

Les thérapies comportementales de l'anxiété sociale

JOCELYNE KÉROACK¹

École Le Sommer, Saint-Laurent, Québec

L'entraînement aux habiletés sociales, la désensibilisation systématique, la relaxation, les procédures de modification cognitive et l'exposition *in vivo* constituent les principales méthodes comportementales utilisées dans le traitement de l'anxiété sociale. Une revue des études rapportant une évaluation de traitements comportementaux auprès de populations cliniques indique que l'exposition *in vivo*, la restructuration cognitive et la thérapie rationnelle-émotive peuvent être des traitements efficaces de l'anxiété sociale. Des études additionnelles comparant l'entraînement aux habiletés sociales à la mise sur liste d'attente, à l'exposition *in vivo* et aux méthodes de modification cognitive sont requises pour en établir l'efficacité. La désensibilisation systématique et la relaxation ne semblent pas indiquées pour la plupart des clients.

Ce n'est que récemment que les thérapies comportementales se sont penchées sur le traitement de l'anxiété et des phobies sociales. Une recherche bibliographique informelle de tous les articles dont le titre ou le résumé porte les termes *anxiété sociale* ou *phobie sociale* et *thérapie* ne relève que 36 parutions; la plus ancienne date de 1977. Le sujet est donc relativement inexploré.

Les phobies sociales constituent pourtant un problème d'importance puisque leur fréquence les situe au deuxième rang des phobies, après l'agoraphobie. Une revue de la littérature par Lebowitz, Gorman, Fyer et Klein (1985) révèle que leur incidence serait, selon les études, de 0,9% à 2,6% dans la population générale et de 8% à 13,3% dans la clientèle traitée pour phobie ou problèmes d'anxiété. Il s'agit également d'un domaine où les thérapies comportementales obtiennent jusqu'à maintenant des succès plutôt mitigés (Emmelkamp, 1979, 1982; Ost, Jerremalm & Johanson, 1981). Il apparaît donc pertinent d'analyser quelle a été l'efficacité des méthodes expérimentées jusqu'à maintenant afin d'identifier les éléments d'un programme de traitement potentiellement efficace.

La revue de littérature porte exclusivement sur les thérapies comportementales tentées auprès de populations cliniques. Les études utilisant des sujets étudiants ne sont pas recensées. Il n'y aura pas de distinction entre les différentes étiquettes attribuées à

l'anxiété sociale: phobie sociale ou phobie sociale diffuse (DSM-III, 300.23, American Psychological Association (APA), 1980), personnalité évitante (DSM-III, 301.82, APA), échec social (Trower, Yardley, Bryant & Shaw, 1978), dysfonction sociale (Stravynski, Marks & Yule, 1982; Stravynski & Shahar, 1983; Stravynski & Greenberg, 1985). Les sujets ont cependant tous comme caractéristique la présence d'anxiété excessive à l'occasion d'interactions sociales. Puisque le nombre de publications est restreint, toute étude rapportant une intervention comportementale de l'anxiété sociale est considérée quelles qu'en soient les qualités méthodologiques. Au total, 17 articles sont analysés. Etant donné l'importance attachée à l'anxiété, la comparaison des traitements se fait surtout à partir de leurs effets sur celle-ci: leur influence sur d'autres variables telles, par exemple, la dépression ou les habiletés sociales des sujets ne sera pas considérée.

Les populations étudiées sont d'abord décrites. Chacune des approches thérapeutiques est revue en commençant par sa description, puis en comparant son efficacité à une absence de traitement et ensuite à d'autres traitements. Dans certains cas, l'efficacité d'une combinaison de procédures est évaluée. Enfin, des recommandations quant aux éléments à inclure dans un programme de traitement de l'anxiété sociale sont formulées.

Les populations étudiées

Les 17 études recensées (voir appendice A) rapportent les résultats thérapeutiques obtenus auprès de 541 sujets anxieux socialement, répartis à peu près également entre les sexes. Les sujets ont entre 16 et 65 ans et la moyenne d'âge, dans les 12 études où elle est rapportée, varie de 27,0 à 34,4 ans. Sur les 361 sujets dont on connaît le statut marital, seulement 130 sont mariés ou vivent en couple. Ces données sont similaires aux indices épidémiologiques rapportés par Marks (voir Lebowitz & al., 1985) ainsi que par Greenberg et Stravynski (1985); ces derniers rapportent cependant une plus grande représentation des hommes parmi les personnes souffrant d'anxiété sociale, soit un pourcentage de 76,1%.

Cinq études (Butler, Cullington, Munby, Amies & Gelder, 1985; Hall & Goldberg, 1977; Kanter & Goldfried, 1979; Marzillier, Lambert & Kellert, 1976; Shaw, 1979) ne font aucune mention de la médication prise par les sujets. Huit auteurs (Alstrom, Nordlund, Persson & Harding, 1984; Argyle, Bryant & Trower, 1974; Darn-Baggen & Kraaimaat, 1986; Falloon, Lindley, McDonald & Marks, 1977; Heimberg, Becker, Goldfinger & Vermilyea, 1985; Jerremalm, Jansson & Ost, 1986; Ost & al., 1981; Trower & al., 1978) rapportent que les clients continuent leur médication s'ils en avaient déjà une. Emmelkamp, Mersch, Vissia et Van Der Helm (1985) de même que Stravynski et al. (1982) interrompent la médication de leurs sujets pour la durée du traitement. Enfin, Falloon, Llyod et Harpin (1981) introduisent un médicament dans un de leurs groupes de traitement pour en voir l'influence sur l'efficacité de la procédure comportementale. Dans la plupart des études donc, la médication constitue une variable non-contrôlée ou inconnue. Il est par conséquent impossible de tenir compte de ce facteur lors de la comparaison des différentes formules thérapeutiques. Des études

