

Quelle est l'importance spécifique des facteurs thérapeutiques dans le traitement psychologique de la phobie sociale ?

What is the specific importance of therapeutic factors in the psychological treatment of social phobia ?

¿Cuál es la importancia específica de los factores terapéuticos en el tratamiento psicológico de la fobia social?

Qual é a importância específica dos fatores terapêuticos no tratamento psicológico da fobia social?

Ariel Stravynski, Gilles Gaudette et Caroline Roy

Volume 29, numéro 1, printemps 2004

Les troubles anxieux

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/008823ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/008823ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Stravynski, A., Gaudette, G. & Roy, C. (2004). Quelle est l'importance spécifique des facteurs thérapeutiques dans le traitement psychologique de la phobie sociale ? *Santé mentale au Québec*, 29(1), 93–104.
<https://doi.org/10.7202/008823ar>

Résumé de l'article

Cet article fait état des interventions psychologiques qui ont été développées ou adaptées au traitement de la phobie sociale. Deux stratégies principales ont été identifiées : la réduction de l'anxiété et l'amélioration du fonctionnement social. L'exposition et la restructuration cognitive sont les démarches principales dans la stratégie de la réduction d'anxiété. L'entraînement aux habiletés sociales est l'intervention centrale pour l'amélioration du fonctionnement social. Leurs issues thérapeutiques, à court et à long terme, sont analysées ainsi que comparées à la psychopharmacologie. Les tâches à exécuter dans les situations de vie entre les séances thérapeutiques peuvent être envisagées comme étant un élément essentiel de toutes les interventions. Elles sont cependant au service des différents principes théoriques préconisés par chacune des approches.



Quelle est l'importance spécifique des facteurs thérapeutiques dans le traitement psychologique de la phobie sociale ?

Ariel Stravynski*

Gilles Gaudette**

Caroline Roy***

Cet article fait état des interventions psychologiques qui ont été développées ou adaptées au traitement de la phobie sociale. Deux stratégies principales ont été identifiées : la réduction de l'anxiété et l'amélioration du fonctionnement social. L'exposition et la restructuration cognitive sont les démarches principales dans la stratégie de la réduction d'anxiété. L'entraînement aux habiletés sociales est l'intervention centrale pour l'amélioration du fonctionnement social. Leurs issues thérapeutiques, à court et à long terme, sont analysées ainsi que comparées à la psychopharmacologie. Les tâches à exécuter dans les situations de vie entre les séances thérapeutiques peuvent être envisagées comme étant un élément essentiel de toutes les interventions. Elles sont cependant au service des différents principes théoriques préconisés par chacune des approches.

La nature de la phobie sociale

La phobie sociale est un patron de comportements sociaux d'auto-protection caractérisée par des préoccupations intenses concernant les réactions potentiellement négatives d'autrui (exemple : être taquiné, être critiqué, être rejeté). Une caractéristique typique de cette problématique est la crainte et par conséquent le désir d'éviter des situations sociales dans lesquelles l'individu doit performer ou s'exhiber devant un auditoire formel ou informel. En général, les situations les plus craintes sont celles où l'individu est évalué par ceux qui ont une influence considérable sur sa vie (exemple : personnes en position d'autorité). Typiquement, les activités que l'individu craint sont des présentations en public, des entrevues ou des actions telles que manger, écrire ou parler

* Professeur titulaire de psychologie clinique, Université de Montréal; Centre de recherche Fernand-Seguin.

** Clinique en intervention cognitivo-comportementale (CICC), Hôpital Louis-H. Lafontaine.

*** Professeur titulaire de psychologie clinique, Université de Montréal.

qui vont mettre en évidence son état d'agitation. Les préoccupations principales sont : être incohérent ou incapable de parler, être visiblement en détresse, rougir, trembler, être en sueur. Les craintes ultimes de ces patients sont d'attirer l'attention d'une manière défavorable : se sentir embarrassé, humilié et diminué. De telles possibilités sont vécues avec beaucoup d'appréhension.

