

Chapitre 6

PHOBIE SOCIALE

Introduction

Comme dans le cas des autres troubles anxieux, de nombreuses études sans groupe témoin ont été menées auprès de patients souffrant d'anxiété sociale. Beaucoup d'études ne se fondaient pas sur des critères diagnostiques précis, mais recrutaient des personnes qui déclaraient être timides, socialement angoissées ou nerveuses lorsqu'elles devaient faire quelque chose sous le regard d'autrui. Comme l'anxiété sociale est fréquente chez des personnes qui ne présentent aucun trouble mental et accompagne souvent des troubles autres que la phobie sociale, on ignore dans quelle mesure les résultats d'études non fondées sur les critères du DSM s'appliquent aux personnes souffrant de phobie sociale. Par conséquent, nous n'avons inclus dans cette section, comme dans d'autres parties de cette revue de la littérature, que des études cas-témoins faites auprès de patients chez qui la phobie sociale avait été dûment diagnostiquée, d'après les critères du DSM-III, du DSM-III-R ou du DSM-IV.

Beaucoup de méthodes utilisées pour traiter la phobie sociale ont fait l'objet de recherches. Parmi les approches pharmacologiques, les benzodiazépines (p. ex., le clonazépam), les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (les IMAO, p. ex., la phénelzine), les inhibiteurs réversibles de la monoamine-oxydase (p. ex., le moclobémide) et les antidépresseurs qui sont des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (p. ex., la sertraline) semblent donner de bons résultats. Par ailleurs, certaines approches psychothérapeutiques comme l'exposition à la situation phobogène, la thérapie cognitive et l'amélioration des aptitudes sociales se sont avérées efficaces auprès de patients atteints de phobie sociale. Aucune étude sur l'autothérapie de

la phobie sociale n'a encore été publiée, mais des recherches sur certains traitements auto-administrés sont en cours.

Études sur les traitements médicamenteux

Seulement six études cas-témoins conformes aux critères de la présente revue de la littérature ont été publiées jusqu'à maintenant. Munjack, Baltazar, Bohn, Cabe et Appleton (1990) ont réparti au hasard 23 patients ayant fait l'objet d'un diagnostic de phobie sociale fondé sur les critères du DSM-III-R (à la suite d'entretiens dirigés) en deux groupes; les sujets du premier groupe se sont vu prescrire un traitement de huit semaines au clonazépam (dose moyenne : 2,75 mg/jour) et ceux du deuxième groupe - le groupe témoin - n'ont reçu aucun traitement. Par rapport aux membres du groupe témoin, les patients traités au clonazépam ont affiché des améliorations significatives sur le plan de l'anxiété sociale et de l'évitement, de l'anxiété généralisée, et une amélioration globale de leur état. L'effet secondaire le plus fréquent, une sédation au début du traitement, s'est produit chez 70 % des patients traités au clonazépam.

Davidson et ses collaborateurs (1993) ont comparé le traitement au clonazépam (dose moyenne à la fin du traitement : 2,4 mg/jour) à l'administration d'un placebo dans le cadre d'une étude de dix semaines réalisée auprès de 75 patients répondant aux critères diagnostiques de la phobie sociale selon le DSM-III-R. Le diagnostic avait été posé à la suite d'un entretien dirigé avec chaque patient. Le traitement au clonazépam a donné de meilleurs résultats que le placebo pour la plupart des aspects évalués, dont la peur, l'évitement et l'amélioration globale. Les taux de réponse ont été de 78,3 % chez les sujets traités contre 20 % chez ceux qui avaient reçu un placebo, d'après l'évaluation de l'amélioration globale, faite par le clinicien. Le clonazépam semblait améliorer la phobie sociale associée à l'accomplissement d'une tâche et la phobie sociale généralisée,