¹Document présenté au module comportemental de la clinique externe de l'hôpital Louis-H. Lafontaine en mai 1987 dans le cadre des présentations cliniques des stagiaires. L'auteur désire remercier son superviseur Jean-Marie Boisvert pour son assistance au niveau de la recherche bibliographique. Elle remercie également André Marchand, directeur de la *Revue de modification du comportement*, pour ses commentaires judicieux sur la première version du texte. Les demandes de tirés-à-part doivent être adressées à l'auteur, École Le Sommer, 1750 Deguire, St-Laurent, Québec H4L 1M7.

utilisant des sujets normaux laissent toutefois présager que les bloquants beta-adrenorecepteurs («beta-adrenergic blockers») peuvent constituer un traitement pharmacologique efficace auprès de clients anxieux socialement (Leibowitz & al., 1985).

La plupart des sujets ($n = 395$) sont des clients de cliniques externes d'hôpitaux psychiatriques ou encore de centres spécialisés dans le traitement des phobies et de l'anxiété. Quatorze sujets, provenant surtout de l'étude de Dam-Baggen et Kraaimaat (1986), sont hospitalisés. Kanter et Goldfried (1979), quand à eux, recrutent leurs sujets dans la communauté. Quatre études, enfin, (Argyle & al., 1974; Hall & Goldberg, 1977; Heimberg & al., 1985; Shaw, 1979) n'indiquent pas la provenance de leurs clients.

Les caractéristiques des sujets varient d'une étude à l'autre. Dans seulement trois cas, soit ceux de Butler et al. (1984), Emmelkamp et al. (1985) et Falloon et al. (1981), les clients ont clairement reçu le diagnostic de phobie sociale telle que définie dans le DSM-III (APA, 1980). Tous les sujets de Stravynski et al. (1982) ont reçu les diagnostics de phobie sociale diffuse et de personnalité évitante. Dans six études l'anxiété sociale est décrite comme le principal problème présenté par les sujets (Alstrom & al., 1984; Heimberg & al., 1985; Jerremalm & al., 1986; Marzillier & al., 1976; Ost & al., 1981; Shaw, 1979). Enfin, plusieurs auteurs (Argyle & al., 1974; Dam-Baggen & Kraaimaat, 1986; Falloon & al., 1977; Hall & Goldberg, 1977; Trower & al., 1978) choisissent leurs sujets parmi une population psychiatrique aux étiquettes diagnostiques variées parmi lesquelles se trouve celle d'anxiété sociale. L'hétérogénéité des échantillons en regard du type et de la sévérité du problème d'anxiété sociale vient donc compliquer la comparaison des différents traitements.

Les approches thérapeutiques

Les fondements théoriques des traitements

La littérature rapporte quatre explications différentes de l'anxiété sociale. Chacune d'elles est assortie de recommandations de traitement.

La première hypothèse stipule que l'anxiété sociale est le résultat d'un manque d'habiletés sociales. L'individu maladroite socialement éprouve de l'anxiété en consultant ses piètres performances. Le traitement recommandé est alors l'entraînement aux habiletés sociales.

Une seconde hypothèse suggère que l'anxiété sociale est apprise par conditionnement répétant et qu'elle a pour effet d'inhiber les habiletés sociales que possède la personne. Le traitement de choix serait alors les thérapies visant le déconditionnement ou le contrôle de l'anxiété: désensibilisation systématique, immersion, entraînement à la relaxation.

Une troisième hypothèse considère que la personne devient anxieuse dans les situations sociales parce qu'elle entretient des idées irrationnelles ou inadaptees. Elle perçoit la situation négativement, sous-évalue ses habiletés et sa performance, se

donne des standards de performance sociale excessivement élevés et se centre sur les aspects négatifs de sa performance. Les tenants de cette troisième hypothèse proposent de modifier les pensées de la personne anxieuse par le biais de procédures telles la restructuration cognitive, l'entraînement aux auto-instructions ou la thérapie rationnelle-émotive.

Enfin, Walen (1985) indique que dans certains cas, l'apparence physique de la personne peut expliquer l'apparition de l'anxiété sociale. Les personnes moins attirantes seraient perçues et traitées moins positivement et de là, développeraient une anxiété sociale. Le traitement doit alors viser une amélioration de l'apparence physique du client. Aucune des études recensées ne rapporte de validation expérimentale de cette hypothèse de traitement.

L'efficacité des traitements

Les traitements étudiés

Les traitements étudiés sont: (a) l'entraînement aux habiletés sociales; (b) les traitements visant le déconditionnement ou le contrôle de l'anxiété à savoir la désensibilisation systématique, l'immersion et la relaxation; (c) les procédures de modification des pensées à savoir la restructuration cognitive, la thérapie rationnelle-émotive et l'entraînement aux auto-instructions; (d) l'exposition *in vivo*.

Chaque procédure sera d'abord décrite et ensuite évaluée de la façon suivante: (a) comparaison avec l'absence de traitement, (b) comparaison avec les autres traitements, (c) effet de l'ajout d'une autre procédure sur l'efficacité du traitement, (d) synthèse des comparaisons. L'appendice A présente un sommaire des études et de leurs résultats.

L'entraînement aux habiletés sociales

Description du traitement

Plusieurs auteurs (Argyle & al., 1974; Dam-Baggen & Kraaimaat, 1986; Falloon & al., 1977, 1981; Hall & Goldberg, 1977; Marzillier & al., 1976; Ost & al., 1981; Shaw, 1979; Stravynski & al., 1982; Trower & al., 1978) utilisent l'entraînement aux habiletés sociales pour réduire l'anxiété sociale. Bien qu'il s'agisse d'une procédure aux éléments bien connus, plusieurs variations et ajouts apparaissent dans la façon dont ces différents auteurs utilisent cette méthode de traitement.

