

L'efficacité de La thérapie Cognitive - Comportementale dans le traitement de l'anxiété sociale. Vignette Clinique

The effectiveness of the cognitive - behavioral therapy in the treatment of social anxiety. Clinical vignette

M'hamel Assia^{1,*}

¹Université Alger2 (Algerie), mhamel.assia@ yahoo.fr

Reçu le :06 /10 /2022

Accepté le: 07/ 11 / 2022

Publié le: 15/ 12 / 2022

Résumé :

L'anxiété sociale est un phénomène universel qui renvoie à ce sentiment d'inconfort et d'appréhension que tout être humain peut ressentir lorsqu'il se sent soumis au jugement d'autrui. Comme pour tous les troubles émotionnels l'anxiété sociale peut atteindre une intensité qui est en fait un handicap pour le patient on parle alors de phobie sociale. Toutefois la thérapie cognitive-comportementale a prouvé son utilité dans la réduction de la détresse psychologique chez ces patients telle La techniques d'affirmation de soi, l'exposition et la restructuration cognitive. Dans cette étude des exercices d'affirmation de soi par exposition en plus de la restructuration cognitive ont été appliquées chez une jeune fille qui a évité de passer l'épreuve du BAC à cause de sa honte à la suite des attaques de panique vécues le jour de l'examen. La méthode pré-expérimentale avec le protocole à cas unique semble la plus appropriée. Les outils de mesure sont l'échelle d'anxiété sociale de Leibowitz, échelle d'affirmation de soi de Rhatus, échelle de dépression de Beck, échelle d'estime de soi de Rosenberg. Les résultats au pré-test et au post-test ont bien montré l'efficacité de cette thérapie.

Mots clés : anxiété sociale, TCC, affirmation de soi, dépression, estime de soi

Abstract:

Social anxiety is a universal phenomenon that refers to this feeling of discomfort and apprehension that every human can feel when he feels subjected to the judgment of others. As with all emotional disorders, social anxiety can reach an intensity that is in fact a handicap for the patient, we then speak of social phobia. However, cognitive-behavioral therapy has proven its usefulness in reducing psychological distress among these patients such as assertiveness technique, exposure and cognitive restructuring. In this study, assertiveness exercises by exposure in addition to cognitive restructuring were applied among a young girl who avoided taking the High School Exam because of her shame following panic attacks experienced on the day of the exam. The pre-experimental method with the single subject design seems the most appropriate. The measurement tools are the Leibowitz social anxiety scale, Rhatus assertiveness scale, Beck depression scale, Rosenberg self-esteem scale. The pre-test and post-test results clearly demonstrated the effectiveness of this therapy.

Key words: social anxiety, CBT, assertiveness, depression, self-esteem,

1. Introduction

L'anxiété sociale est un phénomène universel qui renvoie à ce sentiment d'inconfort et d'appréhension que tout être humain peut ressentir lorsqu'il se sent soumis au regard et au jugement d'autrui. Comme pour tous les troubles émotionnels, l'anxiété sociale peut atteindre une intensité qui est en fait une souffrance et un handicap pour le patient : on parle alors de phobie sociale. Trois critères délimitent la phobie sociale qui sont : l'intensité de la souffrance émotionnelle qui n'entraîne pas un simple gêne ou un inconfort, mais elle génère un malaise intense avec des sentiments de panique situationnelle ou des attaques de

* Auteur correspondant

honte l'importance des évitements qui signifie le renoncement à des situations sociales indispensables qui mènent à un épanouissement. Ces évitements s'imposent au patient et ne lui laissent guère de choix et les répercussions sur la qualité de vie qui signifie que la phobie sociale détruit la qualité de vie et provoque un isolement affectif et social (Fontaine & Fontaine, 2006, p. 267).

La principale caractéristique de la phobie sociale consiste en une peur importante et persistante de situations sociales ou de situations de performance telle que, la phobie des examens ou l'individu est exposé à la présence de personnes étrangères ou au regard d'autrui. Il craint alors d'être humilié ou embarrassé à cause de ses façons d'agir ou de ses symptômes d'anxiété (rougissement, palpitations, sudation, tremblements, bafouillages, évitement du contact visuel tout en reconnaissant que sa peur est excessive ou irrationnelle. Les situations sociales redoutées provoquent presque inévitablement de l'anxiété et sont évitées ou sinon, tolérées avec difficulté. Par ailleurs, à l'approche d'une situation anxiogène, il y a souvent de l'anxiété anticipatrice ou la détresse ressentie dans les situations sociales qui nuisent d'une façon importante aux activités quotidiennes de la personne, à son fonctionnement professionnel ou scolaire ou à ses activités sociales, ou sinon, la personne souffre énormément d'être aux prises avec cette phobie. Selon Morris, Davis et Hutchings (1981) « la composante inquiétude de l'anxiété est responsable de l'interférence avec les tâches cognitives ». Turner, Beidel et Larkin précisent que les personnes très anxieuses socialement rapportent plus de pensées négatives et moins de pensées positives que les personnes non anxieuses dans des interactions sociales. Toutefois selon Dodge, Hope, Heimberg et Becker (1988) « la présence de pensées négatives est davantage liée à l'anxiété sociale que l'absence de pensées positives ». Butler précise en 1985 et Turner ainsi que Colle soutiennent dans le fait que la peur de l'évaluation négative serait la préoccupation centrale dans la phobie sociale (Cité dans Ladouceur et al., 1999, p.123).

Selon Witchen (2000) (Cité dans Palazzolo, 2005, p.19) « La phobie sociale s'apparente à un vrai handicap pour les personnes qui en sont atteintes est souvent une condition psychologique qui perdure dans le temps, au long de la vie, lorsqu'elle n'est pas traitée par une aide professionnelle ». Pour cela les psychothérapies sont apparues pour apporter de l'aide à ces patients qui peuvent devenir totalement invalides. La thérapie cognitive-comportementale TCC aide la personne à faire face à des situations sociales source d'angoisse. Elle suppose une bonne compréhension du problème et l'élaboration de stratégies pour y faire face, comme changer les modèles de pensée habituels, apprendre de nouveaux comportements sociaux efficaces, utiliser des stratégies de relaxation (Palazzolo, 2005, p.19). Les principales méthodes de traitement psychologique sur lesquelles la recherche a porté sont, l'entraînement aux habiletés sociales, la relaxation, l'exposition et la restructuration cognitive. Dans cette étude nous avons essayé de montrer l'efficacité de ces techniques pour le cas d'une jeune fille qui souffre de la phobie sociale suite à son déclenchement lors de l'examen du baccalauréat. Ce jour elle a eu des attaques de panique, elle était déconcentrée et le regard des camarades et des enseignants l'ont tellement

embarrassé au point où elle a quitté la salle de l'examen sans pouvoir y revenir d'où le début de ses malaises.

2. Le Problème

La phobie sociale se caractérise par une peur importante et persistante de situations sociales ou de performance (par ex les examens, l'école). Elle apparaît sous des formes diverses selon un continuum de sévérité, de la réserve à s'exposer au regard d'autrui sur une estrade à l'incapacité à sortir à l'extérieur ou à avoir des relations avec des personnes autre que la famille (Lonescu & Blanchet, 2007, p.399). Les situations sociales source de peur ou d'appréhension sont infinies mais peuvent se regrouper en cinq catégories qui consistent dans les situations de performance tel que passer un examen ou un entretien d'évaluation, faire un exposé ou une conférence, lire un texte lors d'une cérémonie. Les situations d'observation tel qu'être regardé ou se croire regarder pendant que l'on accomplit quelque chose ou même quand on fait rien de précis comme marcher, boire, écrire, conduire ou se garer. Les situations d'affirmation tel que défendre ses droits, donner son point de vue, exprimer ses besoins (négocier des prix, faire une réclamation, dire qu'on n'est pas d'accord). Les situations de révélations de soi se voient à travers le devoir de se révéler comme faire connaissance avec quelqu'un, nouer un lien amical ou sentimental, approfondir une relation formelle au départ et enfin les situations d'interactions superficielles tel que devoir parler avec autrui de manière informelle superficielle comme l'échange des banalités de nouvelles, de commentaires sur l'actualité avec un voisin, un commerçant, un collègue de travail autour de la machine à café (Fontaine & Fontaine, 2006, p.268).

