale des parents et celle des enfants a été trouvée. Une explication plausible pourrait venir du fait que les adultes souffrant d'anxiété sociale ont tendance à diminuer l'exposition de leur enfant à des situations sociales durant leur développement, ce qui accroît le risque que les enfants développent de l'anxiété sociale (Alden & Taylor, 2004).

Un environnement interpersonnel dysfonctionnel peut également mener à un trouble d'anxiété sociale. Des études rétrospectives citées par Alden et Taylor (2004) montrent que certains individus souffrant d'anxiété sociale rapportent avoir vécu de la négligence ou subi des abus physiques. Une analyse à grande échelle a fait ressortir qu'un abus sexuel par un membre de la famille associé à une exposition à de l'agressivité verbale de la part des parents augmentait la probabilité de déclenchement

d'une phobie sociale chez les filles (Magee, 1999). Les patients anxieux socialement rapportent aussi avoir subi plus d'abus émotionnels dans leur enfance (Alden & Taylor, 2004). Les parents étaient décrits comme moins affectueux et supportants, plus rejetants, et plus à même d'utiliser la honte comme moyen de discipline comparativement à un groupe contrôle (Bruch & Heimberg, 1994). Des études observationnelles s'attardant spécifiquement aux attitudes de la mère envers son enfant anxieux socialement montrent qu'elles utilisent davantage la critique, la dévalorisation ou l'indifférence (Dumas, LaFreniere & Serketich, 1995; Mills & Rubin, 1998). Dans la plupart de ces études, le niveau d'anxiété sociale pouvait être extrêmement élevé, ce qui tend à montrer que la maltraitance est associée à une forme beaucoup plus pathologique du trouble d'anxiété sociale.

Facteurs interpersonnels reliés aux pairs

Le développement social de l'enfant s'effectue au-delà de la famille. Les relations avec les pairs contribuent grandement au développement social et émotionnel de l'enfant (Asher & Parker, 1989; Berndt & Ladd, 1989; Hartup, 1979). Les interactions avec les pairs ne font pas que suppléer les influences familiales, elles contribuent aussi de façon unique en procurant des opportunités d'apprendre des habiletés spécifiques qui ne sont pas suscitées par la relation adulte-enfant. C'est pourquoi le retrait social parmi les pairs est un élément central dans le développement de la dépression et de l'anxiété en général chez les jeunes. Dans une étude observationnelle, des chercheurs (Spence, Donovan, & Brechman Toussaint, 1999) ont

trouvé que les enfants qui souffrent d'anxiété sociale recevaient moins de rétroactions positives dans leurs interactions sociales avec les pairs à l'école en comparaison au groupe contrôle d'enfants qui n'ont pas d'anxiété. De façon similaire, il a été montré que les enfants présentant une anxiété sociale rapportaient une plus forte occurrence d'événements sociaux négatifs (Beidel, Turner et Morris, 1999). Plus particulièrement, une variété d'expériences sociales adverses en milieu scolaire a été rapportée, comme l'intimidation, le rejet et la négligence. Ces résultats démontrent qu'il existe une relation significative entre l'anxiété sociale et les relations sociales négatives avec les pairs, mais la direction de la causalité demeure incertaine. L'influence réciproque peut alors être envisagée.

Pour expliquer ce qui s'apparente à un cercle vicieux liant l'anxiété sociale de l'enfant à des expériences relationnelles négatives, Gazelle et Ladd (2003) suggèrent que les pairs tendent à interpréter les comportements d'anxiété sociale comme anormaux, et en viennent à ne pas aimer et à exclure les enfants anxieux socialement. En retour, le rejet par les pairs tend à confirmer les angoisses de l'enfant anxieux socialement en regard de ses interactions avec les pairs, ce qui augmente les comportements d'évitement. Il apparaît que ce cercle vicieux peut commencer autant avec une expérience de rejet par les pairs que par une anxiété sociale. D'autres auteurs ont aussi démontré que l'anxiété sociale pouvait mener au retrait social, et qu'inversement le retrait social pouvait interférer avec le développement d'habiletés sociales et des relations interpersonnelles, ce qui peut mener à un accroissement de l'anxiété dans les

situations sociales (Vernberg, Abwender, Ewell, & Beery, 1992). En ce sens, il est peut-être justifié d'avancer qu'il y a une influence réciproque entre l'anxiété de l'enfant et les relations interpersonnelles négatives avec les pairs.

Liens entre facteurs en milieu familial et facteurs reliés aux pairs

Bowlby a démontré que l'être humain est un être de relation. Le besoin d'attachement, qui suscite la première relation à l'autre, constitue un besoin primaire. Grâce à ses premières relations, l'individu va construire sa vision du monde, des autres et de lui-même (Laurent, 1999). Les enfants reproduiraient dans leurs interactions avec les pairs et les amis le type d'interactions sociales perçus à la maison (Parke, MacDonald, Beitel, & Bhavnagri, 1988). Cela est en accord avec la théorie de l'attachement qui suggère que les enfants développent des représentations internes avec le principal donneur de soin et les utilisent dans la formation et le maintien d'autres relations (Sroufe & Fleeson, 1986). En d'autres mots, la relation parent-enfant est souvent vue comme un modèle sur lequel les autres relations sociales sont formées (Morris, 2001). Il s'ensuit que la peur des situations sociales et la pauvreté des relations et des habiletés sociales peuvent être mises en liaison avec la relation parent-enfant.

En résumé, les facteurs interpersonnels en milieu familial et ceux reliés aux pairs jouent un rôle important dans l'étiologie de l'anxiété sociale. La genèse de l'anxiété sociale résiderait dans le manque d'adéquation entre le tempérament et l'environnement familial. Cette faiblesse empêcherait l'enfant d'apprendre à surmonter son inconfort

social et pourrait contribuer à exacerber ses peurs par l'autoprotection, le contrôle, les abus, ou une faible exposition à des situations sociales. L'enfant serait donc plus vulnérable à développer des relations avec ses pairs basés sur l'évitement. Par ailleurs, les relations avec les pairs ne parviennent pas à compenser pour les faiblesses personnelles et du milieu familial, et en retour les expériences négatives vécues auprès des pairs intensifient les doutes de l'enfant quant à sa place dans les contextes sociaux.

Une limite doit toutefois être mentionnée concernant les conclusions tirées de la revue de littérature précédente. En effet, plusieurs de ces études sont rétrospectives, et donc susceptibles d'être biaisés par le temps, les participants pouvant ne plus se souvenir de certaines informations. De plus, il se peut que les personnes souffrant d'anxiété sociale aient un biais de perception par rapport aux situations sociales et qu'elles portent un regard plus négatif sur celles-ci.

Des facteurs interpersonnels peuvent aussi contribuer au maintien de l'anxiété sociale au cours de la vie. Ils seront décrits dans la prochaine section.

Facteurs interpersonnels du maintien de l'anxiété sociale

Au cours des dernières années, les chercheurs ont documenté combien l'anxiété sociale altère les relations interpersonnelles et inversement, comment les processus interpersonnels forment et maintiennent les peurs sociales (Alden & Taylor, 2004).

Selon la perspective interpersonnelle, les patterns interpersonnels dysfonctionnels sont le résultat de l'interaction entre l'individu et son environnement social. Le processus de développement social commence au tout début de la vie et se poursuit tout au long de celle-ci. Nos relations ne forment pas seulement notre comportement social habituel, mais aussi notre conception de soi et des autres (Alden, 2001).

La perspective interpersonnelle inclut le concept du cycle de maintien des processus interpersonnels (*self-perpetuating interpersonal cycle*), un modèle conçu pour la population adulte. Selon ce modèle, on s'attend à ce que les gens nous traitent de la même façon que les personnes de notre passé nous ont traités, et on tend à répéter les mêmes stratégies comportementales que nous avons apprises dans la gestion de ces événements passés. De plus, nos comportements ont un impact sur les autres, et ils tendent à susciter des réponses chez eux qui maintiennent nos conceptions, attentes et patterns sociaux (p. ex., Benjamin, 1993; Blatt & Zuroff, 1992; Kiesler, 1983). Ceux qui

s'attendent à ce que les autres leur répondent positivement s'engagent dans des comportements sociaux qui tendent à susciter des réponses favorables, alors que les personnes qui anticipent des réponses négatives adoptent des stratégies auto-protectrices qui augmentent la probabilité d'obtenir des réponses négatives de la part des autres (Curtis & Miller, 1986). Ce modèle a été appliqué à l'anxiété sociale par Alden (2001; 2005; Alden & Taylor, 2004). Les quatre étapes du cycle, soit les distorsions cognitives, les schémas relationnels négatifs, les réactions des autres et les stratégies d'évitement, seront détaillées dans les sections suivantes.