Dans tous les cas, la procédure inclut des jeux de rôle et des exercices à réaliser en dehors des sessions de traitement. Ces derniers diffèrent d'une étude à l'autre. Seuls Dam-Baggen et Kraaimaat (1986) n'indiquent pas l'utilisation d'une procédure d'apprentissage par observation de modèles.

Le tableau I indique pour chaque étude les différents paramètres de l'utilisation de l'entraînement aux habiletés sociales. Ceux-ci sont: la nature individualisée ou col-

lective des cibles thérapeutiques, un traitement en groupe ou en individuel, la présence ou l'absence d'auto-observations par le client entre les sessions, l'introduction ou non de jeux de rôle faisant appel à des personnes autres que le thérapeute ou les autres sujets, l'adoption ou non d'une hiérarchisation basée sur un ordre de difficulté des situations faisant l'objet de jeux de rôle, l'attribution d'exercices précis à réaliser entre les sessions comparativement au simple encouragement à pratiquer ce qui a été vu.

Tableau 1
Paramètres d'utilisation
de l'entraînement aux habiletés sociales

Études	Cibles de traitement		Thérapie de groupe	Auto-observations	Hiérarchie des situations	Exercices précis
	individuelles	groupées				
Argyle et al. (1974)	X	-	-	-	-	-
Dam-Baggen et Kraaimaat (1986)	-	X	X	-	-	X
Falloon et al. (1977)	-	X	X	X	X	X
Falloon et al. (1981)	X	X	X	-	-	-
Hall et Goldbert (1977)	-	X	-	-	X	-
Marzillier et al. (1976)	X	-	-	-	-	-
Ost et al. (1981)	X	-	-	X	X	-
Shaw (1979)	X	-	-	-	X	X
Stravinsky et al. (1982)	X	X	X	X	-	X
Trower et al. (1978)	X	-	-	-	X	-

D'autres variantes de l'entraînement aux habiletés sociales se retrouvent chez certains auteurs: utilisation de l'audio-feedback (Marzillier & al., 1986), du vidéo-feedback (Argyle & al., 1974; Hall & Goldberg, 1977; Shaw, 1979; Trower & al., 1978), de matériel didactique (Argyle & al., 1974; Dam-Baggen & Kraaimaat, 1986; Falloon & al., 1977). Pour leur part, Falloon et al. (1981) font de la pratique massive, répartissant leurs 12 heures de traitement en deux sessions de six heures. Trower et al. (1978) accroissent progressivement le réalisme des jeux de rôle jusqu'au point où il y a pratiqué dans la vie réelle; ils semblent donc faire appel à l'exposition *in vivo*. Falloon et al. (1981) utilisent également l'exposition *in vivo* dans le cadre de ce qu'ils appellent «un entraînement aux habiletés sociales qui met l'emphase sur la pratique dans des situations réelles».

Comparaison avec une absence de traitement

Seul Marzillier et al. (1976) comparent un groupe recevant un entraînement aux habiletés sociales avec un groupe de sujets placés sur une liste d'attente. Le groupe contrôle s'améliore légèrement mais de façon non significative. Toutefois, ni l'un, ni l'autre groupe ne démontre de changements significatifs, ni au niveau de l'anxiété sociale, ni sur le plan clinique. L'entraînement aux habiletés sociales s'avère néanmoins supérieur à la liste d'attente en ce qui a trait à l'accroissement des activités et contacts sociaux.

Comparaison avec d'autres traitements

Comparaison avec la désensibilisation systématique. Marzillier et al. (1976) n'ont aucun effet significatif, ni avec l'entraînement aux habiletés sociales, ni avec la désensibilisation systématique; tel que mentionné plus haut, ces deux procédures sont équivalentes à la mise sur liste d'attente.

Trower et al. (1978) trouvent que l'entraînement aux habiletés sociales et la désensibilisation systématique ont un impact similaire et faible sur l'anxiété et la dépression tant chez les phobiques sociaux que chez les sujets socialement inhabiles. Cependant, l'effet des deux traitements sur la difficulté éprouvée dans les situations sociales et sur la fréquence des activités sociales varie selon qu'ils sont appliquées aux phobiques sociaux ou aux sujets socialement inhabiles. Chez les premiers, ils ont un effet similaire et positif tandis que chez les seconds, l'entraînement aux habiletés sociales est supérieur à la désensibilisation systématique. Il faut souligner que les sujets de tous les groupes sont avisés de s'exposer aux situations anxiogènes entre les sessions.

Deux études (Hall & Goldberg, 1977; Shaw, 1979) obtiennent des changements significatifs et équivalents au niveau de l'anxiété tant chez les sujets entraînés aux habiletés sociales que chez ceux ayant bénéficié d'une désensibilisation systématique. Dans l'étude de Shaw, les deux traitements ont des effets similaires au niveau de la réduction de la phobie sociale, de l'inadéquation sociale et de la dépression; ces effets sont aussi observés dans le groupe recevant l'immersion en imagination. Hall et Goldberg (1977) trouvent aussi que l'entraînement aux habiletés sociales et la désensibilisation systématique sont tous les deux efficaces pour réduire l'anxiété sociale et améliorer le comportement. Dans leur étude, l'entraînement aux habiletés sociales est supérieur à la désensibilisation systématique pour diminuer les comportements problématiques mais inférieur à celle-ci en ce qui a trait à l'augmentation des activités sociales. L'absence d'un groupe contrôle dans chacune de ces deux études ne permet pas de savoir si les changements obtenus chez les clients sont dus aux traitements.