Il apparaît clairement que la phobie sociale est l'un des troubles anxieux les plus dommageables car elle altère l'accès à la nourriture relationnelle indispensable à tout humain. Cette survie en forme de « sous vie » a un impact matériel, attesté par les différentes études sur les relations sentimentales, amicales (intimes et superficielles), sociales au sens large (voisins, commerçants, vie associative) professionnelles. En explorer tous les aspects avec le patient permet d'apporter le premier élément pour un travail thérapeutique de reconstruction progressive des liens sociaux (Fontaine & Fontaine, 2006, p. 270).

Avec les souffrants de phobie sociale, plusieurs approches peuvent être abordées. D'après le modèle de Beck, les aptitudes existeraient dans le répertoire de l'individu, mais un mécanisme cognitif en empêcherait l'expression. La thérapie cognitive permet d'aider le sujet à prendre conscience de son discours intérieur pénalisant comme je suis la reine des nuls et à émettre des pensées plus réalistes en situation sociale. Selon (Cottraux et al., 2000) et selon les méta-analyses de Taylor (1996) ainsi que les études cliniques (Guérin et al., 1994 ; Fanget & Chambon , 1994 ; Cungi, 1995) les programmes d'entraînement aux habiletés sociales ont prouvé leur efficacité dans l'amélioration des patients au cours d'études contrôlées » (cité dans Lonescu & Blanchet, 2007, p.400).

Cependant l'exposition in vivo aux situations anxiogènes apparait une composante essentielle dans le traitement des sujets possédant les habiletés sociales (Boisvert et al., 1999). Ainsi, les modèles cognitifs, à savoir la restructuration cognitive de Beck, la thérapie rationnelle émotive d'Ellis ou le contrôle des auto verbalisations (Meichenbaum, 1972) ont montré une relative efficacité dans le traitement de la phobie sociale (cité dans Lonescu & Blanchet, 2007, p.400).

L'anxiété et les symptômes de l'anxiété sont travaillés à partir de la relaxation en particulier pour les sujets qui présentent des troubles végétatifs importants (peur de trembler ou de rougir). La relaxation peut également être utilisée chez certains patients très anxieux avant d'aborder le jeu de rôles (Lonescu & Blanchet, 2007, p .399).

A partir de L'ensemble de ces études, nous nous demandons si les techniques de la TCC que nous appliquerons qui consistent dans la relaxation, la restructuration cognitive et l'exposition in vivo pourront aider la patiente à contrôler et réduire les attaques de panique le jour du BAC et lors de la prise de parole en classe et dans les magasins. Nous nous demandons aussi si l'entraînement à ces techniques pourra aider la patiente à ne pas quitter la salle de l'examen le jour du BAC, à ne pas éviter de prendre la parole en classe et dans les magasins, et enfin nous nous posons la question sur la capacité de la malade une fois entraînée aux techniques à diminuer le niveau de la dépression ressentie à la suite de ses évitements et de ses attaques de panique.

3. Hypothèses

- 3.1.** Les techniques de la TCC que nous appliquerons qui consistent dans la relaxation, la restructuration cognitive et l'exposition in vivo pourront aider la patiente à contrôler et réduire les attaques de panique le jour du BAC et lors de la prise de parole en classe et dans les magasins.
- 3.2.** L'entraînement à ces techniques pourra aider la patiente à ne pas quitter la salle de l'examen le jour du BAC, à ne pas éviter de prendre la parole en classe et dans les magasins.
- 3.3** L'entraînement à ces techniques pourra aider la patiente à diminuer le niveau de la dépression ressentie à la suite de ses évitements et de ses attaques de panique.

4. Objectifs de l'étude

- Ils consistent dans la démonstration du rôle très important du psychothérapeute dans l'analyse fonctionnelle du cas de manière méthodique ainsi que son rôle dans l'application des techniques thérapeutiques de manière scientifique et ses aptitudes personnelles à combiner les techniques.
- Dans cette étude notre application des techniques pour cette jeune fille est le résultat de plusieurs lectures et formations chose qui nous aidé à jumeler les techniques de manière scientifique afin de démontrer l'efficacité de ces dernières dans la réduction du dysfonctionnement physique et psycho-social chez une jeune fille souffrant de phobie sociale.

- Cette étude montre aussi combien c'est important de tenir compte de la souffrance des élèves lors des épreuves chose qui peut être la cause principale de leur échec.

5. Importance de l'étude

Cette étude met en évidence le rôle imminent du psychothérapeute quant à son application des techniques de la TCC. Aussi elle est importante puisqu'elle met la lumière sur une problématique dont souffrent les jeunes et amène réellement les spécialistes à trouver des solutions et élaborer des programmes.

6. Définition de concepts

6.1. L'anxiété sociale

Le DSM5 définit l'anxiété sociale comme suit :

- A. Peur ou anxiété intense d'une ou plusieurs situations sociales dans lesquelles le sujet peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui.
- B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement.
- C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.
- D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intense.
- E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socio-culturel.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants durant habituellement 6 mois ou plus.
- G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputable aux effets physiologiques d'une substance.
- I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.
- J. Si une autre affection médicale (p.ex. maladie de parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs (Crocq et al., 2015, pp237-238).

6.2. Psychothérapie cognitive-comportementale

Une psychothérapie qui consiste à appliquer des techniques diverses selon le cas et le protocole adopté afin d'aider le patient à réduire l'impact des symptômes sur sa qualité de vie. Trois techniques ont été sélectionnées et appliquées notamment :

6.2.1. La restructuration cognitive

Les cognitions semblent jouer un rôle important dans la phobie sociale, les phobiques sociaux pensant que leur performance est inférieure ou inadéquate que les autres les évaluent négativement. La modification des cognitions devrait donc logiquement être un élément dans le traitement de la phobie sociale. Il semble que les interventions soient

efficaces quel que soit le type de procédures cognitives utilisé : thérapie rationnelle-émotive d'Ellis, restructuration cognitive de Beck et l'entraînement aux auto-instructions de Meichenbaum (Ladouceur et al., 1999, p.139).

6.2.3. L'exposition

Consiste à exposer la personne à une situation problème pour mieux tolérer l'influence de celle-ci sur ses émotions et comportement. De nombreuses études montrent que l'exposition aux situations anxiogènes constitue une composante essentielle du traitement des phobies en général. En ce qui concerne la phobie sociale, un certain nombre de recherches avec groupe témoin démontrent l'efficacité de l'exposition in vivo notamment pour réduire l'anxiété. Etant donné les caractéristiques de la phobie sociale recommandent de combiner l'exposition et la restructuration cognitive. Certaines études publiées démontrent l'efficacité de cette combinaison comparativement à l'absence de traitement et à l'exposition seule (Ladouceur et al., 1999, pp.138-139).