Distorsions cognitives

Dès l'enfance, les personnes souffrant d'anxiété sociale développent des distorsions cognitives quant à leur concept de soi qui incluent une perception de soi qui est inadéquate du point de vue des autres. Par exemple, elles peuvent croire que les autres les perçoivent comme des personnes « ennuyantes », « bizarres », « stupides », etc., alors qu'il n'en est rien (Hoffart, 2005)

De plus, ces distorsions cognitives provoquent un biais dans les perceptions sociales (Alden & Taylor, 2004). Même si les personnes anxieuses socialement ne perçoivent pas toujours les autres comme hostiles, dans certaines situations, elles interprètent incorrectement le comportement des autres comme étant froid et inamical, et elles montrent une tendance à sélectionner les informations sociales négatives. De façon générale, les personnes souffrant d'anxiété sociale feraient preuve d'une plus grande

attention sélective aux indices sociaux négatifs et omettraient les indices neutres ou positifs (Alden & Taylor, 2004). À cause de ce biais négatif dans leur jugement social, elles auraient une perception générale que les autres sont critiques envers elles. Des études rapportent toutefois la nuance que ce biais dans le jugement social ne serait présent que chez ceux qui ont vécu des traumatismes sociaux ou de l'abus physique et psychologique, (Pollak & Tolley-Schell, 2003; Taylor & Alden, 2005). Une hypothèse suggérée par les auteurs pour expliquer cet effet de modération est que les biais d'interprétation seraient davantage liés aux expériences négatives vécus à l'enfance plutôt qu'à l'anxiété sociale elle-même.

Schémas relationnels négatifs

Les distorsions cognitives à propos de soi entraîneraient chez les personnes souffrant d'anxiété sociale le développement de schémas relationnels négatifs. Ainsi, à cause de leur schéma de soi négatifs et du biais dans leurs perceptions sociales, elles s'attendent à être inadéquates dans les situations sociales et à ce que les autres les critiquent, les blâment et qu'ultimement les autres les rejettent (Hoffart, 2005). À cause de leurs schémas relationnels, des patterns comportementaux se mettraient en place et se maintiendraient dans le temps. Ainsi, les personnes souffrant d'anxiété sociale agiraient effectivement d'une façon qui serait marquée par leur manque d'assurance et qui serait teintée par une anxiété visible, donnant l'impression de manquer d'habiletés sociales.

Réactions négatives des autres

Dans les études s'intéressant aux perceptions que les autres ont des personnes souffrant d'anxiété sociale, il ressort qu'elles sont souvent évaluées plus négativement par les autres (p. ex., sur des échelles de chaleur, compétence relationnelle, intelligence) (Gough & Thorne, 1986; John & Briggs, 1984). Une étude démontre que les personnes qui connaissent les personnes souffrant d'anxiété sociale depuis longtemps les évaluent toutefois plus positivement que celles qui ne les connaissent pas ou peu (Paulhus & Morgan, 1997).

Les chercheurs ont analysé ce qui fait en sorte que les personnes souffrant d'anxiété sociale sont jugées plus négativement par les autres. En fait, elles échoueraient dans leur capacité de permettre aux autres une ouverture de soi (Alden & Bieling, 1998; Papsdorf & Alden, 1998). Cette incapacité ferait que les autres les perçoivent différents d'eux-mêmes et désintéressés par eux, deux facteurs qui ont beaucoup de poids dans la formation d'une relation. De plus, une étude démontre que le comportement des personnes souffrant d'anxiété sociale irrite souvent les autres et que ceux-ci essaient de les dominer et de les contrôler (Creed & Funder, 1998). Il semble donc que les personnes anxieuses socialement provoquent des réactions distinctes chez les autres personnes, particulièrement au début de la formation d'une relation. Les gens interprètent le comportement des personnes anxieuses socialement comme l'expression d'un désintérêt et d'une dissimilitude, ce qui ne permet pas les contacts futurs et le développement d'une amitié. Conformément au modèle interpersonnel, les anxieux

sociaux produisent involontairement la réponse qu'ils craignent : un manque d'intérêt ou une évaluation négative de la part des autres (Alden, 2005).

Stratégies d'autoprotection

Les biais dans l'interprétation des expériences interpersonnelles et les réactions des autres influencent les stratégies utilisées par les personnes souffrant d'anxiété sociale pour gérer ces expériences sociales. Du fait qu'elles croient que les autres sont critiques envers eux, les personnes souffrant d'anxiété sociale tendent à développer des stratégies autoprotectrices variées pour prévenir tout risque de réactions négatives chez les autres (Hoffart, 2005). Elles prennent souvent une position passive, essaient de se rendre aussi invisibles que possible, évitent le contact visuel et gardent leur attention sur elles-mêmes afin de voir si elles performent pauvrement ou si elles apparaissent inacceptables aux yeux des autres. Adoptant une stratégie auto-protectrice, les personnes souffrant d'anxiété sociale peuvent faire preuve de comportements soumis, mais aussi, par compensation, présenter des comportements dominants, méprisants ou dédaigneux. De plus, en étant préoccupées par elles-mêmes et en craignant de faire une mauvaise impression sur les autres, les personnes souffrant d'anxiété sociale sont moins attentives à ce que les autres expriment ou manifestent. Par conséquent, elles peuvent apparaître distantes et désintéressées par les autres.

Ces stratégies d'autoprotection tendent à fortifier leur perception de soi comme étant inadéquate et socialement incompétente, entraînant une plus grande détresse, une

anxiété plus intense, et davantage de honte (Hoffart, 2005). Leurs distorsions cognitives se trouvant renforcées, il devient de plus en plus difficile pour les personnes souffrant d'anxiété sociale de se sortir de ce cercle vicieux.

Implications du modèle

L'explication traditionnelle de l'adoption des comportements dysfonctionnels est que les personnes souffrant d'anxiété sociale n'ont pas appris des comportements sociaux adéquats et que leur anxiété est en partie causée par ces déficits. Cependant, les études dressent un tableau plus complexe. Les personnes souffrant d'anxiété sociale n'adoptent pas toujours des comportements évitants ou inadaptés. Ce n'est qu'en contexte social, et dans les situations où il y a crainte de rejet ou de critique. Quand les conditions sociales sont favorables, les personnes souffrant d'anxiété sociale apparaissent capables de comportements qui amènent une réponse interpersonnelle positive, même si c'est de façon moindre que les sujets des groupes contrôles (Alden, 2005). Leurs comportements d'évitement représenteraient une stratégie pour tenter de minimiser les résultats négatifs, plutôt qu'un déficit d'habiletés ou une anxiété conditionnée. De plus, il a été observé que les anxieux sociaux travaillent volontiers pour gagner de l'attention ou de l'approbation une fois leurs inquiétudes réduites. Cela suggère que leur ultime but est de se lier aux autres, et non d'éviter les rapprochements, comme c'est le cas de la personnalité évitante (Alden, 2005). Une hypothèse proposée est que, comme la plupart des gens, ils désirent l'acceptation sociale et l'intimité, mais leurs croyances et leurs stratégies les enferment dans un cycle de maintien de patterns

interpersonnels qui les empêche d'accomplir ces buts relationnels (Alden & Taylor, 2004)

Traitement de l'anxiété sociale

La recherche liée à l'anxiété sociale a grandement augmenté depuis une dizaine d'années dans tous ses aspects, dont le traitement (Beidel & Turner, 2007). Le traitement psychosocial le plus étudié est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC; Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004).

La thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement de l'anxiété sociale se base sur une approche axée sur le moment présent, avec un nombre limité de rencontres et dont le but est d'identifier et de modifier les distorsions cognitives tout en soutenant les comportements adaptés dans les situations sociales (Heimberg, 2002). Les approches cognitivo-comportementales pour traiter les enfants et les adolescents anxieux socialement consistent en des versions modifiées des interventions utilisées communément avec les adultes. Ses composantes pour le traitement des adultes et des enfants anxieux socialement incluent l'exposition aux situations anxiogènes, l'entraînement aux habiletés sociales, la restructuration cognitive et la relaxation (Beidel & Turner, 2007; Gosch, Flannery-Schroeder, Mauro, & Compton, 2006).