Liebowitz et ses collaborateurs (1988, 1992) ont traité 74 patients répondant aux critères de la phobie sociale énoncés dans le DSM-III-R dans le cadre d'une étude à double insu d'une durée de huit semaines. Ils voulaient comparer les effets de la phénelzine (dose moyenne : 75,7 mg/jour), de l'aténolol (dose moyenne : 97,6 mg/jour) et d'un placebo. Les taux de réponse ont été de 64 % pour la phénelzine, de 30 % pour l'aténolol et de 23 % pour le placebo. Selon différents paramètres, la phénelzine s'est révélée supérieure à l'aténolol et au placebo, dont les effets ne différaient pas de façon significative pour aucune des mesures. Après huit semaines, les personnes qui avaient répondu au traitement ont continué à prendre leurs médicaments pour huit semaines de plus, pendant la phase d'entretien. Après la seizième semaine, la phénelzine était toujours significativement supérieure au placebo, mais le taux de réponse à l'aténolol était moyen et ne différait pas significativement de la phénelzine ni du placebo. Les patients souffrant de phobie sociale généralisée (76 % de l'échantillon) ont particulièrement bien répondu au traitement à la phénelzine. Bien qu'ils ne soient pas signalés dans cette étude, des effets secondaires ont été identifiés par suite de l'utilisation de la phénelzine et d'autres inhibiteurs irréversibles de la MAO. Il s'agit notamment d'un risque de crises d'hypertension survenant lorsque le patient prend certains médicaments ou mange certains aliments, et d'une toxicité possible pour le foie. Ces effets secondaires ne sont pas évidents chez les patients traités aux inhibiteurs réversibles de la MAO plus récents (Association canadienne pour la santé mentale, 1995).

Versiani et ses collaborateurs (1992) ont comparé les effets d'un traitement de huit semaines à la phénelzine (dose moyenne : 67,5 mg/jour), au moclobémide (dose moyenne : 580,7 mg/jour) et d'un placebo chez 78 patients souffrant d'une phobie sociale diagnostiquée d'après les critères du DSM-III-R (par suite d'un entretien dirigé). À la huitième semaine, les deux médicaments avaient produit une amélioration sensiblement supérieure au placebo, mais la phénelzine s'est avérée plus efficace que le moclobémide d'après plusieurs paramètres. Pendant la phase d'entretien (de la 8^e à la 16^e semaine), les patients, et particulièrement

ceux qui avaient reçu du moclobémide, ont continué à voir leur état s'améliorer quelque peu, si bien qu'à la seizième semaine, 91 % des patients qui prenaient de la phénelzine et 82 % de ceux qui prenaient du moclobémide ne présentaient presque plus de symptômes. Le moclobémide a été associé à des effets secondaires moins nombreux et moins graves que la phénelzine, notamment entre la 8^e et la 16^e semaine. Au nombre des effets secondaires courants du moclobémide, mentionnons les étourdissements, la fatigue, l'insomnie, la sécheresse de la bouche et les céphalées. Quant à la phénelzine, elle a été associée à la fatigue, à l'hypotension orthostatique, à l'insomnie, à la sécheresse de la bouche, aux étourdissements, à la constipation, à une diminution ou à la perte de libido, et à un retard ou une inhibition de l'éjaculation.

Dans une étude croisée à double insu, on a comparé les effets de la sertraline (dose moyenne : 133,5 mg/jour) et d'un placebo auprès de 12 patients qui répondaient aux critères de la phobie sociale énoncés dans le DSM-III-R (Katzelnick et coll., 1995). Tous les patients ont reçu et le médicament, et le placebo successivement, pendant 10 semaines, mais dans un ordre aléatoire. La sertraline, mais pas le placebo, a entraîné une amélioration significative des symptômes de la phobie sociale.

Enfin, on a comparé les effets de la brofaromine (dose fixe : 150 mg/jour) et d'un placebo dans un essai clinique de 12 semaines auprès de 77 patients répondant aux critères de la phobie sociale du DSM-III-R (diagnostiquée par suite d'un entretien dirigé). Parmi les sujets étudiés, 78 % de ceux qui avaient reçu de la brofaromine et 23 % de ceux qui avaient reçu le placebo ont été jugé en «meilleur état» ou en «bien meilleur état» selon la grille *Clinical Global Impression Scale*. De plus, la brofaromine a entraîné une amélioration plus marquée que le placebo, d'après diverses mesures de l'angoisse sociale et de la dépression. Cependant, après le traitement, les patients qui recevaient le principe actif présentaient encore des scores plus élevés que les sujets sains du groupe témoin sur une mesure de l'anxiété sociale. Pendant le traitement d'entretien de neuf mois, les patients qui recevaient de la brofaromine ont continué à voir leur état s'améliorer, tandis que 60 % des sujets qui avaient répondu au placebo ont fait une rechute.