6.2.4. La relaxation

Jacobson parle de « relaxation progressive » pour trois raisons : premièrement l'individu détend graduellement chacun de ses groupes musculaires du fait de la répétition de chaque item, deuxièmement le sujet relaxe ses groupes musculaires les uns après les autres, et troisièmement au fil de l'expérience le sujet prend l'habitude de la décontraction et devient automatiquement détendu (Demay, 2017, p.20). La technique de relaxation de Jacobson consiste en une série d'exercices pendant lesquels des groupes musculaires spécifiques sont contractés puis relâchés. Durant la contraction, le patient se met à l'écoute de ce qui crée les tensions et durant la décontraction il ressent les effets bénéfiques du relâchement. L'objectif de la relaxation Jacobson c'est d'obtenir une complète détente physiologique grâce à un apaisement psychique et émotionnel. Pour effectuer la relaxation progressive de Jacobson, il faut que le patient s'installe dans un endroit calme et confortable. Il s'étale sur le dos, les bras posés le long du corps, les pieds décroisés. Le thérapeute lui demande de fermer les yeux, Respirer calmement durant toute la durée de l'exercice, d'induire volontairement une tension spécifique durant 5 secondes à un muscle puis à un groupe de muscles et après il lui demande de relâcher. Les muscles à solliciter sont les épaules, les bras les mains, la région pelvienne, les jambes, les pieds, mais aussi le cou et le visage.

7. Méthode et matériel

7.1. Méthode

C'est le plan de recherche pré-expérimental et plus précisément l'étude de cas, protocole à cas unique AB qui rend possible une compréhension plus fine des comportements de l'individu évalués avant et après le traitement afin de mesurer minimalement le changement associé à ce traitement (Lonescu & Blanchet, 2009, p.83).

Dans cette étude nous ferons un pré-test et un recueil de données concernant l'anamnèse et la maladie avec son évolution ainsi qu'une analyse fonctionnelle du cas de la

jeune fille en phase A, et nous ferons suivre par la phase B l'application des techniques de la TCC et le post-test. Pour le cas de cette jeune fille on a refait le post-test après 1 mois.

7.2. Instruments

Les techniques appliquées dans cette étude sont présentées comme elles ont été proposées dans (Ladouceur et al., 1999) notamment :

7.2.1. Echelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Cette échelle permet d'évaluer l'intensité de la peur et de l'évitement relatifs à la confrontation avec des situations sociales. C'est une auto-évaluation à partir de 24 items élaborés par Liebowitz en 1987 et traduit par Lépine et Cardot en 1990. Certains items permettent de mesurer l'anxiété de performance et d'autres l'anxiété due à des interactions sociales. Le sujet doit coter l'anxiété et l'évitement relatifs à chaque situation.

7.2.2. Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Le test est un des plus connu et des plus utilisés dans le domaine de l'évaluation de l'estime de soi. Publié en 1965, il n'a cessé d'être un outil de référence. Rosenberg voit l'estime de soi comme un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction personnelle à l'égard de soi. Il a été élaboré par Rosenberg en 1965 et traduit par Chambon en 1992. Il est composé de 10 items et la réponse est une Auto-évaluation du malade.

7.2.3. Echelle d'affirmation de soi de Rhatus

Cette échelle permet d'évaluer le degré d'affirmation de soi et de détecter les patients avec une phobie sociale mais également d'apprécier les évolutions pendant une thérapie. C'est une auto-évaluation à partir de 30 items. Elle a été élaborée par Rhatus et traduite par Bouvard, Cottraux, Mollard et Messy en 1986.

7.2.4. Inventaire de dépression de Beck

Il comporte 13 items de symptômes et d'attitudes qui décrivent une manifestation comportementale spécifique de la dépression, graduée de 0 à 3 par une série de 4 énoncés reflétant le degré de gravité du symptôme. Les différents seuils de gravité retenus par Beck sont (0-4 : dépression légère – 8-15 : dépression modérée – 16 et plus : dépression sévère).

7.3. Analyse de données

Comme l'étude de cas a été choisie pour déterminer si la TCC est efficace dans le traitement de la phobie sociale, l'analyse du contenu est la plus appropriée pour discuter les résultats obtenus dans différentes étapes de la prise en charge psychologique.

8. Résultats et discussion

8.1. Résultats

8.1.1. Présentation du cas (vignette clinique)

Meriem est âgée de 18 ans, de niveau 3^{ème} année secondaire et a refait son BAC, elle est la plus jeune de ses demi frères et sœurs au nombre de 4. Son père est retraité et sa mère est femme au foyer. La patiente est orientée dans ma consultation par son médecin

traitant pour un problème de manque d'expression lors de la consultation pour des douleurs au niveau des genoux. Elle a évoqué pendant le 1^{er} entretien diagnostique des épisodes dépressifs répétés qui durent jusqu'à un mois avec notamment un sentiment de dégoût et de solitude intenses qu'elle a évalué à 7/10 en plus d'une timidité et une incapacité à s'exprimer et à nouer des relations cotées par la patiente à 8 /10. La patiente rajoute qu'elle n'a pas d'amis et que ses demi frères et sœurs ne l'aiment pas et même son père préfère ses enfants de la 1^{ere} femme à elle. La patiente a beaucoup pleuré en évoquant son ressenti pénible d'isolement et de manque de valorisation d'autrui pour elle. Elle s'exprime ainsi « تخرجي الناس كامل تخزر فيك تcritikik ». Elle se décrit comme peu causante et solitaire et ne jamais exprimer ses émotions.

8.1. 2. Antécédents

Meriem a vécu dans une famille conflictuelle avec une demi-sœur et un demi-frère. Elle rapporte que ses demi-sœurs mariées causaient beaucoup de problèmes à sa maman et la considéraient comme une belle mère. Elle décrit son père comme nerveux et impulsif « il ne me félicite jamais au contraire il est cassant et négatif à mon égard ». Elle voit sa mère comme une femme soumise elle lui en veut énormément de ne pas se défendre. A la maison le climat qui règne est un climat de tension puisque sa demi-sœur a quitté la maison et est partie contre le gré de son père chez elle. La patiente était une fille très calme brillante retirée et timide mais très intelligente. Elle s'est toujours sentie isolée de ses demi-frères et sœurs et à ce propos, elle rapporte un évènement ou elle était chez sa tante paternelle et sa grande sœur l'a intimidée en l'accusant d'être rancunière car étant la fille d'une 2eme femme, elle ne peut pas aimer ses demi-sœurs. Son père le lui accuse de prendre le même chemin que sa grande sœur qui a quitté la maison sans son autorisation. Elle avait une seule amie qu'elle a gardée jusqu'à présent car c'est une voisine. Elle trouve que chatter sur Messenger dans des groupes est nettement mieux que sortir et rencontrer les gens car elle est incapable de faire de nouvelles connaissances. Elle parle de sa panique lorsque le prof de français l'interroge car elle est très bonne dans cette matière. Elle reconnaît que sa réaction est excessive mais elle ne peut pas s'empêcher ce ressenti et elle évite de se montrer et de participer sous prétexte qu'elle aimerait laisser la chance aux autres de comprendre le cours ce qui est typique à l'anxiété sociale.