Ces expériences de détresse anxieuse sont habituellement présentes de longue date. Différentes stratégies d'autoprotection ont été développées pour les éviter, s'y soustraire ou en atténuer l'impact : échappement, évitement et recours à des garanties sécurisantes. Celles-ci ont graduellement, et de façon cumulative, des conséquences très négatives sur le fonctionnement social, interpersonnel et occupationnel des individus présentant des problèmes de phobie sociale (Schneier et al., 1994, 322-331). Différents éléments d'anxiété sociale seraient déjà présents en bas âge. Les difficultés de phobie sociale se cristallisaient habituellement à l'adolescence et seraient consolidées au début de l'âge adulte. Dans la majorité des cas, la phobie sociale est une problématique chronique, sans rémission naturelle (Kessler et al., 1994, 8-19).

Bien que les études de traitement décrivent des cas relativement purs, les études provenant de cliniques spécialisées (ainsi que les études épidémiologiques) révèlent que la phobie sociale est souvent accompagnée de troubles d'anxiété généralisée, d'épisodes dépressifs, de diverses problématiques somatiques, ainsi que d'expériences de panique (Goldenberg et al., 1996, 523-532). De nombreux patients vont recourir à la médication ou encore abuser de drogues ou d'alcool (van Ameringen et al., 1991, 93-99).

Malgré ces comorbidités, certaines données suggèrent que la phobie sociale semble constituer une entité en soi. Par exemple, la phobie sociale se distingue de bien d'autres types de phobie même si elle partage avec elles un facteur de sensibilité ou d'anxiété sociale (Stravynski et al., 1995, 343-351). Le fait que l'apparition de la phobie sociale précède tout autre trouble chez 77 % des sujets avec des diagnostics additionnels, ajoute de la validité à cette proposition (Schneier et al., 1992, 282-287).

L'anxiété sociale, surtout dans ses manifestations morbides, a été décrite sous diverses formes dans la littérature médicale à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle (Pelissolo et Lépine, 1995, 15-24). Sa formulation moderne, a été proposée en premier lieu par Marks (Marks, 1970, 683-688). Elle constitue la base des critères diagnostiques qui ont défini la phobie sociale dans les différentes versions du DSM. Ces

critères mettent l'accent sur la réaction anxieuse évoquée par différentes situations et la tendance quasi universelle du patient à vouloir les éviter ou de les quitter le plus rapidement possible (Tyrer, 1996, 29-33).

Types de phobie sociale

Les patients qui consultent pour le traitement de la phobie sociale dans des cliniques spécialisées peuvent être divisés en deux catégories. La première, qui représente une minorité des patients, cherche de l'aide pour des difficultés relativement circonscrites à des situations limitées. Il s'agit par exemple de parler, écrire ou manger devant une auditoire. Outre ces difficultés, l'individu phobique fonctionne relativement bien dans différentes sphères de vie : travail, études, intimité, amitié. Le deuxième type de patients, qui représente la grande majorité (à peu près 75 %) ; présente des problèmes similaires auxquels s'ajoutent des difficultés parfois subtiles, parfois grossières de fonctionnement social dans de multiples situations. Typiquement, le patient trouve extrêmement difficile d'initier et de maintenir des contacts, ainsi que de faire face aux différentes situations de la vie sociale dans une variété de sphères de vie (exemple : prendre sa place dans un groupe, collaborer avec les autres, refuser des pressions déraisonnables). Le DSM-III-R et le DSM-IV ont incorporé cette distinction hypothétique en divisant la phobie sociale en deux catégories : spécifique ou généralisée (Heimberg et al., 1993, 249-269). Cette typologie soulève de nombreuses questions. La plus importante est le chevauchement entre les entités hypothétiques de phobie sociale et de trouble de personnalité évitante. Théoriquement, la phobie sociale généralisée serait caractérisée par une crainte de d'exécuter une performance au sein de différentes situations sociales tandis que le trouble de personnalité évitante serait caractérisé par des difficultés d'être en relation avec des gens (Million et Martinez, 1995, 218-233). Malgré cette distinction théorique, certaines études nous amènent à questionner la pertinence, voire même la validité de celle-ci (Widiger, 1992, 340-343). En effet, des études ont démontré que des personnes présentant une phobie sociale généralisée et celles rencontrant les critères définissant le trouble de personnalité évitante tendaient à démontrer des patrons de réponses assez semblables dans le cadre de certaines situations sociales expérimentales (Boone et McNeil, 1999 ; Turner et al., 1992, 271-292). Toutefois, au niveau de certaines mesures, des différences statistiquement significatives ont été obtenues (Hofmann et al., 1995, 224-231)

D'autres études ont évalué les différences entre la phobie sociale généralisée et la phobie sociale spécifique et ce, au niveau de diverses

composantes (physiologiques, comportementales, subjectives). Les résultats de ces études sont pour la plupart peu convergents et ne nous permettent pas de nous prononcer sur la validité de cette typologie (Heimberg et al., 1990, 172-179).