La TCC a de façon générale démontré son efficacité auprès des patients souffrant d'anxiété sociale (Rodebaugh, 2004; Roth & Heimberg, 2001) et chacune des méthodes utilisées dans la TCC ont toutes été reconnues scientifiquement comme étant efficaces (Gosch et al., 2006). De plus, cinq méta-analyses (dans Magee, Erwin & Heimberg, 2009) indiquent que toutes formes de TCC procurent des bénéfices aux adultes. Si au départ les études ne distinguaient pas les enfants avec anxiété sociale des autres troubles, il y a maintenant assez d'études pour confirmer aussi son efficacité auprès des enfants anxieux socialement (Beidel & Turner, 2007).

Par exemple, dans une étude comparative entre la TCC, la TCC incluant une composante parentale (éducation parentale) et un groupe contrôle (sur liste d'attente), significativement moins d'enfants rencontraient les critères d'anxiété sociale suite aux deux traitements : 87% n'étaient plus diagnostiqués dans le groupe TCC avec la composante parentale, 58% dans le groupe TCC, et 7% dans le groupe contrôle (Spence Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000). Ces gains ont été maintenus durant le suivi. Dans les mesures d'anxiété sociale et générale, les résultats ont montré une baisse significative. De plus, les parents ont rapporté que leurs enfants présentaient à la suite du traitement de meilleures habiletés sociales comparativement à ceux du groupe contrôle.

La TCC pourrait agir au-delà de la réduction de l'anxiété chez l'enfant anxieux socialement. Une étude a évalué les effets sur la performance scolaire et le fonctionnement social de la TCC auprès d'un échantillon d'enfants de 6 à 13 ans très

anxieux (dont vingt souffrant d'anxiété sociale) (Wood, 2006). Des évaluateurs indépendants, les enfants et leurs parents évaluaient le taux d'anxiété de l'enfant. Il est ressorti de cette étude que la diminution de l'anxiété de ces enfants au cours de l'intervention était prédictive de leur amélioration à l'école et de leur fonctionnement social.

Un programme spécifiquement pour enfants atteints de phobie sociale basée sur la TCC a été développé. Le Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C, Beidel, Turner, & Morris, 2000) est un programme de douze semaines (deux séances par semaine) dans lequel l'enfant participe autant à des séances de groupe qu'à des séances d'exposition individuelle. Entre chaque séance, des devoirs sont donnés à l'enfant. La coopération parentale est également un des aspects cruciaux pour la réussite du programme. Finalement, la généralisation avec les pairs est incluse dans ce programme. En effet, des enfants identifiés comme n'étant pas anxieux socialement et désirant aider des enfants timides sont choisis pour permettre à l'enfant anxieux de pratiquer les habiletés apprises et d'interagir avec des enfants qui ne sont pas anxieux.

Des études à court et à long terme ont été menées pour vérifier l'efficacité de ce programme (Beidel et al., 2000; Beidel, Turner, Young, & Paulson, 2005; Beidel, Turner, & Young, 2006). Parmi les 32 enfants suivis, le pourcentage ne rencontrant plus les critères de phobie sociale au post-traitement était de 62%. Trois ans plus tard, ce pourcentage augmentait à 72%. Dans le suivi de cinq ans, les résultats montraient que la

majorité des changements positifs étaient maintenus, ce qui confirme l'efficacité à long terme du programme SET-C dans le traitement de la phobie sociale chez les enfants.

La TCC, bien qu'efficace, n'est pas sans limite. Dans les études sur l'efficacité de la TCC, près d'un tiers des patients ne voient pas leur trouble s'améliorer (Roth & Heimberg, 2001), et plusieurs continuent d'expérimenter des symptômes significatifs (Heimberg, Dodge, Hope & Kennedy, 1990; Heimberg, et al., 1998).

Bref, les études montrent que la TCC est un type de thérapie relativement efficace pour le traitement de l'anxiété sociale. Cependant, en travaillant sur les distorsions cognitives, le traitement se centre exclusivement sur l'individu en traitement, alors que les études montrent que plusieurs facteurs étiologiques et de maintien de l'anxiété sociale sont du domaine interpersonnel. C'est pourquoi l'apport d'une approche interpersonnelle mérite d'être considéré dans la compréhension du trouble de l'anxiété sociale chez l'enfant et dans la conception de l'intervention psychologique.

Problématique

La recherche sur le traitement de l'anxiété sociale s'est attardée à ce jour presque exclusivement sur la TCC. Cependant, la littérature sur le trouble montre que les facteurs interpersonnels jouent une part importante dans le développement et le maintien de

l'anxiété sociale, justifiant la pertinence d'étudier l'apport de l'approche interpersonnelle dans la compréhension et dans l'intervention avec les enfants souffrant d'anxiété sociale. La question à laquelle tente de répondre cet essai est : comment la prise en compte des dimensions interpersonnelles de l'anxiété sociale peut-elle enrichir la compréhension du trouble et la conception de l'intervention chez l'enfant? En lien avec ce qui ressort de la littérature, l'objectif est d'énoncer des propositions touchant les études futures qui pourraient aider à mieux définir l'intervention chez les enfants anxieux socialement qui s'inscrit dans une perspective interpersonnelle.

Théorie interpersonnelle

Les modèles interpersonnels de la psychopathologie ont émergé dans des contextes variés, chacun avec ses propres domaines d'intérêts, ses points de vue théoriques, et ses méthodes de recherche (Segrin, 2001). En dépit de quelques différences, ces modèles partagent le postulat que de bonnes relations sociales sont intimement reliées au bien-être psychologique d'un individu et, à l'inverse, que de pauvres relations sociales contribuent au développement et au maintien de psychopathologies.

Par ses écrits, Sullivan (1953) a contribué au développement de la théorie interpersonnelle contemporaine. Cette théorie conceptualise le fonctionnement

psychologique et la détresse en terme de relations interpersonnelles. Elle avance qu'un point commun fondamental entre tous les êtres humains est la présence de relations durant toute la durée de la vie et que le rôle des relations dans le fonctionnement psychologique dépasse le simple fait d'être présentes. Selon la théorie interpersonnelle, les relations sont, en plus d'être un baromètre révélant la qualité des processus internes d'un individu, des déterminants de ces processus. Elles représentent une boucle continue d'influence, dans le sens où les relations à la petite enfance affectent les processus internes, qui influencent plus tard les relations qui affectent les processus internes, et ainsi de suite. Selon ce modèle, de nombreux facteurs étiologiques cumulent leurs effets de différentes façons, dépendamment de l'individu et de ses expériences de vie ou de ses prédispositions innées.

Théorie interpersonnelle et anxiété sociale

Selon la théorie interpersonnelle, les personnes développent leurs stratégies interpersonnelles caractéristiques à travers les relations qu'elles ont à l'enfance, et ces stratégies se généralisent à mesure que les personnes se définissent de par les rôles relationnels spécifiques qu'elles jouent, par exemple quelqu'un que les autres n'aimeront pas et qui sera critiqué. Différentes contributions de la théorie interpersonnelle spécifiques à la compréhension du développement de l'anxiété sociale sont relatées par Alden (2005). D'abord, la théorie interpersonnelle évoque le fait que des environnements sociaux différents lors de l'enfance peuvent créer des trajectoires développementales différentes menant vers l'anxiété sociale (principe d'équifinalité).

Les études démontrent qu'en effet des expériences d'apprentissage variées peuvent transmettre des peurs sociales et des patterns comportementaux semblables (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Taylor & Alden, 2005, cités dans Alden, 2005). De plus, la théorie interpersonnelle maintient que l'information relationnelle est ce qui distingue l'anxiété sociale des autres troubles émotionnels. Par exemple, les personnes anxieuses socialement se jugeraient elles-mêmes en fonction de l'idée qu'elles se font de ce que les autres attendent d'elles, alors que les personnes dépressives se jugent en fonction de leurs buts personnels. Une autre contribution de la théorie interpersonnelle est de démontrer que l'augmentation des interactions avec les mêmes personnes permet aux personnes anxieuses socialement de devenir plus à l'aise avec les autres, mais surtout de voir l'appréciation des autres envers eux augmenter. Finalement, la théorie interpersonnelle contribue à la compréhension de l'anxiété sociale en démontrant que lorsque les résultats négatifs sont réduits, ou que la probabilité de succès est augmentée, les personnes souffrant d'anxiété sociale peuvent facilement apprendre des comportements prosociaux ou se donner des buts relationnels car elles sont motivées à se rapprocher des autres.