Comparaison avec l'entraînement à la relaxation. Ost et al. (1981) comparent à l'aide d'une variété de mesures l'entraînement aux habiletés sociales et la relaxation. Les deux procédures produisent des réductions significatives dans la plupart des mesures de l'anxiété. Chez les sujets dont l'anxiété se traduit surtout par des manifestations comportementales, l'entraînement aux habiletés sociales est supérieur à l'entraînement à la relaxation pour réduire l'anxiété dans des situations sociales

problématiques pour le client et pendant un test comportemental d'interaction sociale pour diminuer les phobies ainsi que pour accroître la fréquence des activités et des contacts sociaux; les deux traitements produisent des résultats équivalents aux mesures comportementales pendant le test d'interaction sociale. Chez les sujets dont les principales manifestations de l'anxiété sont d'ordre somatique, l'entraînement la relaxation permet davantage qu'un entraînement aux habiletés sociales d'accroître la fréquence des activités et des contacts sociaux. Les comportements sociaux pendant un test comportemental s'en trouvent également améliorés. Les deux méthodes ne diffèrent cependant pas au niveau des différentes mesures de l'anxiété. Enfin, les auteurs comparent les groupes recevant un traitement adapté à leur type de réponse aux situations anxiogènes, soit l'entraînement aux habiletés sociales pour les sujets à réactions surtout comportementales et la relaxation pour les sujets à réactions surtout somatiques, avec les groupes recevant un traitement opposé à leur type de réponse aux situations anxiogènes, soit l'entraînement à la relaxation pour les sujets à réactions surtout comportementales et l'entraînement aux habiletés sociales pour les sujets à réactions surtout somatiques. Ils constatent que les sujets des premiers groupes s'améliorent significativement plus que les sujets des seconds groupes. Les auteurs en concluent que la procédure de traitement de l'anxiété sociale doit être choisie en fonction du client. Ici également, l'absence d'un groupe contrôle affaiblit la crédibilité des conclusions des auteurs.

Comparaison avec la psychothérapie et les groupes de discussion. Argyle et al. (1974) trouvent des effets non-significatifs et similaires à l'entraînement aux habiletés sociales et à la psychothérapie.

Falloon et al. (1977) comparent deux groupes d'entraînement aux habiletés sociales avec un groupe de discussion. Tous les groupes bénéficient de matériel didactique sur les principes d'une bonne performance sociale, de discussions de groupe, d'exercices à réaliser en dehors des sessions, d'instructions sur comment contrôler leur anxiété à l'aide de la relaxation, de verbalisations constructives et d'exposition. Ce qui distingue les trois groupes est la présence ou non d'entraînement aux habiletés sociales et le type de devoirs. Les sujets du groupe de discussion et ceux du premier groupe d'entraînement aux habiletés sociales doivent à la fin de chaque session se choisir un exercice à réaliser au cours de la semaine. À la session suivante, ils décrivent en détail leurs efforts de la semaine et sont félicités pour les succès obtenus. Ils tiennent également un journal des événements qu'ils considèrent plaisants. Leur humeur est également évaluée par un proche. Les sujets du deuxième groupe d'entraînement aux habiletés sociales bénéficient d'exercices plus structurés. Ils tiennent un journal quotidien où ils inscrivent la fréquence avec laquelle ils affrontent leurs situations sociales-cibles ainsi que le degré de difficulté qu'ils y rencontrent. Pour chaque exercice complété, ils s'allouent des points pouvant être échangés contre des privilèges. Ils sont également félicités pour leurs efforts entre les sessions par un proche et à chaque session par les membres du groupe.

Les sujets des trois groupes s'améliorent de façon significative entre le pré-test, le post-test et la relance à la majorité des mesures y compris les mesures ayant trait à l'anxiété sociale. Il n'y a pas de différences significatives entre les trois traitements au niveau de l'anxiété et de l'évitement dans les situations sociales en général et dans les

situations problématiques pour chaque sujet. Au post-test, mais non à la relance, les deux groupes d'entraînement aux habiletés sociales ont significativement plus de succès que le groupe de discussion au niveau de la fréquence avec laquelle les sujets affrontent les situations problématiques. Une faible différence est trouvée à la relance au niveau de l'anxiété éprouvée dans les situations problématiques en faveur du groupe d'entraînement avec exercices structurés par rapport au groupe de discussion.

Il semble donc que l'entraînement aux habiletés sociales a des effets similaires à ceux obtenus par un groupe de discussion. Il faut cependant prendre en considération le fait que les sujets des trois groupes bénéficient d'exercices d'exposition ainsi que d'instructions sur l'utilisation dans les situations où ils sont anxieux de la relaxation et de verbalisations constructives. Ces composantes communes peuvent être responsables des résultats observés et masquer les effets des procédures propres à chaque groupe. Il apparaît également que l'auto-observation des exercices quotidiens, de même que le renforcement matériel et social, ne soit pas supérieur à la simple autodétermination des exercices et au renforcement social fourni par les membres du groupe à chaque session.