Qui plus est, bien que certaines différences entre ces catégories (phobie sociale spécifique, généralisée et trouble de personnalité évitante) se soient montrées statistiquement significatives, leur signification clinique est loin d'être évidente. De plus, il est important de souligner que la réponse au traitement ne semble pas être déterminée par une telle typologie (Brown et al., 1995, 467-486). Il est raisonnable de penser que, sur le plan clinique, la phobie sociale spécifique, la phobie sociale généralisée et la personnalité évitante (en utilisant la terminologie du DSM-IV) pourraient probablement être situées à différents degrés de difficulté sur un même continuum plutôt que considérées comme des entités cliniques différentes.

Les interventions psychologiques pour la phobie sociale

Les interventions appliquées dans le traitement de la phobie sociale peuvent être divisées en deux sur le plan des stratégies poursuivies : réduction de l'anxiété et amélioration du fonctionnement social et interpersonnel. Les tactiques les plus importantes dans le cadre de la stratégie visant à réduire l'anxiété sont l'exposition et la restructuration cognitive. L'amélioration du fonctionnement social repose quant à lui sur l'entraînement aux habiletés sociales sous différentes formes.

Réduction de l'anxiété

L'exposition implique, en principe, une présence systématique et prolongée dans la situation sociale anxiogène jusqu'à ce qu'une réduction d'anxiété significative soit rapportée. Concrètement, une hiérarchie de situations sociales avec une augmentation graduelle dans la difficulté est élaborée avec le patient. L'exposition débute au bas de la hiérarchie et le patient est graduellement encouragé à affronter des situations difficiles dans le cadre de la clinique pour y rester jusqu'à l'observation d'une diminution significative de l'anxiété. Par la suite ou même immédiatement, l'exposition peut inclure des séances *in vivo* ainsi que des exercices d'auto-exposition qui sont assignées comme tâches pratiques à exécuter dans le milieu naturel entre les séances.

La restructuration cognitive désigne un terme générique incluant différents modèles qui visent à modifier des processus hypothétiques de la pensée. Elle se caractérise par l'identification des présumées erreurs systématiques dans la pensée du patient que l'on infère de son discours.

En thérapie, ces erreurs cognitives ainsi que les structures hypothétiques qui les organisent sont systématiquement remises en question. Entre les séances, on demande au patient d'identifier ses pensées dysfonctionnelles quand elles apparaissent dans les situations sociales et de les confronter en utilisant les techniques qui ont été enseignées durant les séances thérapeutiques. La tactique de restructuration cognitive peut être utilisée comme un ingrédient complémentaire à une stratégie comportementale ou encore en tant que principe qui organise la thérapie.

Amélioration du fonctionnement social

Contrairement à l'exposition et à la restructuration cognitive qui placent l'anxiété au centre de leur conception de la phobie sociale et qui, par conséquent essaient de résoudre un problème «à l'intérieur du patient», une approche interpersonnelle extériorise le problème et le situe dans le contexte social, plus précisément dans l'interaction sociale. Le patient qui présente une phobie sociale fonctionne mal socialement car ses efforts sont investis surtout dans l'autoprotection : l'évitement, la fuite et la soumission sont les tactiques sociales fréquemment utilisées. L'anxiété sociale vécue par les patients est conçue comme une résultante de ces manœuvres interpersonnelles inadéquates. L'entraînement aux habiletés sociales vise à augmenter la compétence de l'individu dans son implication active au sein de diverses interactions sociales ; ce qui se distingue de son patron défensif habituel.

Concrètement, l'individu développe de nouvelles séquences de comportements à utiliser dans différentes situations phobiques (exemple : parler en public) ou sociales élargies (exemple : courtiser). La séquence typique comprend des consignes, du modelage, des jeux de rôles avec rétroaction et l'assignation de tâches concrètes à pratiquer entre les séances de thérapie. Une étude de quatre cas uniques (Stravynski et al., 2000a, 163-175) illustre ce processus.