Sommaire et conclusions

Le clonazépam, la phénelzine, le moclobémide, la sertraline et la brofaramine semblent tous efficaces pour traiter la phobie sociale. La phénelzine et les autres inhibiteurs irréversibles de la MAO sont associés à certains effets secondaires, dont un risque de crises d'hypertension survenant lorsque le patient prend certains médicaments ou mange certains aliments, et une toxicité possible pour le foie. Les bêta-bloquants (p. ex., l'aténolol) ne sont pas significativement plus efficaces qu'un placebo. Il faudrait réaliser plus d'études pour confirmer l'efficacité de ces médicaments et pour évaluer les effets de nouveaux produits qui n'ont pas encore fait l'objet d'essais cas-témoins.

Études sur les TCC

TCC et psychothérapie de soutien ou non-traitement (liste d'attente)

Heimberg et ses collaborateurs (1994) ont étudié 49 personnes répondant aux critères de la phobie sociale du DSM-III (d'après une évaluation réalisée dans le cadre d'un entretien dirigé). Ils ont comparé des sujets ayant suivi 12 séances de thérapie cognitivo-comportementale de groupe (comportant le recours à des méthodes d'exposition et cognitives) aux membres d'un groupe témoin ayant reçu de l'information et du soutien. Ils ont évalué les résultats d'après les évaluations des cliniciens et les auto-évaluations des participants portant sur des facteurs comportementaux, physiologiques et cognitifs. On a constaté une amélioration chez les membres des deux groupes, sur la plupart des éléments mesurés. Cependant, les membres du groupe expérimental ont présenté une amélioration plus marquée et exprimé moins d'anxiété pendant un test de comportement que les membres du groupe témoin. Lors du suivi effectué six mois plus tard, on a constaté que les bienfaits du traitement se maintenaient, et les patients traités par la thérapie cognitivo-comportementale présentaient toujours une amélioration plus nette que les témoins, d'après quelques paramètres. Un suivi a été effectué auprès de 19 participants 4,5 et 6,4 années plus tard (Heimberg, Salzman, Holt et Blendell, 1993). Lors de ce suivi à long terme, les patients qui avaient été

traités par la thérapie cognitivo-comportementale présentaient une amélioration sensiblement plus grande que les témoins, d'après la plupart des mesures.

Newman, Hofmann, Trabert, Roth et Taylor (1994) ont étudié l'efficacité de la thérapie d'exposition (sans intervention cognitive) auprès de 36 sujets atteints de phobie sociale selon les critères du DSM-III-R (diagnostic fondé sur un entretien dirigé). Ces personnes éprouvaient une peur excessive lorsqu'elles devaient prendre la parole en public. Les participants ont été répartis, au hasard, en deux groupes. Ceux du premier groupe ont suivi pendant huit semaines une thérapie par l'exposition, à raison d'une séance par semaine. On a expliqué aux membres du deuxième groupe - en fait, le groupe témoin - qu'ils étaient sur la liste d'attente. Par rapport aux témoins, les sujets traités par l'exposition à la situation phobogène ont affiché une amélioration significative d'après les mesures de l'anxiété comportementale, subjective et cognitive.

TCC et traitements pharmacologiques

Turner, Beidel et Jacob (1994) ont comparé l'effet de trois mois de thérapie du comportement (submersion émotionnelle ou *flooding*), de l'aténolol (dose finale fixe : 100 mg/jour) et d'un placebo chez 72 patients répondant aux critères de la phobie sociale d'après le DSM-III-R (diagnostic fondé sur un entretien dirigé). La technique de la submersion émotionnelle - mais pas l'administration d'aténolol - a toujours donné de meilleurs résultats que le placebo. Elle s'est avérée plus efficace que l'aténolol d'après plusieurs mesures. Le pourcentage des patients qui ont vu leur état s'améliorer, ne fût-ce que légèrement, était de 88,9 % pour la technique de l'exposition, de 46,6 % pour l'aténolol et de 43,8 % pour le placebo. Peu importe la méthode employée, les patients différaient toujours des sujets normaux du groupe témoin après le traitement. Au suivi effectué six mois plus tard, les participants dont l'état s'était amélioré avaient conservé les acquis du traitement.