Effet de l'ajout d'un autre traitement

Ajout d'un traitement pharmacologique. Falloon et al. (1981) vérifient l'effet de l'ajout d'un traitement pharmacologique à l'entraînement aux habiletés sociales. Un groupe reçoit du propranolol et l'autre groupe un placebo. Le traitement est administré par des non-professionnels de façon massive à raison de deux sessions de six heures. Des exercices *in vivo* en compagnie du thérapeute et des devoirs à réaliser en compagnie d'autres sujets entre les deux sessions s'ajoutent à l'entraînement aux habiletés sociales. Les deux groupes s'améliorent très significativement entre le pré-test, le post-test et la relance aux niveaux de l'anxiété sociale, de la difficulté éprouvée dans les situations sociales problématiques, ainsi que de la fréquence de participation à ces situations. Les sujets se disent très satisfaits du traitement et forment par la suite un groupe d'entraide. Il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes; la médication n'affecte pas l'efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales. Il est toutefois difficile de juger quel est l'effet de l'entraînement aux habiletés sociales en raison de l'absence d'un groupe contrôle et de l'ajout d'autres procédures potentiellement très efficaces telles que l'exposition *in vivo*.

Ajout d'un traitement cognitif. Stravynski et al. (1982) comparent deux groupes soumis à un entraînement aux habiletés sociales. L'un d'eux reçoit de plus un traitement de type cognitif. Dans les deux groupes, l'introduction du traitement produit une réduction significative et équivalente de l'anxiété sociale et des pensées irrationnelles ainsi qu'une augmentation de la fréquence d'exposition aux situations problématiques-cibles. Les effets des traitements ne se généralisent pas aux situations non traitées. L'entraînement aux habiletés sociales ne s'avère par conséquent pas plus efficace si on lui ajoute une procédure de modification des pensées. Il faut cependant souligner que la répartition du temps de traitement semble favoriser l'entraînement aux habiletés sociales. En effet, un groupe reçoit 90 minutes par session d'entraîne-

ment aux habiletés sociales; dans l'autre groupe, 30 de ces 90 minutes sont consacrées à la procédure cognitive. Il est possible que ces 30 minutes soient insuffisantes pour produire un effet significatif.

Ajout de l'entraînement à l'auto-modification. Dam-Baggen et Kraaimaat (1986) comparent un groupe contrôle à un groupe soumis à un entraînement aux habiletés sociales et à l'auto-modification du comportement. L'entraînement à l'auto-modification comprend l'apprentissage de l'auto-observation des comportements et des évènements sociaux. L'auto-détermination de la progression d'approche des situations sociales, l'auto-évaluation des comportements pratiqués à l'aide de standards auto-déterminés, l'auto-renforcement et, enfin, la résolution de problèmes. Tout au long de l'étude, les sujets des deux groupes continuent de recevoir les traitements habituels dispensés en milieu hospitalier: médication, groupes de discussion, ergothérapie,.... Les deux groupes s'améliorent de façon significative au niveau de l'anxiété et des habiletés sociales. Cet effet est significativement plus important pour le groupe de traitement. L'étude ne permet pas d'évaluer si l'une ou l'autre ou encore la combinaison des procédures est responsable des effets obtenus puisqu'il n'y a pas de groupe recevant uniquement l'entraînement aux habiletés sociales.

Synthèse des comparaisons

Deux études (Argyle & al., 1974; Marzillier & al., 1976) faisant appel à l'entraînement aux habiletés sociales pour traiter l'anxiété n'ont obtenu pas d'effet positif sur l'anxiété des sujets, ni de différence significative avec un groupe contrôle, de discussion ou de psychothérapie. Quatre autres études (Hall & Goldberg, 1977; Ost & al., 1981; Shaw, 1979; Stravynski & al., 1982) rapportent des améliorations significatives au niveau de l'anxiété sociale de leurs sujets mais on ignore comment leur traitement se serait comparé à l'absence de traitement. Trower et al. (1978) obtiennent des gains statistiquement significatifs mais faibles et ne peuvent comparer ces résultats à ceux qu'aurait obtenu un groupe contrôle. Enfin, les études de Falloon (1977, 1981) et de Dam-Baggen et Kraaimaat (1986) ne permettent pas d'isoler l'effet propre de l'entraînement aux habiletés sociales, cette procédure étant associée à plusieurs autres traitements potentiellement efficaces. Aucune étude ne démontre donc clairement la supériorité de l'entraînement aux habiletés sociales utilisé seul par rapport à la mise sur liste d'attente.

Il y a lieu de se questionner sur l'ampleur des effets de cette procédure lorsqu'elle est utilisée seule. Des huit études dans lesquelles l'entraînement aux habiletés sociales n'est pas combiné à d'autres formes de traitement, seule celle de Shaw (1979) indique des effets cliniquement significatifs. Dans les sept autres études, ou bien on ne lui trouve pas d'effet statistiquement significatif, ou bien on obtient des changements statistiquement significatifs entre le pré-test et le post-test mais ceux-ci ne peuvent être comparés aux changements qui auraient été obtenus chez un groupe contrôle.

La comparaison entre l'entraînement aux habiletés sociales et la désensibilisation systématique ne permet pas d'affirmer clairement la supériorité d'une des procédures sur l'autre. Deux études, celles de Marzillier et al. (1976) et de Trower et al. (1978), les trouvent équivalentes et peu ou pas efficaces. Deux autres, celles de Hall et Gold-

berg (1977) et de Shaw (1979), les trouvent équivalentes et efficaces. Rappelons que l'étude de Marzillier et al. (1976) est la seule où on retrouve un groupe contrôle.

Cette diversité dans les résultats et les apparences contradictoires au niveau des conclusions formulées par les auteurs de ces recherches pourraient en partie s'expliquer par certaines des composantes présentées sous l'étiquette d'entraînement aux habiletés sociales, plus particulièrement les exercices à réaliser entre les sessions. La plupart des études incluent des exercices d'exposition *in vivo* à réaliser entre les sessions de traitement. Or, comme nous le verrons plus loin, l'exposition *in vivo* apparaît comme une procédure potentiellement efficace pour réduire l'anxiété sociale. Il est donc possible que les études où l'entraînement aux habiletés sociales s'est avérée efficace soient celles où les thérapeutes ont mis une emphase particulière sur ces exercices. Il faudrait donc vérifier l'apport particulier de ces exercices à l'efficacité de la procédure d'entraînement aux habiletés sociales.