Les effets thérapeutiques de ces interventions

Les différentes revues de la littérature avec (Taylor, 1996, 1-9) et sans méta-analyse (Stravynski et Greenberg, 1998, 171-181) convergent vers les conclusions suivantes. En ce qui a trait à la stratégie de réduction d'anxiété, l'exposition et la restructuration cognitive offrent toutes les deux une approche induisant des changements cliniques importants autant dans la détresse rapportée par les patients ainsi que dans leur tendance à éviter. Ceci est vrai autant dans un format de groupe qu'individuel. Les résultats sont typiquement produits par des interventions relativement courtes qui varient entre 6 à 12 séances thérapeutiques avec

un taux d'abandon d'environ 15 %. Ces gains ne sont pas rapportés dans des conditions contrôles (telles que des listes d'attente) et ce qui est très important, se maintiennent à des suivis de 6 à 18 mois. Ni la restructuration cognitive ajoutée à l'exposition ni la thérapie cognitive seule produisent des effets qui vont au delà de ceux de l'exposition seule. Ils n'affectent pas plus les processus cognitifs ni de manière quantitative ni de manière qualitative que l'exposition (Stravynski et al., 2003, sous presse). Cependant, le fait que la réduction de l'anxiété entraîne automatiquement une amélioration importante et durable dans le fonctionnement social demeure à démontrer.

En ce qui a trait à l'amélioration du fonctionnement social, l'entraînement aux habiletés sociales, principale méthode utilisée pour atteindre cet objectif a été beaucoup moins étudiée. Cette forme d'entraînement à une meilleure participation à la vie sociale a été trouvée aussi efficace que l'exposition et la restructuration cognitive dans la réduction de l'anxiété et de la tendance à l'évitement (Stravynski et al., 2000, 188-198). D'une façon surprenante, il n'y a que 2 études de cette forme de thérapie qui ont démontré des améliorations importantes dans le fonctionnement social des patients.

Typiquement, ce genre d'intervention est administrée en petits groupes (autour de 6 patients) et s'échelonne sur 12 à 25 séances. L'efficacité de cette approche thérapeutique est d'une certaine façon diminuée par un plus grand taux d'abandon, de 20 à 25 %. Les gains produits par cette thérapie se sont avérés stables. D'ailleurs une étude de cette intervention (Stravynski et al., 2000b, 188-198) a rapporté des résultats particulièrement encourageant et uniques dans le domaine : 60 % des patients à un an de suivi étaient en rémission.

Interventions psychologiques comparées à la psychopharmacologie

Peu d'études ont fait ce genre de comparaisons. En résumé, les résultats obtenus par les interventions psychologiques sont comparables à la psychopharmacologie mais sans les effets secondaires indésirables qui accompagnent toute médication psychotrope. Même si la psychopharmacologie semble produire une réduction plus rapide de la symptomatologie anxieuse, ces gains se dissipent lors de la réduction ou de l'arrêt de la médication (Stravynski et Greenberg, 1998, 175).

Conclusion

L'exposition, différentes variantes de restructurations cognitives et l'entraînement aux habiletés sociales ont été démontrés comme étant efficaces dans la réduction de l'anxiété vécue par des patients phobiques

sociaux. Les aspects les plus impressionnants des interventions psychologiques sont : premièrement, le taux d'abandon est relativement faible, deuxièmement, les gains thérapeutiques se maintiennent de 2 à 5 ans dans différentes études contrôlées. Cependant les résultats varient de bons à modestes lorsque l'on considère comme critère le fonctionnement social.