Psychothérapie interpersonnelle

La psychothérapie interpersonnelle basée sur la théorie interpersonnelle a été développée par Klerman, Weissman, Rounsville et Chevron (1984) pour le traitement

de la dépression chez l'adulte. Elle est basée sur la prémissse que, puisque le symptôme apparaît dans un contexte social, résoudre des problèmes dans la vie interpersonnelle du sujet peut aider à alléger les symptômes.

Plus de 150 études supportent son efficacité et sa validité (Stuart & Robertson, 2003). Malgré cette impressionnante base empirique, la psychothérapie interpersonnelle est encore cliniquement très peu utilisée (Stuart & Robertson, 2006). En Amérique du Nord et en Europe, la plupart des cliniciens et des universités connaissent l'existence de la psychothérapie interpersonnelle mais en savent peu sur ses composantes et ses applications. Cependant, de récentes redéfinitions de la psychothérapie interpersonnelle et de son application la rendent de plus en plus accessible.

La psychothérapie interpersonnelle a démontré son efficacité dans le traitement de la dépression (Elkin, Shea, Watkins, & Imber, 1989), et a été modifiée pour d'autres troubles de l'humeur, comme les troubles dysthymiques (Markowitz, 1994), ou des troubles non reliés à l'humeur, comme la boulimie (Wilfley et al., 1993). L'étude de l'efficacité chez les adultes affectés par ces différents troubles a été démontrée et confirmée à plusieurs reprises (Markowitz, 1998). La majorité des études sur la psychothérapie interpersonnelle concerne les patients adultes. Quelques-unes portent sur le traitement d'adolescents dépressifs (Mufson, Weissman, Moreau, & Garfinkel, 1999; Mufson, Dorta, Wickramaratne, Nomura, Olfson, & Weissman, 2004). Cependant, aucune étude sur le traitement avec les enfants n'a été relevée.

La psychothérapie interpersonnelle vise une renégociation des rôles interpersonnels en utilisant les ressources acquises dans les relations antérieures (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2007). Elle est spécifiquement développée pour aider les patients à gérer plus efficacement leur détresse en améliorant la communication interpersonnelle et à développer et à utiliser plus pleinement leur réseau de soutien social (Stuart & Robertson, 2006). Elle s'attarde sur les façons de communiquer ses besoins d'attachement et sur les stratégies à adopter pour construire un réseau plus soutenant. C'est pourquoi il est important que le thérapeute tienne compte du contexte général du problème autant que de l'individu unique qui recherche le traitement. En effet, la nature du problème est toujours conceptualisée comme étant interpersonnelle.

La psychothérapie interpersonnelle comporte un nombre de séances prédéterminé (12 à 16 séances). Comme le laisse entendre ce qui précède, les interventions effectuées ne concernent pas directement la relation patient-thérapeute, mais plutôt les problèmes interpersonnels du patient dans sa vie. Selon Stuart (2006), la question qui conduit les interventions du thérapeute interpersonnel est : comment ce patient peut-il être aidé à améliorer ici et maintenant ses relations interpersonnelles et à construire un réseau de soutien social plus efficace?

Une des techniques qui revient fréquemment dans le manuel du clinicien est l'encouragement du thérapeute à l'expression des sentiments (Weissman, Markowitz, &

Klerman, 2000). Les encouragements sont utilisés pour aider le patient à exprimer, comprendre et gérer ses émotions. Selon les auteurs, plus le patient est affectivement engagé dans la thérapie, plus les probabilités de changement sont élevées. Une autre technique fréquemment utilisée est l'analyse de la communication. Cette technique découle de l'hypothèse que les difficultés du patient sont causées, perpétuées ou exacerbées par une pauvre communication. En effet, plusieurs patients présument que les autres vont anticiper leurs désirs ou lire dans leur esprit, ce qui peut susciter de la colère, de la frustration, des silences, ou d'autres affects non exprimés. Cette technique consiste donc à identifier les patterns de communication et à reconnaître la contribution du patient au problème de communication, et à soutenir sa motivation à communiquer plus efficacement avec les autres. Le thérapeute aidera le patient à trouver des façons de communiquer directement ses besoins et sentiments, en l'encourageant à tirer ses propres conclusions d'une conversation et en l'aidant à identifier ses émotions, puis en lui suggérant des alternatives au moyen de jeux de rôles. La technique d'analyse de décision est aussi fréquemment utilisée : elle consiste à amener le patient à considérer d'autres solutions et leurs conséquences dans le but de résoudre un problème. Finalement, le jeu de rôles est aussi employé (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2007). Le patient et le thérapeute expérimentent alors *in vivo* une interaction qui implique un changement comportemental. Le jeu de rôles est indiqué dans différentes situations thérapeutiques: lorsqu'il s'agit de faire prendre conscience du rôle qu'une personne joue dans la vie du patient et avec qui il voudrait développer sa relation; lorsqu'il s'agit de préparer le patient à interagir avec les autres de différentes manières, particulièrement

dans l'optique d'être plus confiant et d'obtenir de l'information sur comment réagissent les autres; et enfin, lorsqu'il s'agit d'aider le patient à gérer de nouvelles situations ou lui permettre de développer de nouvelles façons de gérer des situations négatives qui perdurent.

Les attitudes habituelles de chaleur, d'empathie, d'authenticité et de regard positif inconditionnel sont nécessaires au changement chez le patient, même si elles sont selon une perspective interpersonnelle non suffisantes (Stuart, 2006). Le but premier du thérapeute est de comprendre le patient. Il est crucial que le thérapeute soit plus qu'un technicien; sans alliance thérapeutique réelle, aucune des stratégies et des techniques de la psychothérapie ne sera efficace. Ainsi, le thérapeute prend généralement une attitude amicale, encourageante et soutenante plutôt que neutre. Le thérapeute reste attentif à la relation patient-thérapeute car même si elle n'est pas directement travaillée, elle peut refléter comment le patient pense et agit dans d'autres relations.

La psychothérapie interpersonnelle recommande des interventions actives et directes (Weissman, Markowitz & Klerman, 2007). Le thérapeute aide activement à améliorer la situation actuelle du patient. Il l'encourage à penser aux solutions possibles à ses problèmes interpersonnels. Si le patient n'y arrive pas, en dépit des questions du thérapeute, alors celui-ci peut suggérer des alternatives. Par exemple, il peut arriver que le thérapeute donne des directives ou suggère des exercices à faire à la maison qui ne sont cependant pas aussi formalisés que ceux de la TCC.

Un des points forts de la psychothérapie interpersonnelle est que ses concepts de base sont clairs, plausibles et simples, facilitant l'apprentissage des techniques par les cliniciens peu familiers avec cette approche. Cependant, la psychothérapie interpersonnelle comporte aussi certaines lacunes (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000). Ainsi, des cliniciens peuvent trouver qu'il y a un manque d'élaboration au niveau de la théorie sous-jacente. De plus, les ingrédients actifs dans la psychothérapie interpersonnelle ne sont pas encore tout à fait validés et le nombre de rencontres requises pour obtenir un résultat significatif n'est pas déterminé (Stuart & Robertson, 2006). D'autres études sont nécessaires pour permettre des développements sur le plan théorique et pour déterminer quels éléments critiques et quelles conditions expliquent les changements qui se produisent durant le traitement.

Psychothérapie interpersonnelle chez les adultes anxieux socialement

Dans la lignée de recherche sur la psychothérapie interpersonnelle en lien avec diverses psychopathologies, des auteurs ont développé un modèle propre aux personnes souffrant d'anxiété sociale (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000). Les différentes phases du traitement, de même que son efficacité, seront traitées dans les prochaines sections.