8.1.3. Histoire du trouble

Les problèmes de la patiente ont commencé lorsque sa famille avait déménagé quand elle avait l'âge de 9 ans et qu'elle avait perdu ses repères et surtout ses camarades de classe. Ses problèmes se sont accentués avec les conflits entre son père et ses tantes paternelles qui l'accusaient d'avoir mis le logement social à son nom au lieu de le mettre au nom de la famille puisqu'il occupait le logement familial. Ces conflits ont irrité le père qui était d'après les propos de la patiente très critique envers elle et très exigeant. Malgré son caractère introverti, la patiente était une élève brillante surtout en langues étrangères mais toute son estime de soi n'était pas renforcée positivement car elle dit qu'elle vivait dans un isolement puisque son demi-frère et surtout sa demi-sœur lui faisaient des

remarques constamment de sa mère. A ce propos elle rapporte qu'à l'âge de 13 ans elle a été choquée par les propos de son frère et elle les a crus :

"اختي ملي راحت لدارها ما حوستش عليا ما عيظتلي بصح تحوس على خوها "

et elle rajoute "كراخ بابا ماما للعمرة خويا قالي انت ماشي اختنا"

La patiente a toujours senti qu'elle est différente des autres adolescentes de son âge "نحس روجي ماشي كيما ليزادولخيرين" - "شغل كبرت قبل وقتي"

A 17 ans les problèmes se sont aggravés à la suite de son échec au BAC et son anxiété et perte de toutes les connaissances d'où la remise de la feuille blanche en comptabilité matière principale. La panique et l'évitement des gens se sont accentués à un degré élevé qui est resté constant évalué à 8/10 par la malade. «كنخرج من الدار نشوفبزاف العباد ntpaniqua «نتبانيك»

Aussi la patiente est bloquée devant les appréciations d'autrui pour elle. Elle est très vexée devant les insultes de son père et son demi-frère et sœur et là elle éclate en pleurs. "يقولولي نقصي من صوتك بابا" - "كيقولولي شابة نحس كاين الي خير مي" - "كامل يقولولي بلعي وهادي الكلمة تعلقني بزاف"

8.1.4. Diagnostic

D'après le tableau clinique présenté, la malade présente un sentiment d'inconfort et d'appréhension, qu'elle ressent lorsqu'elle est soumise au regard de ses camarades en classe et quand elle est interrogée par ses professeurs. Son ressenti dans ces situations a atteint une intensité élevée qui a engendré une souffrance et un repli sur soi avec notamment des attaques de honte ainsi que des évitements de se rendre pour acheter dans les magasins, de participer en classe et de partir seule au lycée. Ces symptômes nous font rappelés le trouble de l'anxiété sociale. Ce diagnostic a été confirmé avec la patiente selon les critères du DSM5 puisqu'on a noté chez elle la peur persistante et intense de plusieurs situations sociales qui étaient la classe et les magasins dans lesquelles est être exposée à l'observation attentive d'autrui qui sont les élèves et même les inconnus. Elle a aussi évoqué sa crainte d'agir de façon embarrassante ou humiliante devant les gens et devant ses camarades de classe. L'exposition à ces situations qu'elle redoute provoque chez elle de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique. La patiente reconnaît ses performances intellectuelles notamment en français, mais elle n'arrive pas à gérer ses attaques de panique. L'évitement, l'anticipation anxieuse de la classe et des magasins perturbent de façon importante les habitudes de la jeune fille, ses activités sociales, et ses relations avec sa famille et ses camarades de classe.

8.1.5. Analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle se fait à l'aide d'une grille SECCA

8.1.5.1. Situation

Plusieurs types de situations étaient source de détresse émotionnelle entre autre la situation de performance, la situation de d'observation, la situation d'affirmation, la

situation de révélation de soi et la situation d'interactions superficielles. On donnera des exemples sur chaque situation.

▪ Situation de performance

La patiente a échoué au BAC ce qui a déclenché ses problèmes de phobie sociale. Ceci s'explique par le fait que le BAC est une situation d'évaluation où l'individu est jugé comme capable ou pas capable ceci dit performant ou pas performant. Et le fait d'avoir tout oublié révèle les préoccupations de la jeune fille par les résultats du BAC notamment l'échec puisqu'elle n'a pas confiance en elle.

▪ Situation d'observation

La jeune fille a du mal à participer pourtant elle maîtrise les cours. Elle s'abstient de poser des questions afin de ne pas avoir le regard de ses camarades et d'avoir les sensations désagréables. Elle a du mal à croiser les regards dans les lieux publics c'est pour cette raison qu'elle est conduite au lycée en voiture tous les jours par son père et pour acheter de temps en temps chez l'épicier par sa mère.

▪ Situation d'affirmation

La patiente a du mal à croiser les regards dans les lieux publics donc elle se fait accompagnée par ses parents, elle évite de partir dans les magasins pour acheter à l'école toute seule « La semaine passée قرينا français ما يسمعنيش » « ريبونديت بلعقل كنت على بالي ما يسمعنيش » « كان يقول لي » « حسيت كتافي بارددين و كنت مزيرة بزاف » « اهدري داروا ليا كامل حسيت روجي ماشي كيما هم prof ».

▪ Situation de révélation de soi

Meriem est incapable de remercier les gens lorsqu'on lui fait un compliment. « كيقولولي » « شابة نحس كاين الي خير مني » et lorsque le prof de français lui fait la remarque de sa brillance en la matière, elle me dit qu'elle ne peut pas le remercier par contre elle banalise en disant qu'elle a refait l'année et qu'elle est doublant. Elle ne se révèle jamais et ne parle jamais d'elle quand elle est dans une assistance familiale.

▪ Situation d'interactions superficielles

Même quand il s'agit de parler avec autrui de manière informelle, Meriem en est incapable. Elle s'est sentie trop gênée et a tremblé lorsqu'une de ses camarades a pris sa place en classe, donc elle n'a pas pu lui demander de changer de place. « j'étais mal à l'aise » وحشمت نقوللهم ادا ناو plasssa حكمة les cours كانعندي ».

8.1.5.2. Emotion

La patiente est prise en tenaille entre la panique et l'inquiétude, le malaise et la tristesse. Elle est constamment dans les ressentis négatifs dus à ses auto-critiques caractérisées par le self blaming « Je me sens mal à l'aise » "كارهة بزاف" نحس روجي ».

Elle est aussi dans la panique notamment quand elle est obligée de prendre la parole lorsque le professeur de français l'interroge. Sa dépression est durable à la suite des situations qui renforcent ses idées négatives sur soi.

8.1.5.3. Cognition

Ce sont des cognitions négatives sur soi repérées lors des entretiens cliniques diagnostiques telles « je ne suis pas comme les autres jeunes filles de mon âge », « je suis autiste c'est pour ça que je ne peux pas nouer des relations avec mes pairs », « je suis incapable d'avoir le BAC » « je ne vau pas grande chose ».

On a aussi repéré les cognitions sur le thème de la visibilité du malaise « on me trouve bizarre en classe » « on va se tourner vers moi si je pars pour acheter des choses au magasin » « كنخرج من الدار وكنشوف العباد نتبانيك ».

8.1.5.4. Comportement

Meriem présente de nombreux évitements situationnels dont les plus importants et les plus handicapants sont l'école, les magasins, les sorties avec les amis. En classe elle évite le regard des camarades et du professeur, et dans les magasins elle évite les échanges avec le vendeur. Elle présente aussi des évitements subtils quand elle se fait accompagnée par son père à l'école et par sa mère au magasin, et a choisi toujours les places en dernière table toute seule en classe pour se cacher du regard des autres et échapper à l'interrogation de ses professeurs.

8.1.5.5. Anticipation

La patiente anticipe les regards de dépréciation des gens autour d'elle d'où sa fuite des situations sociales autrement dit elle conditionne ses évitements par les jugements de son entourage. D'ailleurs elle l'a bien exprimé dans les entretiens cliniques « Si j'évite de participer en classe mes camarades ne se tourneront pas vers moi pour me regarder et me ridiculiser » « Si je ne partirai pas pour acheter chez l'épicier ou le marchand, je ne serai pas jugée ».