Jusqu'à date, l'exposition est la tactique thérapeutique la plus validée et, par conséquent, peut être considérée comme un ingrédient nécessaire dans n'importe quelle approche thérapeutique. Cette intervention est très robuste et fiable avec la phobie sociale comme elle l'est aussi avec d'autres troubles anxieux. Dans la majorité des études, la restructuration cognitive n'augmente pas l'efficacité thérapeutique de l'exposition ou de l'entraînement aux habiletés sociales. Ceci est peut-être dû au fait que même dans ce qui est considéré comme des thérapies non cognitives, il y a beaucoup d'échanges entre thérapeute et patients durant lesquels, les interprétations du patient, de ce qu'il fait, de ce qu'il ressent, sont remises en question et corrigées par des informations fournies par le thérapeute. Même si cela ne se fait pas d'une manière structurée tel qu'enseignée par les différentes écoles de thérapie cognitive, le résultat pourrait être similaire. Ce qui pourrait signifier qu'en pratique, les thérapies ne sont possiblement pas aussi différentes que les modèles théoriques le prétendent. Si ceci est vrai, l'approche cognitive n'est peut-être qu'une variante de l'exposition. Ceci est illustré par le fait que toutes sortes de changements cognitifs sont rapportés autant dans les approches non cognitives que dans les approches cognitives dans le traitement de la phobie sociale.

L'entraînement aux habiletés sociales peut être dispensé de deux façons. La première repose sur une notion étiologique hypothétique des déficits dans les habiletés sociales. En terme de thérapie, ceci donne lieu à un enseignement d'habiletés génériques qui sont considérées nécessaires au bon fonctionnement social comme le contact visuel dans une interaction sociale, par exemple. La deuxième est celle où les patients, suite à une analyse fonctionnelle personnalisée de leurs difficultés sont entraînés à développer des moyens faits sur mesure pour transiger avec les situations sociales spécifiques faisant partie de leur vie quotidienne. Ici l'accent est mis sur le comportement social qui aide à mieux participer à un processus continu d'échanges sociaux ; ce qui contraste avec un patron d'autoprotection. Selon les résultats, la deuxième approche semble être mieux indiquée pour la phobie sociale.

Il est important de souligner un facteur commun aux trois interventions discutées. Ce facteur est le fait que l'on demande aux patients d'exécuter différentes tâches entre les séances, peu importe l'approche.

Le raisonnement dans chacune des thérapies est un peu différent. Dans l'exposition, on demande au patient de demeurer dans des situations sociales anxiogènes aussi longtemps que l'anxiété persiste afin de permettre un processus d'habituation. Dans l'approche cognitive, on demande au patient de s'exposer dans des situations qu'il craint pour tester et mettre à l'épreuve ses idées dites irrationnelles. Dans l'entraînement aux habiletés sociales, le patient, encore une fois, est envoyé dans les situations potentiellement anxiogènes, mais cette fois, pour pratiquer de nouvelles façons d'interagir avec différentes personnes et non pour diminuer son anxiété. Donc, peut-on dire que toutes les interventions sont différentes versions de l'exposition ? Il nous semble que ce n'est pas le cas. Si l'approche cognitive semble être, à toute fin pratique, une variante de l'exposition, ce n'est pas le cas pour l'entraînement aux habiletés sociales favorisant une amélioration du fonctionnement social. La différence essentielle réside dans ce qu'ils vont faire dans ces situations. Dans le cas de l'exposition, le patient, d'une certaine façon, apprend à tolérer l'anxiété et à y rester aussi longtemps que nécessaire pour qu'elle diminue ce qui ne nécessite pas un changement dans sa façon d'agir socialement. En contraste, dans l'entraînement aux habiletés sociales, le patient est encouragé à ignorer les manifestations anxieuses pour se centrer sur l'interaction sociale. Dans cette dernière, il apprend des stratégies sociales nouvelles, en excluant des stratégies défensives telles que l'évitement, la fuite ou la soumission. Ce qui, en retour, incite ses interlocuteurs à s'engager d'une manière positive dans l'interaction. Le patient essaie ainsi de participer et de prendre sa place au sein du groupe.

Le grand avantage de l'exposition est sa relative simplicité autant pour le patient que pour le thérapeute. L'entraînement aux habiletés sociales, par contre, est une intervention beaucoup plus complexe. Y a-t-il un avantage de celle-ci par rapport à l'exposition ? La réponse est indirecte car des comparaisons directes entre les deux, autant au niveau de l'anxiété que du fonctionnement social, n'ont pas été faites jusqu'à présent. Certaines études que nous avons effectuées indiquent effectivement que l'entraînement aux habiletés sociales donne lieu à des améliorations importantes, dans le fonctionnement social (en plus de diminuer l'anxiété et l'évitement). Ce genre d'évidence pour l'exposition est relativement faible. De plus, il est presque certain que des changements dans les comportements sociaux importants (par exemple : de la soumission à l'affirmation) ne surviennent pas automatiquement ; ils doivent être traités (Stravynski et al, 1982, 1378-1385).