Gelemtner et ses collaborateurs (1991) ont réparti au hasard 65 patients souffrant de phobie sociale d'après les critères du DSM-III-R (diagnostic fondé sur un entretien dirigé) en quatre groupes. Chaque groupe a reçu un traitement différent, mais qui, dans tous les cas, a duré 12 semaines : (1) thérapie cognitivo-comportementale, (2) administration de phénelzine (dose moyenne : 55 mg/jour) assortie de consignes d'auto-exposition; (3) administration d'alprazolam (dose moyenne :

4,2 mg/jour) assortie de consignes d'auto-exposition et (4) placebo assorti de consignes d'auto-exposition. Tous les groupes ont vu leur état s'améliorer sensiblement, d'après toutes les mesures, à la fin du traitement. Dans l'ensemble, il n'y avait pas de différence significative entre les résultats des quatre types d'intervention, d'après la plupart des mesures. Selon les changements mis en lumière par l'échelle de la phobie sociale du Questionnaire sur la peur, les membres des quatre groupes ont répondu favorablement au traitement (c'est-à-dire qu'ils ont obtenu des scores inférieurs à la moyenne de la population) dans les proportions suivantes : 63 % pour la phénelzine, 38 % pour l'alprazolam, 24 % pour la thérapie cognitivo-comportementale et 20 % pour le placebo.

Enfin, Heimberg et ses collaborateurs (1994) ont fait état des résultats d'une étude inédite dans laquelle on comparait les effets respectifs de 12 semaines de TCC, de phénelzine, de placebo et de psychothérapie de soutien. L'étude a été réalisée auprès de 133 sujets répondant aux critères de la phobie sociale du DSM-III-R (diagnostiquée lors d'un entretien dirigé). Après 12 semaines de traitement, la TCC et l'administration de phénelzine avaient donné des résultats équivalents, qui étaient supérieurs à ceux du placebo et de la psychothérapie de soutien. On a constaté une réponse favorable au traitement chez près de 80 % des sujets traités par TCC et par l'administration de phénelzine, contre 40 % des membres des deux autres groupes. La phénelzine a aussi agi plus rapidement que la TCC et s'est avérée quelque peu plus efficace que celle-ci, d'après plusieurs mesures prises à l'issue du traitement. L'amélioration de l'état des patients traités par TCC et par l'administration de phénelzine s'est maintenue pendant la phase d'entretien de six mois. Cependant, au suivi effectué six mois après la fin du traitement, la moitié des patients traités à la phénelzine avaient fait une rechute, tandis que ceux qui avaient suivi une thérapie cognitivo-comportementale avaient conservé les acquis du traitement.

Études comparatives de différentes TCC

Les auteurs de nombreuses études ont analysé les effets relatifs et combinés de différentes interventions cognitives et comportementales. Dans une des premières études du genre, Butler, Cullington, Munby, Amies et Gelder (1984) ont réparti au hasard, en trois groupes, 45 patients souffrant de phobie sociale d'après les critères du DSM-III (diagnostic fondé sur un entretien dirigé). Dans tous les cas, l'intervention a duré sept semaines. Les membres du premier groupe ont été traités par la méthode de l'exposition, à raison d'une séance par semaine; ceux du deuxième groupe ont été traités par la même méthode, assortie cette fois d'une démarche de maîtrise de l'anxiété (c'est-à-dire : techniques de relaxation, distractions, modification du langage intérieur en faveur d'un discours plus rationnel). Enfin, les membres du troisième groupe, à qui on a dit qu'ils étaient sur la liste d'attente, n'ont reçu aucun traitement. À l'issue du traitement et lors du suivi effectué six mois plus tard, les deux formules avaient provoqué une amélioration significativement plus importante que celle constatée chez les membres du groupe témoin. La thérapie par l'exposition assortie d'une démarche de maîtrise de l'anxiété s'est avérée supérieure à la thérapie d'exposition simple, d'après deux des six mesures prises à la fin du traitement et d'après toutes les mesures prises lors du suivi. De plus, 40 % des sujets traités exclusivement par la méthode de l'exposition ont consulté un thérapeute pendant la période de suivi, alors qu'aucun des patients traités par l'exposition et par la maîtrise de l'anxiété n'a fait de telle démarche.