8.1.6. Conceptualisation du cas

Meriem est une jeune fille qui n'a pas appris les habiletés sociales nécessaire pour interagir avec son entourage. Elle ne sait pas réagir dans les situations sociales, ce qui l'amène à s'échapper comme le cas de la classe avec son professeur, et dans certains cas elle évite carrément comme partir seule pour acheter dans un magasin de peur de ne pas savoir réagir et parler d'où, la peur du jugement des personnes dans le magasin. Depuis toute petite elle était une fille calme, réservée et sage et ne savait pas exprimer ses émotions. Ses parents n'étaient pas gratifiants, ils lui faisaient des remarques et la critiquaient pensant que c'est par ce style éducatif qu'ils allaient la motiver pour aller de l'avant, mais ce style a renvoyé chez la patiente une image négative d'elle. L'estime de soi n'était pas renforcée positivement chez elle, par contre le regard des autres était très important et la comparaison avec sa sœur et ses pairs était présente. Ces commentaires ont découragé la patiente et ont contribué à structurer des cognitions négatives d'elle même telles que « je ne suis pas comme les autres » et « je suis nulle » ceci, est le noyau du schéma cognitif en rapport avec soi. Ces cognitions prédisposantes ainsi que les comportements d'inhibition ont été renforcés par l'entourage, un papa nerveux à cause des évènements de la vie notamment les conflits avec sa famille et sa grande fille qui a quitté la maison sans son

consentement. Meriem rejetait le comportement de sa sœur mais malheureusement elle était constamment comparée et punit verbalement « Tu es comme ta sœur » disait le père ce qui lui renforçait ses cognitions négatives d'elle bien qu'elle était consciente du caractère irraisonné de ses cognitions. D'après la patiente sa mère n'est pas encourageante et ne lui dit jamais qu'elle est belle et aimée ce qui vient confirmer les idées négatives sur soi. En classe la jeune fille est tellement mal à l'aise qu'elle évite de réclamer et elle était traumatisée par les moqueries de ses camarades.

"قلت لها لماما واش يعجبك فيا قالتلي ما يعجبني والو"" يقولولي دائما تشبهي لختك أنا نكره روجي " "بابا وخوي يقولولي دائما بلعي الناس راهم يسمعوا فينا"" كان عندي درس ما لقيتتش وين نقعد جاتي ثقبيلة نقعد قدام الولد حشمت بزاف"

L'ensemble de ses cognitions ont précipité sa maladie et ont induit à son rejet de soi puisqu'elle elle n'avait pas de confiance en elle. Le facteur qui a déclenché ses attaques de panique était l'échec au BAC ce jour-là, Meriem avait complètement oublié ses cours appris en comptabilité, matière essentielle dans sa filière, cette situation a été interprétée par la patiente comme une incapacité puisqu'elle a déclenché chez elle ses pensées automatiques « je suis nulle », « je suis incapable de me rappeler et de réussir » « je me déteste » « je ne suis pas comme les autres » « je ne suis pas désirée ».

L'ensemble de ces pensées automatiques ont déclenché des attaques de panique chez la patiente et une amnésie, des tremblements, des palpitations et de la sudation, le regard des élèves et des professeurs qui l'ont fait sortir de la salle l'ont perturbé et lui ont fait sentir qu'elle est jugée comme incapable puisque les autres élèves n'ont pas paniqué autant qu'elle. Ce qui l'a amené à éviter la situation exactement comme elle a l'habitude de réagir et de là elle a quitté et a remis sa feuille.

Depuis son échec au BAC les idées de la patiente se sont accentuées, sa confiance a complètement failli, son évitement a pris beaucoup d'ampleur pour elle, d'où son refus de s'autonomiser tel acheter ses propres affaires, sortir la poubelle, répondre au téléphone et ses difficultés d'exprimer ses émotions freinées. Elle passait beaucoup de temps toute seule (3 mois) ce qui a entraîné des épisodes dépressifs qui durent plus d'un mois ou elle n'a envie de rien et préfère rester enfermée dans la chambre. Ses cognitions automatiques ainsi que ses émotions et ses comportements sont maintenus et elle les exprime clairement pendant les entretiens diagnostiques « je n'aime pas qu'on m'interroge en classe parce tous les élèves se tournent vers moi » « je sens toujours qu'il y a des jeunes filles meilleures que moi » « je sens que je ne suis pas comme les gens ».

8.1.7. Le Contrat thérapeutique

Le contrat thérapeutique a porté sur la durée de la psychothérapie qui est de 5 mois avec ses phases de diagnostic, de thérapie et d'évaluation et la période du suivi thérapeutique de 1 mois. La durée de la séance qui est d'une heure et demi et la détermination des cibles thérapeutiques qui sont : Réduire l'anxiété, réduire les évitements, réduire les attaques de panique, partir seule dans les magasins et prendre la parole, prendre la parole en classe et enfin ne pas quitter la classe le jour du BAC. Après

cinq entretiens de recueil des données cliniques, pré-test- et analyse fonctionnelle pendant ces jours la prise en charge s'étale sur deux mois notamment, 10 séances thérapeutiques et 3 séances évaluatives qui contiennent le post-test et entretiens cliniques pour évaluer les évitements et l'anxiété sociale. La patiente a arrêté la psychothérapie pendant 1 mois et est retournée après les résultats du BAC pour une réévaluation qui a prit 3 séances.

8.1.8. Application de la technique thérapeutique

▪ La restructuration cognitive

La technique a été utilisée avec beaucoup de succès et la patiente a bien réagi et a pris conscience de ses cognitions erronées après répétition et les tâches assignées. Nous exposerons le contenu de la restructuration cognitive ainsi que les tableaux de repérage des distorsions cognitives et celui des cognitions alternatives. Voici le contenu de restructuration cognitive que nous avons utilisé avec la patiente « L'estime de soi est le pilier de la personnalité, il concerne la vision globale et la perception de la personnalité mais dans ton cas tes pensées de ta valeur personnelle sont négatives puisque tu me dis depuis le début de la psychothérapie que tu n'es pas à la hauteur et que les autres sont meilleurs que toi. Aussi ta confiance en toi-même est négative car tu rapportes pendant les premiers entretiens cliniques que tu te sens incapable de faire ton travail correctement et tu te sens incapable d'avoir le BAC n'est-ce pas ?

C'est tes idées qui sont en rapport avec ta capacité à parvenir à réaliser qu'elles sont fausses et qui causent ta panique lorsque tu es parmi les gens et te poussent à éviter de participer en classe et d'aller dans les magasins. Il existe plusieurs solutions pour ces problèmes c'est de croire d'abord en tes compétences personnelles et relationnelles car si toi tu ne croiras pas en tes compétences personne n'y croira et l'autre sentira tes malaises et c'est possible qu'il les amplifiera. Alors autant se concentrer sur les choses positives que moi-même en tant que thérapeute je les ai perçues telle que la performance du dessin, la performance de la cuisine et la performance des études puisque tu es passée avec succès au niveau secondaire sans même avoir choisi la filière des finances puisque tu me dis que c'est ton père qui l'a choisie pour toi. Tes paniques s'amplifient lorsque tu te retrouves avec les gens car t'as peur de leur jugements mais si tu te valorises et tu apprends à aimer Meriem telle qu'elle est, tu te sentiras beaucoup mieux, et là la patiente a éclaté en pleurs et là j'ai insisté sur l'amour pour soi « Meriem c'est très important de s'aimer car tu mérites ça, tu te sentiras très bien et tu seras fière d'avoir le regard des gens sur toi car ça deviendra une occasion pour se montrer, s'affirmer, montrer ce que tu sais faire au lieu d'éviter et de se cacher. Concentres toi sur ta personne et apprécies tout ce que tu as car si tu n'apprécies rien chez toi et tu te critiques incessamment et dis-toi que les gens autour de toi sentiront cela et se mettront à te critiquer comme ce qui se passe actuellement en classe avec tes camarades qui te reprochent d'après tes propos que tu préfères, t'asseoir toute seule et que tu es trop réservée et tu es autiste .Dans le cas de l'anxiété connue par les autocritiques de la personne et ses évitements de toutes les situations sociales de performance, la personne souffre des attaques de panique quand elle est observée comme ton cas le jour du BAC

lorsque tu as été observée par les professeurs et les camarades et tu as évité la situation en quittant la salle et en rendant la feuille blanche, mais si cette année tu ne revivras pas cela car tu apprendras de nouvelles idées qui vont t'amener à te valoriser.