Nous avons déjà fait allusion à l'importance des tâches à domicile, c'est-à-dire de devoir mettre en pratique dans les vraies situations de vie

ce qui a été enseigné lors des séances, et cela, pour toutes les interventions. L'importance des tâches à domicile dans l'exposition a déjà été explorée dans différentes études (Al-Kubaisy et al., 1992, 599-621; Edelman et Chambless, 1995, 573-577). L'importance des tâches à domicile dans l'entraînement aux habiletés sociales pour la phobie sociale, est fortement illustrée par une étude que nous avons complétée récemment et qui n'a pas encore été publiée (Stravynski et Lachance, 2002, 159). Dans cette étude, l'entraînement aux habiletés sociales pratiqué en groupe a été comparé à une discussion ainsi qu'à une intervention individuelle où le patient rencontrait un thérapeute brièvement pour superviser seulement les tâches à domicile. Dans toute les conditions, des tâches à domicile de nature interpersonnelle étaient assignées. Les résultats de cette étude étaient que toutes les conditions expérimentales donnaient lieu à des résultats cliniques comparables. La conclusion la plus importante à tirer de cette étude est qu'un ingrédient actif à l'amélioration thérapeutique est la performance des différentes tâches interpersonnelles par le patient entre les séances. Même si l'intervention du thérapeute était réduite à l'identification des domaines d'action et à la formulation des cibles thérapeutiques et à la supervision de leur exécution, l'amélioration était équivalente à celle obtenue par une intervention complète.

En résumé, des interventions qui donnent des résultats encourageants ont été développées pour la phobie sociale – un trouble anxieux qui a un impact négatif important sur la vie de l'individu phobique. Autant la stratégie de la réduction de l'anxiété que celle de l'amélioration du fonctionnement social obtient des réductions significatives dans l'anxiété et la tendance à éviter les situations qui l'évoquent. Certaines études évaluant l'entraînement aux habiletés sociales ont aussi noté une amélioration importante dans le fonctionnement social dans diverses sphères de vie des patients phobiques. Elles ont aussi rapporté des taux de rémission importants à long terme. Leur potentiel devrait être développé davantage.

Références

- AL-KUBAISY, T., MARKS, I. M., LOGSDAIL, S., 1992, Role of exposure homework in phobia reduction : a controlled study, *Behavior Therapy*, 23, 599-621.
- BOONE, M. L., MCNEIL, D. W., 1999, Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 271-292.
- BROWN, E. J., HEIMBERG, R. G. HARLAN, R. J., 1995, Social phobia subtype and avoidant personality disorder : effect on severity of social phobia, impair-

- ment, and outcome of cognitive behavioral treatment, *Behavior Therapy*, 26, 467-486.
- EDELMAN, R. E., CHAMBLESS, D. L., 1995, Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia, *Behaviour Research et Therapy*, 33, 573-577.
- GOLDENBERG, I. M., WHITE, K., YONKERS, K., 1996, The infrequency of "pure culture" diagnoses among the anxiety disorders, *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 523-532.
- HEIMBERG, R. G., HOLT, C. S., SCHNEIER, F. R., 1993, The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia, *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- HEIMBERG, R. G., HOPE, D. A., DODGE, C. S., 1990, DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparisons of generalized social phobics and public speaking phobics, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 172-179.
- HOFMANN, S. G., EHLERS, A., NEWMAN, M. G., 1995, Psychophysiological differences between subgroups of social phobia, *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 224-231.
- KESSLER, R. C., GONABLE, K-A., ZHAO, S., 1994, Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States, *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- MARKS, I. M., 1970, The classification of phobic disorders, *British Journal of Psychiatry*, 118, 683-688.
- MILLON, T., MARTINEZ, A., 1995, Avoidant personality disorder in Livesley, W. J., ed., *The DSM-IV Personality Disorders*, Guilford Press, New York.
- PELISSOLO, A. LÉPINE, J.-P., 1995, Les phobies sociales: perspectives historiques et conceptuelles, *L'Encéphale*, 21, 15-24.
- SCHNEIER, F. R., HECKELMAN L. R., GARFINKER R., 1994, Functional impairment in social phobia, *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322-331.
- SCHNEIER, F. R., JOHNSON, J., HORNIG, C. D., 1992, Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample, *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-287.
- STRAVYNSKI, A., BOND, S., AMADO, D., 2003, Cognitive causes of social phobia: a critical appraisal, *Clinical Psychology Review*, sous presse
- STRAVYNSKI, A., LACHANCE, L., 2002, *Social Phobia Treated as a Problem in Social Functioning: A two-year Follow-up*, Proceedings of the 25th International Congress of Applied Psychology, Singapore, July 7-12.
- STRAVYNSKI, A., ARBEL, N., LACHANCE, L., 2000a, Social phobia viewed as a problem in social functioning: a pilot study of behavioural group treat-