Phases de la psychothérapie interpersonnelle. Le traitement de psychothérapie interpersonnelle comporte généralement trois phases, que ce soit en thérapie individuelle

ou en thérapie de groupe (Weissman Markowitz et Klerman, 2000). Durant la phase initiale d'évaluation, les symptômes de l'anxiété sociale sont intégrés dans un modèle médical, qui met l'accent sur le fait que les symptômes reflètent un trouble médical dont le patient est affecté, mais qui ne reflètent pas ce que le patient est. Ceci est à la base de l'objectif thérapeutique, qui est de changer la perception que les patients ont d'eux-mêmes en tant qu'individu socialement incomptétent et de les amener à percevoir aussi compétents que les autres personnes (Hoffart, 2005). Durant la phase initiale, le thérapeute aide le patient à choisir deux thèmes (p. ex. s'ouvrir sur des sujets personnels, affirmer ses intérêts, exprimer sa colère, discuter avec les gens, etc.) liés à l'insécurité et aux problèmes interpersonnels à travailler durant le traitement. La phase initiale inclut également l'identification de symptômes de l'anxiété sociale, et une évaluation des relations actuelles et passées (Lipsitz et al., 2008).

Dans la seconde phase de la thérapie, le thérapeute travaille avec le patient en vue de résoudre un problème interpersonnel. Les thèmes d'insécurité sélectionnés à la première phase et les différentes sphères du problème sont travaillés à l'aide de techniques spécifiques à chacun de ces thèmes (voir les techniques de la psychothérapie interpersonnelle mentionnées plus haut). Le patient est invité à explorer de nouvelles opportunités et à assumer de nouvelles responsabilités en lien avec une meilleure compréhension de ses peurs sociales et des patterns d'évitement qui en découlent. Dans les thérapies de groupe, les patients sont encouragés à s'ouvrir sur des sujets personnels, incluant le partage de leur anxiété sociale anticipée avec les autres membres du groupe.

Le thérapeute invite les patients à adopter les comportements craints: par exemple l'ouverture de soi, recevoir et donner du feed-back sur les commentaires reçus des autres. Les discussions entre les membres du groupe portent autant sur les thèmes problématiques choisis par les patients que sur leurs façons de se comporter dans le groupe.

Dans la phase de terminaison, le thérapeute et le patient révisent les progrès accomplis, consolident les gains, et préparent le patient pour les situations et les expériences futures représentant pour lui des défis. Dans les thérapies de groupe, les patients sont également encouragés à formuler des commentaires personnels à chacun des autres patients du groupe. Leurs sentiments par rapport à la fin des rencontres sont discutés, les progrès sont revus et des façons de gérer les difficultés futures sont explorées.

Efficacité de la psychothérapie interpersonnelle. Un traitement en accord avec le modèle interpersonnel de l'anxiété sociale décrit précédemment a été développé dans un établissement hospitalier résidentiel en Norvège (Hoffart, 2005). Le programme dure dix semaines et les groupes sont formés de huit patients. Les patients participent à un programme général, constitué de séances d'entraînement physique et de rencontres de groupe. Durant les fins de semaine, les patients peuvent quitter la résidence pour retourner chez eux. Au milieu du programme, on donne aux patients une semaine de congé pour retourner chez eux et tester leurs nouvelles habiletés dans un environnement

naturel. Jusqu'à la fin du traitement, les proches du patient sont invités à participer aux traitements.

Dans cet établissement hospitalier, des chercheurs ont conduit une étude pour comparer deux traitements prometteurs de l'anxiété sociale, soit un traitement de type cognitif et un traitement de type interpersonnel (Borge, Hoffart, Sexton, Clark, Markowitz & McManus, 2008). Les questions de recherche concernaient l'efficacité de ces deux traitements en regard des symptômes d'anxiété sociale, des symptômes généraux, des problèmes interpersonnels généraux et de l'image de soi. Les participants ($n=80$) ont reçu un diagnostic selon les critères du DSM-IV, et ne recevaient pas de médication. Ils ont été assignés de façon aléatoire à un des deux traitements.

L'étude montre de façon générale que les patients des deux groupes ont fait des gains sur presque toutes les mesures entre le pré et le post-traitement et qu'il y a peu de différences entre les deux groupes (Borge et al., 2008). Un an plus tard, les patients ont montré des améliorations significatives par rapport au post-traitement. Il n'y avait encore une fois pas de différence entre les groupes de thérapie cognitive et de psychothérapie interpersonnelle. Les auteurs concluent, sur la base de ces importantes améliorations, que ces deux types de traitement de l'anxiété sociale sont prometteurs. Il faut toutefois prendre en considération, avant de généraliser les résultats, que les patients de cette étude souffraient d'anxiété sociale grave et que le traitement se déroulait en

milieu hospitalier. Une autre limite importante de l'étude est qu'il n'y avait pas de groupe témoin.

D'autres chercheurs ont étudié l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle individuelle sur des individus souffrant d'anxiété sociale (Lipsitz, Markowitz, Cherry & Fyer, 1999). Sept patients sur neuf traités présentaient un niveau d'amélioration élevé ou très élevé suite aux quatorze semaines de traitement. Les résultats sur presque toutes les mesures du thérapeute et les autoévaluations des symptômes d'anxiété sociale s'étaient significativement améliorés. Les patients de l'étude ont donné des exemples d'amélioration de qualité de vie, tel que l'obtention d'un nouvel emploi, le retour aux études, et la prise d'initiative dans les rencontres amoureuses, ce qui suggère que ces changements sont cliniquement significatifs. Des limites importantes à cette étude sont toutefois présentes : il n'y avait pas de groupe contrôle, l'étude comportait seulement neuf participants et un biais des thérapeutes dans la cotation dû à un investissement dans la thérapie a pu se produire.

Une autre étude a été réalisée avec un plus grand nombre de participants ($n=70$; Lipsitz et al., 2008). Les patients traités pour anxiété sociale ont été assignés à un groupe recevant quatorze séances individuelles de psychothérapie interpersonnelle ou de thérapie de soutien. Les résultats démontrent que la psychothérapie interpersonnelle a provoqué une amélioration significative chez plusieurs patients. Elle a toutefois procuré un bénéfice équivalent à la thérapie de soutien. Les résultats de la psychothérapie

interpersonnelle semblent démontrer, pour certaines mesures d'anxiété et d'adaptation sociale (travail, loisir et activités sociales) un plus grand bénéfice dans la deuxième moitié du traitement. Il est donc possible qu'une plus longue durée de traitement aurait été davantage bénéfique pour les patients. Les auteurs concluent que la psychothérapie interpersonnelle apparaît être une avenue prometteuse pour le traitement de l'anxiété sociale.

Synthèse

La psychothérapie interpersonnelle est basée sur une approche plutôt récente et peu répandue à ce jour. D'abord conçue pour le traitement de la dépression, elle a ensuite été adaptée pour divers autres troubles. De façon générale, la littérature montre qu'elle est considérée comme un type de traitement relativement facile à apprendre et efficace auprès des patients. Les études préliminaires sur l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle avec les adultes souffrant d'anxiété sociale démontrent qu'elle est aussi efficace que les autres types de thérapie, réduisant de façon significative les symptômes et améliorant la qualité de vie des individus participant au traitement. Malgré les limites des études relevées, la psychothérapie interpersonnelle s'avère un traitement psychologique alternatif intéressant chez les patients adultes souffrant d'anxiété sociale. Sa pertinence auprès des enfants demeurent à démontrer.

Limites des connaissances actuelles

La perspective interpersonnelle étant relativement récente et peu répandue, il semble normal qu'il y ait encore peu d'écrits sur la théorie interpersonnelle. Cependant, les lacunes au niveau de l'élaboration de la théorie sous-jacente semblent constituer l'une des principales limites. Une étude plus approfondie de chacune des techniques de la psychothérapie interpersonnelle et de leurs effets sur les symptômes de l'anxiété sociale est également attendue. À titre d'exemple, Rodebaugh, Holaway et Heimberg (2004) font mention que les techniques de la psychothérapie interpersonnelle peuvent être moins appropriées pour certains symptômes, comme la peur de parler devant un public.

De plus, une limite importante des connaissances dans la perspective interpersonnelle est qu'aucune étude concernant la psychothérapie interpersonnelle chez les enfants n'a été relevée, à l'exception d'un document inédit (Pilowsky et Weissman, 2005, référence tirée de Weissman, Markowitz, Klerman, 2007). Pourtant, rien ne montre qu'elle pourrait s'avérer inefficace avec ce groupe d'âge. Il y a donc un manque flagrant à ce chapitre, et principalement en ce qui regarde les jeunes souffrant d'anxiété sociale. Cette lacune est d'autant plus importante que la littérature fait mention de la nécessité d'intervenir le plus tôt dans leur traitement.