Voici le tableau rapporté par la patiente dans le cadre des tâches assignées concernant la restructuration cognitive, je l'ai conçu à partir de mes lectures des études de cas et je l'utilise souvent dans ma pratique clinique. Il contient les éléments suivants : la situation, l'émotion, la cognition, la sensation, le comportement, la cognition alternative, l'émotion alternative, la sensation alternative, le comportement alternatif.

Tableau 1 Représentation de l'identification des distorsions cognitives, émotion, comportement et sensation

Situation	Cognition	Emotion	Comportement	Sensation
Le prof m'a posé une question	لوكان غير يدورومايخزروش فيا C'est sûr qu'ils me trouvent bizarre	Triste et malheureuse	قعدت ساكتة حتى اقاللي عادي جاوي	نحس كتلفي باردين ونزيرروحي

Tableau 2 Représentation des cognitions alternatives, émotions alternatives, comportement alternatif et sensation alternative

Cognition alternative	Emotion alternative	Comportement alternatif	Sensation alternative
Ils se tournent vers moi car je vais répondre juste en plus c'est une bonne occasion pour me prouver que je suis à la hauteur	Joie et plaisir	Prise de la parole à haute voix	Relâchement musculaire et respiration abdominale

On a examiné les cognitions de la patiente et on lui a fait prendre conscience de ses dernières comme étant des cognitions erronées.

Après j'ai examiné différentes perspectives par rapport à ses cognitions dont la plus importante que je considère comme sa propre hypothèse est « je suis bizarre » grâce au dialogue socratique qui se présente comme suit :

Patiente : le prof m'a posé une question je me suis dite j'espère que mes camarades ne vont pas se tourner vers moi car c'est sûr qu'ils me trouvent bizarre.

Psychothérapeute : comment savez-vous cela ?

Patiente : c'est à travers leur regard.

Psychothérapeute : Est-ce que les regards de tous vos camarades vous regardaient de la même façon ?

Patiente : non (silence) je ne crois pas. Je me rappelle qu'il y a certains camarades qui bavardent et ne me regardent pas quand je parle.

Psychothérapeute : Est-ce que le fait de discuter signifie que vous êtes bizarre.

Patiente : non cela veut dire que ce que je dis est sans importance.

Psychothérapeute : que ce vous voulez dire par sans importance ?

Patiente : cela veut dire que je suis nulle.

Psychothérapeute : Si vous êtes nulle comme vous le dites pourquoi le prof vous pose des questions à vous et pas à quelqu'un d'autre.

Patiente : en vérité je suis forte en Français et j'obtiens de bons résultats par rapport à d'autres.

Psychothérapeute : est-ce que les bons résultats signifient que vous êtes nulle.

Patiente : mais je n'ai pas eu mon BAC.

Psychothérapeute : est-ce qu'on peut être nul juste à cause du BAC.

Patiente : Pour moi oui.

Psychothérapeute : Meriem qu'est-ce que tu maîtrises bien ?

Patiente : la cuisine, le dessin, le décor.

Psychothérapeute : est-ce que tu es nulle dans ces domaines ?

Patiente : non je prépare de très bons plats et mon prof de dessin me donne de très bonnes notes et c'est moi qui décore la maison. Je sais que je ne suis pas bête et je ne suis pas nulle partout.

Psychothérapeute : Très bien donc est ce que tu ne trouves pas intéressant de te dire je suis à la hauteur et lorsque le prof te pose une question et se dire « quand mes camarades se tournent vers moi je vais me répéter c'est une bonne occasion pour me prouver que je suis à la hauteur »

Patiente : je suis d'accord je vais me le répéter tout le temps.

En plus de ce travail qui était demandé chaque semaine de la patiente on a construit l'estime de soi très faible en insistant sur les consignes suivantes : Félicite-toi pour tous tes petits succès et pense aux personnes qui t'apprécient lorsque tu as l'impression que l'on ne t'aime pas, et dans ce cas c'est sur le personnage du père qu'on a travaillé et on a consacré une séance où on a vu le père, la maman et la patiente afin d'infirmier ses cognitions concernant le rejet du père. Les résultats étaient satisfaisants puisque le père a pleuré en répondant à ma question : est-ce que vous aimez votre fille ? La patiente le regarde silencieusement. A la maman on a posé la question suivante : Est-ce que vous êtes fière de votre fille et là aussi la maman me répond qu'elle est très fière d'elle et que c'est sa fille unique chérie. Cette étape est importante car je trouve qu'exprimer les émotions est nettement mieux que les réprimer et les verbaliser pour son enfant est renforçateur de l'estime de soi. C'est la raison qui m'a poussé à réaliser cette étape que j'ai réalisé souvent dans ma pratique clinique et qui a donné de très bons résultats.

▪ La relaxation

Tendez les mains et prenez conscience de la contraction de chacune d'elles : paume, dos de la main, doigts chacun de vos doigts, pouces. Écartez les doigts d'une main au

maximum puis de l'autre main et ensuite des deux en même temps. Ressentez en pleine conscience la tension qui s'exerce sur chaque muscle de vos mains. Tenez ainsi 5 secondes et relâchez. Observez la décontraction qui s'opère et ressentez l'apaisement qui se diffuse dans tout votre corps. Vous ferez de même pour tous les membres et les muscles de votre corps en effectuant chaque fois la même tension et le même relâchement : les membres inférieurs jusqu'au bout des orteils, les membres supérieurs jusqu'au bout de vos doigts, votre dos, votre cou, les muscles de votre visage. Votre relaxation va s'installer peu à peu sans forcer et vous pourrez apprécier l'apaisement qui s'installe en vous. Observez avec curiosité le relâchement qui s'opère progressivement. Si vous sentez que votre esprit s'échappe vers d'autres pensées, recentrez-le sans forcer vers votre corps et vos sensations. Quand l'exercice est terminé, prenez votre temps, ne vous levez pas précipitamment. Faites comme si vous veniez doucement de vous réveiller. On a demandé à la patiente de s'entraîner à la relaxation deux fois par jour et surtout d'amener son attention sur le relâchement musculaire et ont insisté sur la respiration abdominale et le relâchement musculaire quand elle se retrouve dans les situations anxiogènes.

▪ **La technique de l'exposition in vivo**

On a utilisé cette technique afin de réduire les évitements des situations sociales et développer la confrontation. Pour cela on a constitué avec la patiente une hiérarchie des situations devant être vécues et renforcées : Aller en compagnie de son père mais descendre loin du lycée et continuer la route jusqu'à la porte, aller toute seule au lycée et saluer l'agent à la porte et puis rentrer. Partir en compagnie de sa mère chez l'épicier et faire sa demande au vendeur. Partir toute seule chez l'épicier et faire sa demande au vendeur. Partir chez des amis à la famille qui l'ont toujours invité à passer une journée avec leur fille. Poser une question en classe tous les jours.