Emmelkamp, Mersch, Vissia et van der Helm (1985) ont traité 34 personnes souffrant de phobie sociale (selon les critères du DSM-III) pendant six séances hebdomadaires. Ils ont formé trois groupes et utilisé avec chacun d'eux une approche différente : (1) l'exposition réelle à la situation phobogène, (2) la thérapie rationnelle-émotive (thérapie cognitive) et (3) le «*self-instructional training*» (méthode fondée sur l'exposition imaginaire à la situation phobogène). On a constaté une amélioration des paramètres de la phobie et de l'anxiété sociale chez les sujets des trois groupes, les différences entre les groupes étant peu prononcées. Dans les trois groupes également, ces améliorations s'étaient maintenues ou même accrues au suivi d'un mois.

Mattick et Peters (1988) ont traité 41 personnes souffrant de phobie sociale (d'après les critères du DSM-III) pendant six semaines. Pendant les séances hebdomadaires, ils ont recouru à la méthode de l'exposition dirigée, assortie ou non de restructuration cognitive. Dans l'ensemble, les participants ont vu leur état s'améliorer, et le traitement combiné a entraîné une amélioration sensiblement plus grande que l'exposition sans restructuration cognitive, d'après deux mesures de l'évitement social. On a constaté une grande ou très grande amélioration chez 95 % des patients ayant reçu le traitement combiné contre 56 % des sujets traités exclusivement par l'exposition.

Dans une étude connexe, Mattick, Peters et Clarke (1989) ont traité 43 patients souffrant de phobie sociale (d'après les critères du DSM-III) pendant six semaines, à raison d'une séance par semaine. Les sujets ont été répartis en quatre groupes qui ont fait l'objet des interventions suivantes : 1) exposition seulement; 2) restructuration cognitive seulement; 3) exposition et restructuration cognitive ; 4) inscription sur la liste d'attente (groupe témoin). Les patients traités par la méthode de la restructuration cognitive ou par la méthode combinée ont vu leur état s'améliorer, d'après toutes les mesures, tandis que les sujets traités par la méthode de l'exposition seulement présentaient une amélioration sur le plan de l'évitement mais pas sur le plan des attitudes. Une grande ou très grande amélioration a été constatée, d'après des critères composites, chez 27 % des sujets traités uniquement par l'exposition, 45 % des sujets traités uniquement par la restructuration cognitive, mais 72 % des sujets traités par les deux méthodes à la fois. Les analyses comparatives effectuées à l'issue du traitement ont révélé la supériorité du traitement combiné, d'après deux mesures de la phobie, mais le traitement combiné et l'exposition seule se sont avérés plus efficaces que la restructuration cognitive, d'après les résultats du test de comportement utilisé dans l'étude. Ce test couvrait la gamme des activités évitées par les participants.

Mersch, Emmelkamp, Bögels et van der Sleen (1989) ont traité 39 patients répondant aux critères du DSM-III-R qui définissent la phobie sociale. D'après les scores extrêmes obtenus à un test de

comportement et des mesures cognitives, on a classé les participants en deux catégories, selon qu'ils réagissaient essentiellement par des mécanismes cognitifs ou comportementaux. La moitié des sujets de chaque groupe ont suivi une thérapie comportementale de huit semaines (amélioration des aptitudes sociales) tandis que les autres suivaient, pendant huit semaines aussi, une thérapie cognitive (thérapie rationnelle-émotive). Tous les sujets traités ont vu leur état s'améliorer, et l'hypothèse selon laquelle on obtiendrait une amélioration plus marquée en adaptant le type de traitement au mode réactionnel du patient n'a pas été confirmée. Les résultats persistaient, dans l'ensemble, au moment du suivi effectué 14 mois après le traitement (Mersch, Emmelkamp et Lips, 1991).