- ment, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 163-175.
- STRAVYNSKI, A., ARBEL, N., BOUNADER, J., 2000b, Social phobia treated as a problem in social functioning: a controlled comparison of two behavioural group approaches, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102,188-198.
- STRAVYNSKI, A., GREENBERG, D., 1998, The treatments of social phobia: a critical review, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 171-181.
- STRAVYNSKI, A., BASOGLU, M., MARKS, M., 1995, Social sensitivity: a shared feature of all phobias, *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 343-351.
- STRAVYNSKI, A., MARKS, I., YULE, W., 1982, Social skills training with and without cognitive modification, *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.
- TAYLOR, S., 1996, Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- TURNER, S. M., BEIDEL, D. C., TOWNSLEY, R. M., 1992, Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder, *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- TYRER, P., 1996, Diagnostic anomalies in social phobia, *International Clinical Psychopharmacology*, 11, 29-33.
- VAN AMERINGEN, M., MANCINI, C., STYAN, G., 1991, Relationship of social phobia with other psychiatric illness, *Journal of Affective Disorders*, 21, 93-99.
- WIDIGER, T. A., 1992, Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: a commentary on three studies, *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 340-343.

ABSTRACT

What is the specific importance of therapeutic factors in the psychological treatment of social phobia ?

This article describes the psychological interventions developed or adapted specifically for the treatment of social phobia. Two main strategies have been identified: anxiety reduction and improvement of social functioning. Exposure and cognitive restructuring are the main procedures for anxiety reduction. For the improvement of social functioning, social skills training is the principal procedure. The outcomes on a short

and long term basis are analyzed and compared to psychopharmacology. Tasks (homework) to be performed in real-life situations between sessions are considered as an essential element of all interventions. However, these tasks are guided by the different theoretical principles inherent to each approach.

RESUMEN

¿Cuál es la importancia específica de los factores terapéuticos en el tratamiento psicológico de la fobia social?

Este artículo toma en cuenta las intervenciones psicológicas que han sido desarrolladas o adaptadas al tratamiento de la fobia social. Se identificaron dos estrategias principales: la reducción de la ansiedad y el mejoramiento del funcionamiento social. La exposición y la reestructuración cognitiva son los pasos principales en la estrategia de reducción de la ansiedad. El entrenamiento en las habilidades sociales es la intervención central para el mejoramiento del funcionamiento social. Sus soluciones terapéuticas, a corto y largo plazo, son analizadas y comparadas con la psicofarmacología. Las tareas a ejecutar, en las situaciones de la vida entre las sesiones terapéuticas, pueden ser consideradas como un elemento esencial de todas las intervenciones. Éstas, sin embargo, están al servicio de los diferentes principios teóricos preconizados por cada uno de los enfoques.

RESUMO

Qual é a importância específica dos fatores terapêuticos no tratamento psicológico da fobia social?

Este artigo trata das atuações psicológicas que foram desenvolvidas ou adaptadas ao tratamento da fobia social. Duas estratégias principais foram identificadas: a redução da ansiedade e a melhoria do funcionamento social. A exposição e a reestruturação cognitiva são as abordagens principais na estratégia da redução da ansiedade. O treinamento para as habilidades sociais é a atuação principal para melhorar o funcionamento social. Seus resultados a curto e a longo prazo são analisados, além de serem comparados à psicofarmacologia. As tarefas a executar nas situações de vida entre as sessões terapêuticas podem ser vistas como sendo um elemento essencial de todas as intervenções. Elas estão, entretanto, a serviço dos diferentes princípios teóricos preconizados por cada uma das abordagens.