8.1.9. Résultats des, pré-test et post-test

Tableau 3 Les résultats des évaluations de la patiente des comportements problèmes au Pré-Test:

Le comportement Problème	Le score
Evite de participer en classe	8/10
Evite de se rendre toute seule dans les magasins par peur de parler aux gens	8/10
Déprime et attaques de panique (tremblements sudation et douleurs au niveau de la jambe)	7/10

Tableau 4 Les résultats des évaluations de la patiente des comportements problèmes au Post-Test:

Le comportement Problème	Le score
Evite de participer en classe	5/10
Evite de se rendre toute seule dans les magasins par peur de parler aux gens	6/10
Déprime et attaques de panique (tremblements sudation et douleurs au niveau de la jambe)	4/10

Tableau 5 Les résultats des évaluations de la patiente des comportements problèmes 1 mois après la psychothérapie

Le comportement Problème	Le score
Evite de participer en classe	4/10
Evite de se rendre toute seule dans les magasins par peur de parler aux gens	5/10
Déprime et attaques de panique (tremblements sudation et douleurs au niveau de la jambe)	3/10

Tableau 6 Evolution des questionnaires de Meriem

Echelles / Phases	Avant psychothérapie	Après la psychothérapie	Le suivi psychothérapeutique
Echelle d'Anxiété sociale de Liebowitz	85	73	50
Echelle d'estime de soi de Rosenberg	29	32	35
Echelle d'affirmation de soi de Rhatus	164	90	55
Echelle de dépression de Beck	27	14	9

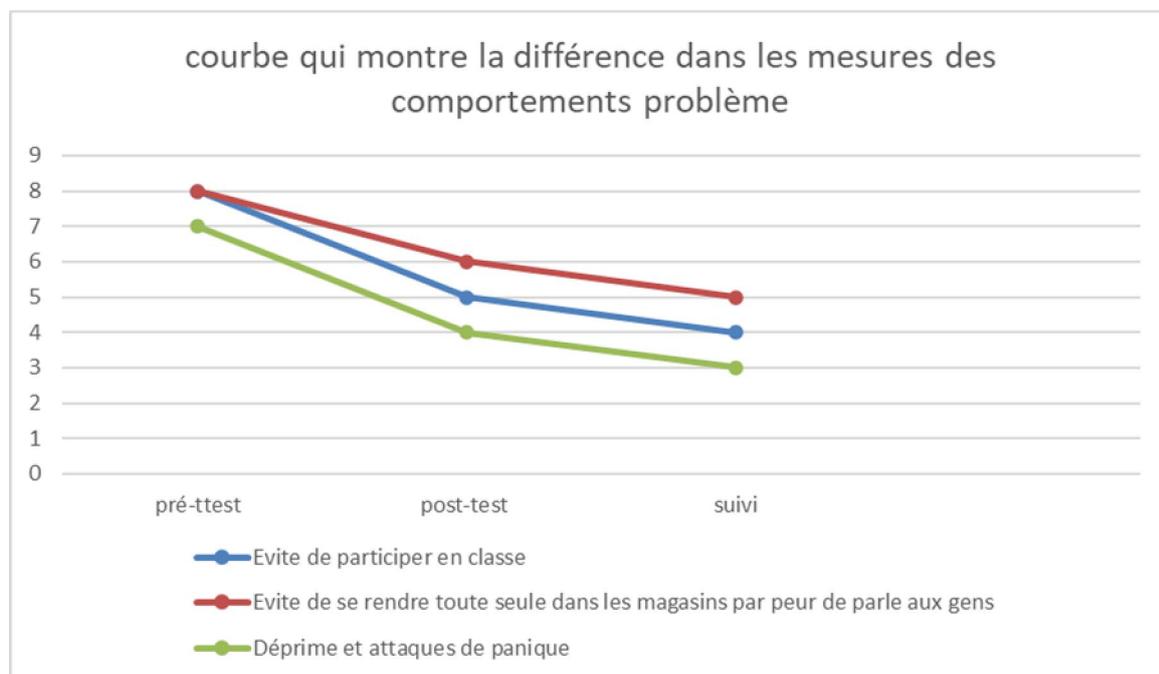


Figure 1 : Différence dans les mesures des comportements problèmes

8.2. Discussion

La différence dans les mesures des comportements problèmes apparaissent clairement sur la courbe pendant les trois phases du pré-test, du post-test et le suivi. Les scores marquent une nette amélioration au niveau des comportement problème d'où le 1^{er} comportement problème qui consiste dans « évite de participer en classe » qui était évalué par la patiente à 8 qui signifie une gêne élevée vécue par la patiente à cause de ce comportement mais il n'est pas resté à ce niveau car les auto-évaluations de la patiente pour le même comportement sont passées à 5 à la fin de psychothérapie et se sont nettement améliorés avec l'entraînement 1mois après la psychothérapie, car l'entraînement en TCC est le principe essentiel et aussi la condition de la modification de tout comportement. Concernant le 2eme comportement problème qui est « Evite de se rendre toute seule dans les magasins par peur de parler aux gens », a lui aussi été touché par la différence pendant le pré-test, le post-test et le suivi car on a axé notre travail par le biais des techniques TCC sur l'exposition d'où la réduction de l'évitement jusqu'à l'augmentation de la confrontation et ceci est bien illustré dans les scores reliés à l'évitement au pré-test un 8, au post-test la malade a évalué l'évitement à 6 et pendant le suivi il est passé à 5 . Enfin le dernier comportement problème composé de déprime et des attaques de panique est auto évaluée par la patiente à 7 au pré-test, à 4 au post-test et à 3 pendant la phase de suivi, ce qui montre que les attaques de panique une fois réduites se répercutent sur le moral de la patiente qui devient moins pessimiste et se projette dans l'avenir quand elle me dit que lorsque je me sens pas effrayée je me concentre mieux sur ma personne et sur ce que je veux faire plus tard de ma vie.

Tous ces scores concordent parfaitement avec le contenu des entretiens diagnostiques, thérapeutiques et évaluatifs, chose qui prouve que la TCC avec ses différentes techniques a prouvé son efficacité chez notre patiente.

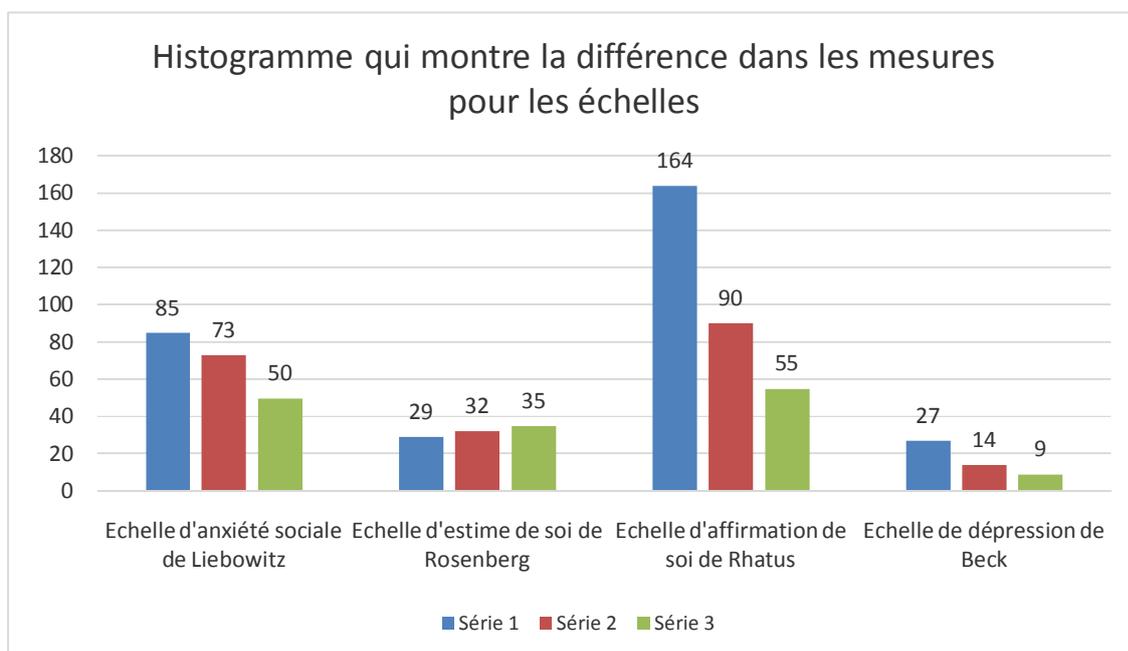


Figure 2 : Différence dans les mesures pour les échelles

Il apparait clairement que les résultats du questionnaire de Leibowitz se sont améliorés puisque les scores sont passés de 85 avant le début de la psychothérapie à 73 vers la fin de la psychothérapie grâce à la technique de l'exposition in Vivo.