Scholing et Emmelkamp (1993a) ont réparti aléatoirement en trois groupes 73 patients qui répondaient aux critères de la phobie sociale généralisée du DSM-III-R (diagnostic fondé sur un entretien dirigé). On a offert à chaque groupe 16 séances de psychothérapie individuelle ou collective selon une des formules suivantes : 1) deux blocs de thérapie d'exposition; 2) un bloc de thérapie cognitive suivi d'un bloc de thérapie d'exposition; 3) deux blocs de thérapie cognitivo-comportementale intégrant, dès le départ, thérapie d'exposition et thérapie cognitive. Chaque bloc de traitement durait quatre semaines et était suivi d'un bloc de quatre semaines sans traitement. Dans l'ensemble, toutes les interventions ont été efficaces. Après le premier bloc de traitement, il n'y avait pas de différence entre les différentes formules utilisées, si ce n'est que le traitement intégré s'est avéré moins efficace que les deux autres méthodes pour ce qui est d'atténuer les symptômes somatiques. Lors du suivi effectué trois mois après la fin du traitement, la thérapie cognitive en groupe est apparue comme la formule la plus efficace et le traitement intégré en groupe, la moins efficace. En se servant de la même méthodologie, des mêmes critères d'inclusion et des mêmes groupes de traitement (dont tous les membres ont cependant été traités individuellement), Scholing et Emmelkamp (1993b) ont traité 30 patients atteints de phobie sociale qui s'étaient expressément plaints d'une tendance à rougir, à transpirer ou à trembler. Les trois formules ont provoqué une amélioration significative de l'état des sujets, et aucune différence significative n'est apparue entre elles, sur le plan de l'issue du traitement. Les bienfaits du traitement se maintenaient au moment du suivi.

Dans une étude de Mersch (1995), 34 patients atteints de phobie sociale d'après les critères du DSM-III-R ont été répartis au hasard en trois groupes. Le premier a été traité par la méthode de l'exposition, le deuxième par une thérapie cognitivo-comportementale mixte (combinant l'exposition, la thérapie rationnelle-émotive et l'amélioration des aptitudes sociales), tandis que le troisième groupe était le groupe témoin (liste d'attente). Les deux interventions thérapeutiques ont abouti à une amélioration sensiblement supérieure à celle qu'on a pu observer chez les témoins pour presque tous les paramètres; elles ne différaient cependant pas significativement l'une de l'autre pour aucun paramètre. Les bienfaits du traitement persistaient au moment des suivis effectués trois mois et dix-huit mois plus tard, et ils étaient équivalents chez les sujets traités selon l'une ou l'autre méthode.

Enfin, Hope, Heimberg et Bruch (1995) ont réparti au hasard en trois groupes 43 personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de phobie sociale, d'après les critères du DSM-III-R, à la suite d'un entretien dirigé. Le premier groupe a suivi 12 séances hebdomadaires et collectives de thérapie cognitivo-comportementale (méthode de l'exposition et restructuration cognitive) tandis que le deuxième a été traité strictement par la thérapie d'exposition. Le troisième groupe était le groupe témoin (liste d'attente). D'une façon générale, les sujets traités que ce soit par une méthode ou par l'autre ont vu leur état s'améliorer, tandis que les membres du groupe témoin n'ont affiché aucune amélioration, dans l'ensemble. Si la thérapie cognitivo-comportementale a suscité une amélioration plus marquée sur certains plans (notamment d'après la mesure de l'anxiété éprouvée pendant un test de comportement), la thérapie d'exposition a donné de meilleurs résultats sur d'autres plans. Le pourcentage de patients considérés comme ayant répondu au traitement (c'est-à-dire ceux chez qui l'anxiété sociale n'était plus significative, au sens clinique, à l'issue du traitement) était de 36,4 % dans le groupe traité par thérapie cognitivo-comportementale, de 70 % dans le groupe traité par la méthode de l'exposition et de 0 % dans le groupe témoin. Les acquis du traitement

se maintenaient après six mois, au moment du suivi, mais les deux groupes traités différaient d'après moins de paramètres.

Sommaire

Une foule de données semblent indiquer que les TCC permettent de traiter efficacement la phobie sociale. Les TCC semblent plus efficaces que la psychothérapie de soutien, le placebo ou l'absence de traitement. De surcroît, les recherches préliminaires donnent à penser qu'elles sont au moins aussi efficaces que les approches pharmacologiques, à court terme, et probablement plus, à long terme.