La pertinence d'utiliser l'entraînement aux habiletés sociales auprès de patients dont le principal problème est l'anxiété sociale n'a pas été démontrée. Il apparaît nécessaire d'évaluer l'efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales dans le cadre d'études avec groupe contrôle et auprès de populations aux habiletés sociales mais ne possédant pas de déficits au niveau du répertoire des habiletés sociales. En effet, l'étude de Trower et al. (1978) distingue les phobiques sociaux des sujets inhabiles socialement. Cela laisse supposer qu'anxiété sociale et déficits au niveau du répertoire des habiletés sociales ne vont pas nécessairement de pair. Or, les fondements théoriques de l'entraînement aux habiletés sociales auprès des phobiques sociaux supposent que l'anxiété sociale est le fruit d'un manque d'habiletés sociales. Il y a donc lieu de s'interroger sur l'efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales auprès de sujets anxieux mais habiles socialement.

Les traitements visant le déconditionnement ou le contrôle de l'anxiété

Description des traitements

La désensibilisation systématique et l'immersion en imagination. Plusieurs études (Hall & Goldberg, 1977; Kanter & Goldfried, 1979; Marzillier & al., 1976; Shaw, 1979; Trower & al., 1978) évaluent l'effet de la désensibilisation systématique sur l'anxiété sociale. Comme pour l'entraînement aux habiletés sociales, les composantes du traitement varient d'une étude à l'autre; certaines d'entre elles peuvent avoir un impact sur l'efficacité du traitement.

Kanter et Goldfried (1979) utilisent une hiérarchie standard pour l'ensemble des sujets plutôt qu'une hiérarchie individualisée. Kanter et Goldfried (1979) ainsi que Hall et Goldberg (1977) effectuent le traitement en groupe; ces deux études rapportent des discussions de groupe ainsi que la recommandation aux sujets d'utiliser la relaxation dans les situations sociales. Kanter et Goldfried (1979) appellent leur traitement auto-désensibilisation systématique. Cette procédure est similaire à la désensibilisation systématique à l'exception du fait que c'est le client qui s'auto-

administrer la partie désensibilisation du traitement. Marzillier et al. (1976) ainsi que Trower et al. (1978) demandent à leurs sujets de s'exposer à des situations spécifiques entre les sessions de traitement.

Seul Shaw (1979) évalue l'effet de l'immersion en imagination. Heimberg et al. (1985) incluent l'exposition en imagination dans leur programme de traitement mais n'en vérifient pas spécifiquement l'efficacité.

L'entraînement à la relaxation. Trois études (Alstrom & al., 1984; Jerremalm & al., 1986; Ost & al., 1981) évaluent l'efficacité de la relaxation comme traitement de l'anxiété sociale. Alstrom et al. (1984) documentent peu d'information sur ce qu'ils appellent la thérapie par la relaxation. Comme pour tous leurs groupes expérimentaux, les sujets sont avisés de s'exposer aux situations anxiogènes entre les sessions. Ost et al. (1981) fournissent plus de détails sur leur procédure. Celle-ci inclut l'entraînement à la relaxation progressive, à la relaxation contrôlée par indice, à la relaxation différentielle, l'application de la relaxation lors de jeux de rôle, la pratique de la relaxation et les auto-observations à la maison.

Comparaison avec l'absence de traitement

La désensibilisation systématique versus l'absence de traitement. Deux études (Kanter & Goldfried, 1979; Marzillier & al., 1976) comparent la désensibilisation systématique et l'auto-désensibilisation systématique à l'absence de traitement. Comme nous l'avons vu plus haut, Marzillier et al. (1976) n'obtiennent pas de diminution de l'anxiété ni de changements du tableau clinique chez leurs sujets. La désensibilisation systématique produit cependant un accroissement de la fréquence des contacts sociaux significativement supérieur à celui obtenu dans le groupe contrôle. Les auteurs soulignent que le traitement est peu apprécié des sujets et que peu d'entre eux se sont présentés pour la relance. Dans l'étude de Kanter et Goldfried (1979), les sujets recevant une auto-désensibilisation systématique de même que les sujets des deux autres groupes de traitement s'améliorent significativement plus que les sujets de la liste d'attente à plusieurs mesures de l'anxiété. Selon Emmelkamp (1982), ces améliorations sont cependant peu importantes cliniquement.

L'entraînement à la relaxation versus l'absence de traitement. Alstrom et al. (1984) ainsi que Jerremalm et al. (1986) comparent les effets de la relaxation à l'absence de traitement. Alstrom et al. (1984) n'obtiennent de changements à aucune mesure chez les sujets du groupe contrôle (thérapie de base comprenant médication anxiolytique et avis sur l'exposition) et chez ceux ayant reçu une thérapie de base et une thérapie par la relaxation. Dans l'étude de Jerremalm et al. (1986), l'entraînement à la relaxation produit des résultats différents selon qu'il est appliqué à des sujets dont l'anxiété se manifeste de façon surtout cognitive ou à des sujets chez qui elle prend une forme surtout somatique. Chez les premiers, elle entraîne une baisse de l'anxiété tant pendant un test comportemental d'interaction sociale qu'aux différents questionnaires. Une amélioration aux mesures cognitives et comportementales est également notée. De plus, elle s'avère significativement supérieure à la mise sur liste d'attente. Chez le second groupe de sujets, contrairement à l'hypothèse de traitement, l'entraînement à la relaxation apparaît inefficace. Il n'affecte pas l'anxiété éprouvée pendant le test

comportemental d'interaction sociale, ni les résultats aux différents questionnaires sur l'anxiété et les cognitions. Il entraîne cependant des changements positifs aux mesures comportementales et physiologiques pendant le test d'interaction sociale. La relaxation utilisée seule apparaît donc relativement inefficace pour modifier l'anxiété sociale, du moins chez les sujets pour qui l'anxiété se manifeste de façon surtout somatique.