Ces résultats concordent avec les résultats de l'étude de Palazzolo qui a déclaré l'efficacité des TCC et le rôle déterminant de l'exposition dans la réussite de la thérapie et d'ailleurs il a précisé que cette technique devrait être progressive, longue et répétée. (Palazzolo, 2005, p.79).

En ce qui concerne les scores de l'échelle de Rosenberg ils semblent différents pendant les trois phases du traitement et marquent une nette amélioration de la perception de la malade pour son estime de soi, et en fait ces des améliorations qu'on avait remarqué même pendant les entretiens cliniques évaluatifs « je me sens capable d'avoir le BAC », « Je m'efforce de participer en classe avec mon prof de français mieux qu'avant ». Les scores varient de sévère (29) à moyen (32) à (35), et ces résultats on les attribue à la restructuration cognitive qui est l'explication de la phobie sociale comme étant le trouble de l'estime de soi et notre explication a été bénéfique car on a constaté que la patiente était très attirée et très motivée à se présenter en consultation et était très réceptive pour les tâches assignées concernant le repérage des cognitions erronées et la substitution par les cognitions alternatives logiques.

Aussi nos résultats nous font rappeler les résultats de l'étude de DiGiuseppe, McGowan, Sutton-Simon et Gradner (1990) et l'étude de Paterson et Anderson (1997) qui ont confirmé que la modification des cognitions devrait donc logiquement être un élément important dans le traitement de la phobie sociale (Ladouceur et al., 1999, p.139).

La patiente est parvenue à travers les techniques de restructuration cognitive dans la thérapie que ce soit à travers le dialogue socratique ou les fiches de restructuration des croyances dysfonctionnelles à identifier ses idées erronées et à les substituer par des idées qui montrent bien qu'elle a confiance en elle, ceci concorde avec les résultats de l'étude de Catherine Joanis-sirois sous la direction de Patrick Gosselin qui déclarent qu'une cible d'intervention clinique auprès d'individus avec des symptômes de phobie sociale pourrait ainsi être de travailler l'amélioration de leur perception de soi et l'augmentation de leur confiance en leurs capacités personnelles, non juste en contexte social, mais aussi surtout dans les situations imprévues ou incertaines plus générales (Joanis-Sirois, 2018, p.90).

Il est important de signaler que la dépression est passée d'un niveau sévère à un niveau faible (27-14-9) et ceci est dû à notre sens à la réduction des évitements et la focalisation de la patiente sur les réalisations qu'on remarquait chaque fois qu'on était dans la revue des tâches. Sa projection dans l'avenir s'est remarquablement améliorée et son espoir d'avoir le BAC est visiblement forte, dans ce contexte, Fontaine et Fontaine (2006) ont déclaré à partir de leur expérience clinique que la dépression diminue avec l'application des techniques TCC.

Enfin, la relaxation est une technique qui a été très utile dans la réduction des attaques de panique chez la jeune fille puisqu'elle a contrôlé de manière remarquable les attaques de panique donc, la mise en évidence de son importance est prouvée dans l'étude de Luis Vera et Mirabel-Sarron qui ont parlé de la nécessité à faire apprendre au sujet phobique comment respirer et se relaxer afin de ne pas être perturbé dans les situations phobogènes et ils précisent que ces techniques ont été codifiées récemment (Luis Vera & Mirabel-Sarron, 2002, p.136).

Enfin il apparaît clairement que les résultats des questionnaires, les Auto-évaluations de la patiente concernant les comportements problèmes ainsi que le contenu des entretiens évaluatifs prouvent que la patiente s'est améliorée et affronte mieux, d'où la réduction de ses évitements et son anxiété ainsi que ses attaques de panique.

10. Conclusion

Notre étude porte sur l'efficacité de la thérapie cognitive-comportementale d'une patiente souffrant d'anxiété sociale.

La problématique porte sur l'efficacité de la TCC dans la réduction du dysfonctionnement physique et psycho-social et dans ce cadre nous nous sommes demandé si les techniques de la TCC que nous appliquerons pourront aider la patiente à réduire les attaques de panique le jour du BAC et suite à la prise de parole en classe et dans les magasins. Aussi est-ce que les techniques de la TCC que nous appliquerons réduisent la dépression et peuvent aider à ne pas quitter la classe le jour du BAC. Pour cela on a posé les hypothèses qui confirment que les techniques de la TCC que nous appliquerons qui consistent dans la relaxation, la restructuration cognitive et l'exposition in vivo pourront aider la patiente à contrôler et réduire les attaques de panique le jour du BAC et lors de la prise de parole en classe et dans les magasins. L'entraînement à ces techniques pourra aider la patiente à ne pas quitter la salle de l'examen le jour du BAC, à ne pas éviter de prendre la parole en classe et dans les magasins. L'entraînement à ces techniques pourra aider la patiente à diminuer le niveau de la dépression ressentie à la suite de ses évitements et de ses attaques de panique. Pour tester ces hypothèses nous avons procédé par les étapes de l'étude de cas et le protocole à cas unique avec un pré-test et un post-test en utilisant les questionnaires de l'anxiété de Liebowitz, de Rhatius de l'estime de soi de Rosenberg, de dépression de Beck.

Les résultats de l'étude ont prouvé que nos hypothèses sont affirmées et que la TCC avec toutes les techniques, que nous avons choisi et appliqué avec beaucoup de soin et de dévouement, ont amené à une nette amélioration de l'état de la jeune fille qui a pu contrôler ses attaques de panique notamment le jour du BAC qu'elle a décroché avec une moyenne de 14/20, donc cette cible thérapeutique est atteinte. La dépression est réduite puisque la jeune fille est plus active qu'avant et se déplace aujourd'hui pour s'inscrire à l'université toute seule, à la maison, elle est plus active et même pour se déplacer chez l'épicier elle arrive à le faire même si elle doit continuer à fournir des efforts. Sachant que l'efficacité de cette étude est prouvée pour un mois de post-test.

Ce qui nous incite à proposer d'autres recherches qui approcheront l'efficacité de la TCC sur une durée de 1 année et plus.

Nous proposons aussi qu'il y est des recherchent sur des échantillons larges de sujets atteints de phobie sociale et leur prise en charge afin qu'on puisse généraliser les résultats car les résultats de cette étude restent crédibles que pour cette jeune fille.

Références

- Bouvard, M., & Cottraux, J. (1996). *Protocoles et échelles d'évaluation en Psychiatrie et en psychologie*. Masson.
- Crocq, M.A., Gueli, J. D., Boyer, P., Pull, C., Pull-Erpelding, M.C. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Masson. <https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5->
- Demay, E. (2017). *L'utilisation de la relaxation progressive de Jacobson dans la gestion de l'anxiété au cours des séjours de sevrage en addictologie* [Mémoire en psychomotricité. Université de Toulouse]. <file:///C:/Users/METRO/Downloads/Demay2017.pdf>
- Fontaine, O., & Fontaine, P. (2006). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Retz.
- Joanis-Sirois, C. (2018). *Intolérance à l'incertitude et anxiété sociale auprès de patients anxieux référés en clinique spécialisée* [Thèse de doctorat en psychologie. Université de Sherbrooke]. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/14318/Joanis_Sirois_Catherine_DPs_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J.M. (1999). *Les troubles Anxieux : Approche cognitive et comportementale*. Masson.
- Lonescu, S., & Blanchet, A. (2009). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. (1éd.). Puf.
- Palazzolo, J. (2005). *Guérir vite soigner les angoisses, la dépression, les phobies par les TCC*. Hachette.
- Tamisier, J.C. (2007). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse.
- Véra, L., & Mirabel-Sarron, C. (2002). *Psychothérapie des phobies. Approche comportementale et cognitive*. Dunod.