Méta-analyses

Dans plusieurs études, la combinaison des méthodes cognitives et comportementales s'est révélée plus efficace que les stratégies axées uniquement sur l'exposition. Toutefois, dans une méta-analyse récente qui comparait le recours à certaines approches cognitivo-comportementales précises et à des méthodes axées purement sur l'exposition dans le traitement de la phobie sociale, Feske et Chambless (1995) n'ont observé aucune différence globale entre les deux démarches. En d'autres mots, le fait d'ajouter des interventions cognitives aux thérapies axées sur l'exposition semblait n'avoir aucune incidence sur l'issue du traitement. La durée du traitement n'était pas liée non plus à son issue, bien qu'un nombre plus élevé de séances d'exposition ait été associé à de meilleurs résultats.

Sommaire général et conclusions

Bien qu'il existe peu d'études cas-témoins sur le traitement pharmacologique de la phobie sociale, les premières données permettent de croire à l'efficacité de divers médicaments dont le clonazépam, la phénelzine, la sertraline et la brofaromine. De toute évidence, il faudra mener d'autres études sur des traitements médicamenteux pour pouvoir établir l'efficacité des anxiolytiques et des antidépresseurs pour le traitement de la phobie sociale. D'après les études préliminaires, les bêta-bloquants comme l'aténolol ne seraient pas particulièrement utiles pour traiter la phobie sociale généralisée. Il n'en sont pas moins couramment utilisés par les cliniciens pour le traitement de phobies sociales bien circonscrites (par exemple, la phobie de parler en public). Malgré

l'existence de données selon lesquelles les bêta-bloquants atténuent le trac normal chez les musiciens, les acteurs et d'autres artistes de la scène, l'utilité de ces médicaments pour le traitement de phobies sociales caractérisées et circonscrites reste à prouver.

Beaucoup d'études semblent indiquer que la thérapie cognitivo-comportementale est une méthode efficace de traitement de la phobie sociale. La TCC semble plus efficace, en effet, que la psychothérapie de soutien, le placebo et l'absence de traitement. De plus, d'après les premières recherches, elle serait au moins aussi efficace, à brève échéance, que les traitements pharmacologiques et probablement plus efficace qu'eux à longue échéance. Il faudra cependant attendre les conclusions de beaucoup d'autres recherches avant de pouvoir tirer de telles conclusions de façon définitive. Il n'y a pas non plus d'études publiées sur l'efficacité de formules mixtes combinant pharmacothérapie et psychothérapie pour le traitement de la phobie sociale.

Les études comparatives sur les différentes thérapies cognitivo-comportementales utilisées pour traiter la phobie sociale ont donné des résultats contradictoires. Certains chercheurs n'ont trouvé aucune différence, sur le plan de l'efficacité, entre les thérapies cognitives, les thérapies comportementales et l'agencement de ces deux approches; d'autres ont conclu à la supériorité d'une

de ces formules. Il ressort de plusieurs études que la combinaison de méthodes cognitives et comportementales donne de meilleurs résultats que le recours exclusif à la thérapie d'exposition. Cependant, une méta-analyse récente dans laquelle on a comparé des thérapies mixtes (combinant des méthodes cognitives et comportementales) à des thérapies fondées exclusivement sur la méthode de l'exposition, pour le traitement de la phobie sociale (Feske et Chambless, 1995) n'ont révélé aucune différence dans l'ensemble. Autrement dit, l'ajout de méthodes propres à la thérapie cognitive au traitement de la phobie sociale par l'exposition à la situation phobogène ne semble pas améliorer l'issue du traitement. La durée du traitement ne serait pas, elle non plus, liée à son efficacité, même si un plus grand nombre de séances d'exposition était associé à de meilleurs résultats.

En somme, beaucoup de questions sur le traitement de la phobie sociale sont toujours sans réponse. Il serait particulièrement important d'établir l'efficacité relative de la médication, de la psychothérapie et des approches combinant la première et la seconde, qui sont actuellement utilisées par les cliniciens. Les chercheurs devraient aussi s'intéresser, dans l'avenir, aux prédicteurs de l'issue du traitement associés aux différentes approches thérapeutiques. Enfin, l'utilité de méthodes d'autothérapie pour les personnes souffrant de phobie sociale reste à étudier.