Une autre limite quant à l'étude de l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle dans le traitement de l'anxiété sociale est qu'aucune étude recensée ne s'intéresse aux différences selon le sexe des participants, alors que les taux de prévalence de l'anxiété sociale chez les adultes sont nettement supérieurs chez les femmes. Il est possible de formuler une hypothèse selon laquelle l'anxiété sociale puisse se vivre de façons différentes selon le sexe et que par conséquent il puisse y avoir des différences dans la façon de réagir au traitement.

Finalement, parmi les limites principales des connaissances, notons le décalage entre les études scientifiques et la pratique clinique. En effet, il convient de se demander si les études de l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle sont généralisables dans le cadre de la pratique clinique. Alors que dans les études relevées les patients sont souvent atteints du trouble d'anxiété sociale tel que diagnostiqué par le DSM-IV, les patients qui consultent les psychologues peuvent être atteints d'une anxiété sociale beaucoup plus légère. Ainsi, est-ce que ce type de thérapie serait recommandé auprès d'enfants à risque de développer un trouble d'anxiété sociale, mais ne présentant pas tous les critères requis au diagnostic? Ce genre de question mérite l'attention des chercheurs afin d'assurer les progrès de la psychothérapie interpersonnelle.

Nouvelles propositions sur la psychothérapie interpersonnelle avec les enfants anxieux socialement

En lien avec ce qui ressort de la littérature sur la perspective interpersonnelle et l'intervention avec les individus souffrant d'anxiété sociale, de nouvelles propositions sur la conception de l'intervention avec les enfants sont élaborées afin de favoriser le développement des recherches dans ce domaine. Ces propositions touchent les enfants d'âge scolaire.

D'abord, la recension des écrits sur l'étiologie du trouble d'anxiété sociale montre que des facteurs de la vie de l'enfant ont une grande importance dans l'étiologie du trouble. Il s'ensuit que l'enfance pourrait être une période propice pour intervenir. Appliquer la psychothérapie interpersonnelle à l'enfance permettrait de travailler auprès des patients souffrant d'anxiété sociale avant que les patterns d'évitement ne soient trop ancrés dans leur fonctionnement. En effet, la psychothérapie interpersonnelle est appliquée presque qu'exclusivement auprès des adultes. Il serait logique d'émettre une première proposition selon laquelle il est raisonnable de croire en l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle chez les enfants, puisque le cercle vicieux du maintien de l'anxiété sociale n'est pas encore trop enraciné dans la vie de l'enfant.

Ensuite, une deuxième proposition serait qu'il semble souhaitable que les thérapeutes interpersonnels prennent en considération l'environnement de l'enfant et ses relations sociales afin de lui apporter un soutien. Alors qu'avec les adultes il est difficile

d'intervenir auprès de la famille de l'individu et de ses connaissances, il serait plus facile de le faire à l'enfance. Cela permettrait d'agir directement à la source du problème et de prévenir l'aggravation du trouble. L'inclusion des parents dans la psychothérapie de l'enfant semble particulièrement importante considérant les écrits sur l'étiologie de l'anxiété sociale. Ainsi, les facteurs interpersonnels en milieu familial étant associés au développement du trouble chez l'enfant, comme la surprotection, le contrôle parental, et les parents eux-mêmes anxieux socialement, pourraient être abordés et travaillés en thérapie. De plus, le travail sur la communication qui existe déjà dans la psychothérapie interpersonnelle pour adulte pourrait être adapté dans la thérapie pour enfant afin que la communication parents-enfant soit améliorée. Enfin, certains aspects des interventions de la psychothérapie interpersonnelle visant à faire la promotion de certains comportements pourraient être eux aussi adaptés afin de les transmettre aux parents pour qu'eux-mêmes puissent aider leur enfant à développer ses habiletés interpersonnelles entre les séances et une fois la thérapie terminée. Par ailleurs, les études sur l'efficacité de la TCC auprès des enfants anxieux socialement vont dans le même sens concernant l'importance d'inclure les parents dans le traitement (Beidel et al., 2000; Spence et al., 2000).

Comme la recension des écrits montre qu'il existe des facteurs cruciaux reliés aux pairs dans le développement du trouble, une troisième proposition pose qu'il serait pertinent d'inclure les pairs dans le traitement des enfants. En effet, il est dit que les pairs peuvent intensifier les doutes de l'enfant souffrant d'anxiété sociale en le rejetant,

mais également tempérer les expériences négatives de l'enfant si celui-ci se sent inclus. Il ne faut pas oublier que le principal but des enfants anxieux socialement touche l'acceptation sociale et l'intimité et non l'évitement des rapprochements (Alden, 2005). Les pairs pourraient être inclus dans un premier temps à l'intérieur d'un groupe de thérapie, de façon régulière ou de façon sporadique. Les enfants pourraient alors profiter de la présence des autres pour tester leurs habiletés sociales, et ainsi devenir de plus en plus à l'aise dans le côtoiemment de jeunes de leur âge et se sentir de plus en plus apprécié. Un autre rôle que les pairs pourraient jouer dans la psychothérapie des enfants anxieux socialement est celui de tuteur ou de modèle. Des enfants qui présentent de bonnes habiletés sociales pourraient être inclus dans les séances afin de jouer le rôle de leader positif auprès des enfants anxieux socialement. Ceci pourrait être une option intéressante en contexte scolaire. Finalement, l'inclusion des pairs dans le traitement des enfants souffrant d'anxiété sociale permettrait de les aider directement à se créer un réseau de soutien social efficace, ce qui s'avère également un objectif de la psychothérapie interpersonnelle pour adulte. Il est important de mentionner que l'inclusion de pairs dans la thérapie soulève toutefois des questions éthiques, notamment sur le plan de la confidentialité.

La quatrième proposition est que les techniques de psychothérapie interpersonnelles semblent pouvoir s'adapter au niveau de développement des enfants sans requérir à de trop grandes adaptations puisque c'est une thérapie simple, concrète et axée sur la résolution des problèmes de la vie de tous les jours plutôt que sur

l'introspection et les prises de conscience. Par exemple, les techniques de jeux de rôle et d'encouragement à l'expression des émotions de la psychothérapie interpersonnelle pourraient facilement se transposer chez les enfants, puisqu'elles constituent déjà des techniques dont l'efficacité a été étudiée avec les enfants à travers d'autres approches (Barish, 2009; Irwin & Curry, 1993). De plus, le but de cette thérapie étant la renégociation des rôles en utilisant les ressources des relations antérieures, il semble que ce but se transposerait bien chez les enfants en utilisant plutôt les relations présentes. La psychothérapie interpersonnelle a déjà été appliquée par des cliniciens auprès d'enfants dépressifs sans qu'ils n'aient toutefois testé l'efficacité de ces techniques (Pilowsky & Weissman, 2005, référence tirée de Weissman, Markowitz & Klerman, 2007). Leur document demeure malheureusement inédit, mais il est rapporté que les deux principales adaptations ont été l'inclusion de la mère dans la plupart des séances et une plus grande utilisation du jeu à travers le traitement. Il ne semble pas y avoir eu de difficultés majeures à appliquer des techniques de la thérapie pour adultes à celle pour enfants. Une adaptation du traitement chez les enfants souffrant d'anxiété sociale semble donc réalisable et appropriée.

Une cinquième proposition découlant des écrits sur la psychothérapie interpersonnelle est qu'avec les enfants, il serait plus adéquat de ne pas fixer à l'avance un nombre limité de rencontres. Ainsi, comme le remarquent certains auteurs, le nombre de rencontres nécessaires requises pour obtenir un résultat significatif dans le traitement des adultes n'est pas encore connu (Stuart & Robertson, 2006). De plus, le processus

d'évaluation peut être plus long chez les enfants à cause de leur capacité d'introspection limitée. Aussi le thérapeute se doit d'amasser de l'information de plusieurs sources, comme les parents et les enseignants (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2007). Le travail avec les parents et les pairs risque également d'amener une grande variation dans la durée du traitement. Ces considérations pourraient expliquer qu'un plus grand nombre de rencontres est nécessaire avec les enfants comparativement au nombre de rencontres dans le traitement de l'adulte. Par ailleurs, les patterns d'évitement étant moins ancrés dans la vie des enfants que des adultes, il se pourrait aussi que la psychothérapie interpersonnelle chez les enfants soit de moins longue durée que chez les adultes.