Comparaison avec les autres traitements

La désensibilisation systématique versus les autres traitements. La désensibilisation systématique a déjà été comparée à l'entraînement aux habiletés sociales plus haut. Cette comparaison n'est donc pas reprise ici.

Kanter et Goldfried (1979) comparent l'auto-désensibilisation systématique à la restructuration cognitive. Sur 19 des mesures de l'anxiété et des pensées irrationnelles, on trouve trois différences significatives en faveur du groupe recevant la restructuration cognitive. Cette dernière entraîne également une meilleure généralisation que la désensibilisation systématique. Cependant, ni l'une, ni l'autre des procédures ne favorise de changements comportementaux.

La relaxation versus les autres traitements. La relaxation est comparée à l'entraînement aux habiletés sociales plus haut.

Jerremalm et al. (1986) comparent la relaxation à l'entraînement aux auto-instructions chez deux groupes de sujets, les sujets réagissant aux situations anxiogènes de façon surtout somatique et les sujets dont les réactions sont surtout cognitives. Les deux procédures produisent des effets significatifs et équivalents au niveau des mesures comportementales. Chez les sujets réagissant aux situations anxiogènes de façon surtout somatique, l'entraînement aux auto-instructions s'avère équivalent à la relaxation aux mesures de l'anxiété recueillies pendant un test comportemental et supérieur à la relaxation à deux des sept questionnaires sur l'anxiété. Chez les sujets réagissant aux situations anxiogènes de façon surtout cognitive, l'entraînement aux auto-instructions produit des changements équivalents à ceux de la relaxation aux mesures de l'anxiété pendant un test comportemental; le premier traitement est supérieur au second à trois des sept questionnaires sur l'anxiété. Seuls les groupes recevant l'entraînement aux auto-instructions affichent des différences significatives avec le groupe contrôle. L'entraînement aux auto-instructions apparaît donc légèrement plus efficace que l'entraînement à la relaxation.

Alstrom et al. (1984) comparent la relaxation à l'exposition *in vivo* et à une thérapie psychodynamique. Les scores de changement n'indiquent, ni au post-test, ni à la relance, de différences significatives entre la thérapie psychodynamique et la relaxation. Contrairement aux sujets traités par la relaxation, les sujets du groupe avec thérapie psychodynamique voient leur anxiété diminuer de façon significative entre le pré-test et la post-test. L'exposition *in vivo* s'avère plus efficace que la relaxation à toutes les mesures de l'anxiété du post-test; cet avantage disparaît à la relance.

Effet de l'ajout d'autres procédures

Kanter et Goldfried (1979) comparent un groupe recevant l'auto-désensibilisation systématique à un groupe recevant une combinaison de restructuration cognitive et d'auto-désensibilisation systématique. Une analyse des différences entre les scores au pré-test et ceux au post-test indique un changement significatif à 10 variables lorsque l'auto-désensibilisation systématique est utilisée seule et à 16 variables lorsqu'on lui adjoint la restructuration cognitive. Une analyse de variance inter-groupes des scores de changement ne révèle des différences significatives entre les deux groupes qu'à deux des 19 mesures de l'anxiété. Il semble donc que la restructuration cognitive accroît légèrement l'efficacité de l'auto-désensibilisation systématique mais que cette différence ne soit pas significative.

Synthèse des comparaisons

Il s'avère difficile de juger de l'efficacité de la désensibilisation systématique. Dans l'étude de Marzillier et al. (1976), elle se révèle équivalente à l'absence de traitement. Certains auteurs (Hall & Goldberg, 1977; Shaw, 1979; Trower & al., 1978) lui trouvent des effets équivalents à ceux obtenus avec l'entraînement aux habiletés sociales mais l'absence de groupe contrôle dans ces études ne permet pas de déterminer avec précision la source de tels effets. Il faut souligner que la désensibilisation systématique semble peu crédible aux yeux des clients puisque plusieurs abandonnent le traitement en cours de route et ne se présentent pas à la relance. Enfin, elle se compare peu avantageusement à la restructuration cognitive, cette dernière étant plus efficace pour modifier l'anxiété sociale; de plus, elle n'en améliore pas l'efficacité lorsque les deux procédures sont combinées.

La relaxation utilisée seule ne semble pas non plus un instrument de choix pour traiter l'anxiété sociale. Comparée à l'absence de traitement, elle ne s'est pas avérée efficace pour réduire l'anxiété et modifier les pensées irrationnelles (Alstrom & al., 1986; Jerremalm & al., 1986), sauf chez les sujets dont l'anxiété se manifeste de façon surtout cognitive. Son efficacité est également moindre que celle de la thérapie dynamique et de l'exposition *in vivo*. La relaxation s'avère cependant plus efficace que l'absence de traitement (Jerremalm & al., 1986) pour modifier le comportement de même que les indices physiologiques chez les sujets dont l'anxiété se traduit surtout par des manifestations physiologiques. Il est possible que la relaxation soit indiquée pour certains sujets: en effet Ost et al. (1981) trouvent que les sujets affichant de fortes manifestations somatiques lorsqu'ils sont anxieux voient leur anxiété diminuer suite à un entraînement à la relaxation.