Limites de l'essai

Cet essai comporte des limites qu'il est nécessaire de mentionner. D'abord, le relevé de la littérature est non exhaustif. Pour la recherche d'articles scientifiques, PsychInfo est la seule base de données qui a été consultée. De plus, comme mentionné au début de l'essai, seuls les facteurs interpersonnels de l'anxiété sociale ont été étudiés. Les bases biologiques et génétiques ont été mises de côté, mais il importe de répéter qu'elles ne sont pas à négliger dans les facteurs liés au développement de l'anxiété sociale. Les facteurs cognitifs n'ont pas non plus été abordés spécifiquement dans cet essai mais leur rôle prend une place importante dans la construction du trouble pour plusieurs chercheurs et théoriciens (Clark, 2005). Récemment, le champ d'étude de la

régulation émotionnelle s'est développé et son impact dans le développement et le maintien du trouble d'anxiété sociale a été identifié (Carthy, Horesh, Apter, & Gross, 2010; Farach & Mennin, 2007) Les études relevées dans la recension d'écrits de cet essai n'incluaient toutefois pas cette nouvelle piste de recherche.

De même, pour l'intervention, seule la TCC et la psychothérapie interpersonnelle ont été décrites. Les traitements pharmacologiques et plusieurs autres traitements psychosociaux (thérapies psychodynamique, humaniste, de soutien, etc.) n'ont pas été abordés et peuvent eux aussi être efficaces pour traiter les patients souffrant d'anxiété sociale. Par ailleurs, les thérapies systémiques semblent bien s'inscrire dans la continuité de la perspective interpersonnelle, mais puisque très peu d'études ont été trouvées dans ce domaine, il a été choisi d'écartier leur contribution dans cet essai.

Finalement, les propositions énoncées sur la psychothérapie interpersonnelle avec les enfants ne sont qu'hypothétiques. Elles ont été déduites des suites de l'analyse de la littérature existante sur le sujet mais n'ont en aucun cas été étudiées scientifiquement. Elles ont été élaborées dans le but de contribuer au développement de la recherche sur le traitement interpersonnel de l'anxiété sociale chez l'enfant.

Études futures

Suite au relevé de littérature de cet essai, il semble qu'il y ait un fort besoin d'études rigoureuses sur l'intervention chez les personnes souffrant d'anxiété sociale, notamment chez les enfants. Jusqu'à ce jour, la plupart des chercheurs étudiant le traitement de cette population se sont intéressés à la perspective cognitivo-comportementale, mais celle-ci est utilisée pour traiter seulement une minorité de clients souffrant d'anxiété sociale (Lipsitz & Marshall, 2001). Il requiert donc que les études futures se penchent sur d'autres types de thérapie, notamment la psychothérapie interpersonnelle qui semble une avenue prometteuse dans le traitement de ces enfants.

De plus, cet essai soulève des points importants que les chercheurs s'intéressant à la perspective interpersonnelle devraient prendre en considération dans leurs futures études. D'abord, alors que la perspective interpersonnelle fait ressortir l'importance de l'environnement social de l'enfant, la psychothérapie interpersonnelle n'inclut presque aucune de ces composantes dans le traitement. Cet essai fait valoir la pertinence d'inclure une composante parentale et les pairs dans le traitement. Ensuite, les futures études sur l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle devraient étendre leur champ d'étude à une population plus large et mieux définie. De plus, les différences entre les garçons et les filles, entre les adultes et les enfants, entre les patients participant à des thérapies de groupe et d'autres à des thérapies individuelles devraient être étudiées.

Enfin, le nombre de rencontres nécessaire à l'efficacité de la thérapie ne semble pas encore avoir été l'objet d'étude mais demeure pourtant un enjeu important.

Finalement, il semble nécessaire que les cliniciens pour enfant qui expérimentent le traitement de la psychothérapie interpersonnelle continuent de faire des observations cliniques et de donner des rétroactions aux chercheurs (Stuart & Robertson, 2006). Les observations que les cliniciens font et les modifications qu'ils proposent deviennent les bases pour que de nouvelles questions de recherche puissent être testées. Par ailleurs, les études futures sur la psychothérapie interpersonnelle devraient continuer de favoriser un lien étroit avec la clinique pour s'assurer de la généralisation de leurs résultats.

Conclusion

Cet essai avait comme but de répondre à la question : comment la prise en compte des dimensions interpersonnelles de l'anxiété sociale peut-elle enrichir la compréhension du trouble et la conception de l'intervention chez l'enfant? En lien avec ce qui ressort de la littérature, l'objectif était d'énoncer des propositions touchant les études futures qui pourraient aider à mieux définir l'intervention chez les enfants anxieux socialement dans une perspective interpersonnelle.

La revue de littérature présentée dans cet essai a démontré l'importance de développer la recherche sur le traitement de l'anxiété sociale à l'enfance, afin de briser les patterns de relations interpersonnelles dommageables avant qu'ils ne soient trop ancrés dans le mode de vie de l'individu. Dans cette perspective, la psychothérapie interpersonnelle serait une avenue prometteuse dans le traitement de l'anxiété sociale chez l'enfant, bien qu'il demeure de nombreuses pistes de recherche à explorer pour ce traitement.

Des propositions découlant des écrits sur la perspective interpersonnelle et l'intervention chez les adultes anxieux socialement ont été présentées dans cet essai afin que les études futures considèrent certains aspects importants de l'intervention avec les enfants. Ainsi, les facteurs étiologiques et de maintien de l'anxiété sociale montrent la

pertinence de prendre en considération l'environnement de l'enfant et ses relations sociales dans l'intervention. La perspective interpersonnelle pourrait être considérée comme une alternative ou intégrée à l'approche cognitivo-comportementale qui inclut peu d'éléments interpersonnels dans son traitement. Il serait possible de voir ces deux approches comme complémentaires : la TCC permet de travailler les distorsions cognitives de l'enfant et la psychothérapie interpersonnelle, par l'inclusion des parents et des pairs en thérapie, permettrait d'appréhender le problème de l'enfant dans son rapport interpersonnel et de travailler directement sur des facteurs d'apparition et de maintien du trouble.

Finalement, plusieurs pistes de recherche demeurent inexplorées dans le domaine de la psychothérapie interpersonnelle chez les patients anxieux socialement, particulièrement chez les enfants. Il serait intéressant d'encourager une collaboration plus étroite entre les chercheurs et les cliniciens pour enfant pour en venir à créer et tester une adaptation de la psychothérapie interpersonnelle avec cette clientèle. L'inclusion des personnes centrales dans l'environnement de l'enfant anxieux socialement et des pairs à l'intérieur de la psychothérapie interpersonnelle semble être deux éléments peu étudiés à ce jour mais prometteurs pour l'enrichissement du traitement des enfants anxieux socialement.

Références

- Alden, L. E. (2001). Interpersonal perspectives on social phobia. Dans R. Crozier, & L. E. Alden (Éds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 381-404). United Kingdom: John Wiley and Sons.
- Alden, L. E., & Bieling, P. J. (1998). The interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1-9.
- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882.
- Alden, L. E. (2005). Interpersonal Perspective on Social Phobia. Dans W. R. Crozier, & Alden, L. E. (Éds.) *The Essential Handbook of Social Anxiety for clinicians* (pp. 167-192). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux* (4e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M. G., Monsma, A., & Brilman, E. (1983). The role of perceived parental rearing practices in the etiology of phobic disorders: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 143, 183-187.
- Asher, S. R., & Parker, J. G. (1989). Significance of peer relationship problems in childhood. Dans B. H. Schneider, G. Attili, J. Nadel, & R. P. Weissberg (Éds.), *Social competence in developmental perspective* (pp. 5-23). Norwell, MA: Kluwer Academic.
- Barish, K. (2009). *Emotions in child psychotherapy: An integrative framework*. New York: Oxford University Press.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924.

- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorders* (2e éd.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1072-1080.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Young, B.-J. (2006). Social effectiveness therapy for children: Five years later. *Behavior Therapy*, 37(4), 416-425.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B., & Paulson, A. (2005). Social effectiveness therapy for children: Three-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 721-725.
- Benjamin, L. W. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York : Guilford Press.
- Berndt, T. J., & Ladd, G. W. (1989). *Peer relationships in children's development*. New York: Wiley.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.
- Bögels, S. M., van Oosten, A., Muris, P., & Smulders, D. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 273-287.
- Borge, F.-M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D. M., Markowitz, J. C., & McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorder*, 22, 991-1010.
- Bruch, M. A., & Heimberg, R. G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 155-168.
- Caster, J. B., Inderbitzen, H. M., & Hope, D. (1999). Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 237-251.

- Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., & Gross, J. J. (2010) Patterns of emotional reactivity and regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 23-36.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., & Malcarne, V. L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 585-598.
- Clark, D. M. (2005). A cognitive perspective on social phobia. Dans W. R. Crozier, & Alden, L. E. (Éds.) *The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians* (pp. 193-219). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Creed, A. T., & Funder, D. C. (1998). Social anxiety: From the inside and outside. *Personality and Individual Differences*, 25, 19-33.
- Curtis, R. C., & Miller, K. (1986). Believing another likes or dislikes you: Behaviors making the beliefs come true. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 284-290.
- Dadds, M. R., Barrett, P. M., Rapee, R. M., & Ryan, S. M. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734.
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J., & Serketich, W. J. (1995). "Balance of power": A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 104-113.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Farach, F. J., Mennin, D. S. (2007). Emotion-based approaches to the anxiety disorders. Dans Rottenberg, J. & Johnson, S. L. (Éds.), *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science* (pp. 243-261). Washington, DC: American Psychological Association.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Gazelle, H., & Ladd, G. W. (2003). Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Development*, 74, 257-278.

- Gosch, E. A., Flannery-Schroeder, E., Mauro, C. F., & Compton, S. N. (2006). Principles of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Children. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 247-262.
- Gough, H., & Thorne, A. (1986). Positive, negative and balanced shyness: Self-definitions and the reactions of others. Dans W. H. Jones, J. M. Cheek, & S. R. Briggs (Éds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment*. New York : Plenum Press.
- Hartup, W. W. (1979). Peer relations and the growth of social competence. Dans M. W. Kent, & J. E. Rolf (Éds.), *Primary prevention of psychopathology* (pp. 150-170). Hanover, NE: University Press of New England.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry, 51*, 101-108.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R. et al. (1990). Cognitive behavioural group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy Research, 14*, 1-23.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., et al. (1998). Cognitive-behavioral group treatment versus phenelzine in social phobia: 12 week outcome. *Archives of General Psychiatry, 55*, 1133-1141.
- Heiser, N. A., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 209-221.
- Hoffart, A. (2005). Interpersonal therapy for social phobia: Theoretical model and review of the evidence. Dans M. E. Abelian (Éds.), *Focus on Psychotherapy Research* (pp. 121-137). New York: Nova Science Publishers.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 548-555.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model of generalized anxiety disorder. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 51-76). New York: Guilford Publications Inc.
- Irwin, E. C., & Curry, N. E. (1993). Role play. Dans C. E. Schaefer (Éd.) *The therapeutic powers of play* (pp. 167-187). Lanham: Jason Aronson.

- Jones, W. H., & Briggs, S. R. (1984). The self-other discrepancy in social shyness. Dans R. Schwarzer (Éd.), *The self in anxiety, stress and depression* (pp. 93-107). Amsterdam: North Holland.
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 147*, 313-318.
- Kendler, K. S., Myers, J., Prescott, C. A., & Neale, M. C. (2001). The genetic epidemiology of irrational fears and phobias in men. *Archives of General Psychiatry, 58*, 257-265.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review, 90*, 185-214.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsville, B. J., & Chevron, E., S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy for Depression*. New York: Basic Books.
- Laurent, M. (1999). Une perspective systémique des troubles anxieux. *Thérapie familiale, 20*, 177-199.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 928-934.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Hofler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offsprings. *Archives of General Psychiatry, 57*, 859-866.
- Lipsitz, J. D., Gur, M., Vermes, D., Petkova E., Cheng, J., Miller, N., Laino, J., et al. (2008). A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 25*, 542-553.
- Lipsitz, J. D., Markowitz, J. C., Cherry, S., & Fyer, A. J. (1999). Open trial of Interpersonal Psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1814-1816.
- Lipsitz, J. D., & Marshall, R. D. (2001). Alternative psychotherapy therapy approaches for social anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America, 24*, 817-829.
- Magee, W. J. (1999). Effects of negative life experiences on phobia onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*, 343-351.

- Magee, L., Erwin, B. A., & Heimberg, R. G. (2009). Psychological Treatment of Social Anxiety Disorder and Specific Phobia. Dans A. Martin (Ed.) *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders* (pp.334-349). Windsor: Leddy Library.
- Markowitz, J. C. (1994). Psychotherapy of dysthemia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1114-1121.
- Markowitz, J. C. (1998). *Interpersonal Psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Association.
- Merikangas, K. R., Dierker, L. C., & Szatmari, P. (1998). Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorder: A high risk study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 711-720.
- Mills, R. S. L., & Rubin, K. H. (1998). Are behavioral control and psychological control both differentially associated with childhood aggression and social withdrawal? *Canadian Journal of Behavioural Science*, 30, 132-136.
- Morris, T. L. (2001). Social phobia. Dans M. W. Vasey & M. R. (Éds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 435-458). London: Oxford University Press.
- Mufson, L., Dorta, C. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61, 577-584.
- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau D., & Garfinkel, R. (1999). *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.
- Papsdorf, M. P., & Alden, L. E. (1998). Mediators of social rejection in socially anxious individuals. *Journal of Research in Personality*, 32, 351-369.
- Parke, R. D., MacDonald, K. B., Beitel, A., & Bhavnagri, N. (1988). The role of the family in the development of peer relationships. Dans R. Peters & R. J. McMahan (Éds.), *Social learning and systems: Approaches to marriage and the family*. New York: Brunner-Mazel.
- Paulhus, D. L., & Morgan, K. L. (1997). Perceptions of intelligence in leaderless groups: The dynamic effects of shyness and acquaintance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 581-591.
- Pollak, S. D., & Tolley-Schell, S. A. (2003). Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 323-338.

- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 17*, 47-67.
- Rapee, R. M., & Melville, L. F. (1997). Retrospective recall of family factors in social phobia and panic disorder. *Depression and Anxiety, 5*, 7-11.
- Rapee R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review, 24*, 737-767.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 24*, 883-908.
- Roth, D. A., & Heimberg, R. G. (2001). Cognitive-behavioral models of social anxiety disorder. *The Psychiatric Clinics of North America, 24*, 753-771.
- Rubin, K. H., & Coplan, R. J. (2004). Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill Palmer Quarterly Journal of Developmental Psychology, 50*, 506-534.
- Rubin, K. H., & Mills, R. S. L. (1990). Maternal beliefs about adaptive and maladaptive social behaviors in normal, aggressive, and withdrawn preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 419-435.
- Schwartz, C. E., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1008-1015.
- Segrin, C. (2001). *Interpersonal processes in psychological problems*. New York: The Guilford Press.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 211-221.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 41*(6), 713-726.
- Sroufe, L. A., & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. Dans W. Hartup, & Z. Rubin (Éds.) *Relationship in development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 526-531.
- Stuart, S. (2006). Interpersonal Psychotherapy: A guide to the basics. *Psychiatric Annals, 36*, 542-550.
- Stuart, S., & Robertson, M. (2003). *Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide*. London: Edward Arnold.
- Stuart, S., & Robertson, M. (2006). The future of Interpersonal Psychotherapy. *Psychiatric Annals, 36*, 578-588.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W. W. Norton & Co.
- Taylor, C. T., & Alden, L. E. (2005). Social interpretation bias and generalized social phobia: The influence of developmental experiences. *Behavior Research and Therapy, 43*, 759-777.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1990). Social Phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 497-505.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 229-235.
- Vernberg, E. M., Abwender, D. A., Ewell, K. K., & Beery, S. H. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescence: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 189-196.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Wilfley, D. E., Agras, W. S., Telch, C. F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A., Cole, A. G., et al. (1993). Group cognitive behavioural therapy and group interpersonal therapy for nonpurging bulimic individual. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 296-305.
- Wood, J. (2006). Effect of anxiety reduction on children's school performance and social adjustment. *Developmental Psychology, 42*(2), 345-349.