Les méthodes de modification des pensées*Description des traitements*

La restructuration cognitive et la thérapie rationnelle-émotive. Heimberg et al. (1985) de même que Kanter et Goldfried (1979) utilisent la restructuration cognitive. Les sujets de Kanter et Goldfried (1979) sont d'abord entraînés à l'imagerie. Pendant les sessions de traitement, ils visualisent des scènes anxieuses ordonnées selon une hiérarchie, identifient leurs pensées irréalistes ou défaitistes, les discutent et les remplacent par des pensées plus raisonnables et positives. Ces pensées adaptées de même que l'anxiété ressentie avant et après la visualisation de la scène sont notées. Les sujets doivent utiliser leurs nouvelles pensées lorsqu'ils font face à des situations anxieuses en dehors des séances de traitement. Ils doivent également recueillir des auto-observations. Dans l'étude de Heimberg et al. (1985), la procédure ne comprend que l'identification et la discussion des pensées irréalistes ou défaitistes. Elle est utilisée pendant des séances d'exposition *in vivo*. Les sujets doivent la pratiquer en dehors des sessions de traitement. La thérapie rationnelle-émotive utilisée par Emmelkamp et al. (1985) semble s'apparenter à la restructuration cognitive puisqu'elle est décrite comme étant la discussion des pensées irrationnelles. L'auteur nous référant à un ouvrage inédit pour une description du traitement, il est impossible d'en préciser les détails.

La procédure de modification cognitive utilisée par Stravynski et al. (1982) utilise certains éléments de la restructuration cognitive. Elle comprend une analyse en cinq étapes d'événements où les sujets ont éprouvé de l'anxiété: l'identification et la description des antécédents à l'anxiété; les pensées irrationnelles qui sont associées à la situation; l'identification de l'émotion ressentie; la discussion des pensées irrationnelles et l'établissement d'un nouveau plan d'action. Les sujets doivent utiliser cette procédure entre les sessions lorsqu'ils ressentent de l'anxiété sociale.

L'entraînement aux auto-instructions. Jerremalm et al. (1986) vérifient l'efficacité de l'entraînement aux auto-instructions. Il s'agit d'une variante de l'entraînement à l'inculcation contre le stress de Meichenbaum (1985). Les sujets apprennent à substituer les pensées négatives qui leur viennent avant et pendant les situations sociales anxieuses par des auto-verbalisations adaptatives. En dehors des sessions, ils tiennent un journal des situations où ils ont ressenti de l'anxiété. Pendant les sessions, ils préparent avec le thérapeute un script des pensées adaptatives leur permettant de se préparer à ces situations, d'y rester et agir et enfin d'y réfléchir une fois celles-ci terminées. Le script est pratiqué en imagination, puis en jeu de rôle et enfin dans la situation réelle à l'occasion d'exercices.

Emmelkamp et al. (1985) utilisent également l'entraînement aux auto-instructions. Ils donnent très peu d'informations sur la procédure utilisée, référant le lecteur à un ouvrage inédit. Il est donc impossible de savoir si celle-ci est semblable à celle utilisée par Jerremalm et al. (1986).

Tableau 2
Composantes de l'exposition *in vivo*
selon les études

Composantes	Étude			
	Astrom et al. (1984)	Butler et al. (1984)	Emmelkamp et al. (1985)	Heimberg et al. (1985)
Cibles de traitement individualisées	?	X	?	X
Thérapie de groupe	?	-	X	X
Présence du thérapeute pendant l'exposition	X	-	X	X
Hierarchie des situations d'exposition	X	X	-	-
Jeux de rôle	-	-	X	X
Exercices d'exposition entre les sessions	-	X	X	X
Auto-observations	-	-	X	X

Comparaison avec l'absence de traitement

Les études de Astrom et al. (1984) et de Butler et al. (1984) comparent l'exposition *in vivo* avec l'absence de traitement. Dans la première étude, les sujets bénéficiant de l'exposition *in vivo* s'améliorent significativement plus que les sujets du groupe contrôle tant aux mesures de l'anxiété qu'à celles de l'évitement. Cette différence entre les deux groupes se maintient neuf mois après le post-test. Les auteurs soulignent que les clients du groupe d'exposition étaient pratiquement débarrassés de leurs difficultés au post-test et à la relance, même lorsque celles-ci étaient graves au départ.

Butler et al. (1984) comparent les résultats de trois procédures: la mise sur une liste d'attente, l'exposition *in vivo* assortie d'une thérapie associative, l'exposition *in vivo* combinée à une procédure de gestion de l'anxiété. La thérapie associative est choisie en raison de son inefficacité démontrée. Elle sert de procédure contrôle assurant que le temps de traitement entre les deux groupes d'exposition *in vivo* soit le même. Au post-test, les sujets des deux groupes d'exposition *in vivo* s'améliorent davantage que les sujets du groupe contrôle à diverses mesures de l'anxiété sociale et au niveau de l'ajustement général. Il faut toutefois signaler que les sujets du groupe contrôle s'améliorent significativement à une des quatre mesures de l'anxiété. Les auteurs signalent que ces sujets contrôles affichaient au pré-test plus d'anxiété à cette mesure que les sujets des groupes de traitement; ce score a décliné pendant la période

d'attente pour atteindre les niveaux pré-traitement des groupes recevant l'exposition *in vivo*. Une comparaison des scores de changement obtenus par chaque groupe au post-test et à la relance indique des différences significatives aux mesures de l'anxiété et de la dépression entre les groupes d'exposition *in vivo* d'une part et le groupe contrôle d'autre part. Par contre, aucune différence significative n'est signalée entre les trois groupes au niveau de la fréquence des activités sociales.

Comparaison avec les autres traitements

Astrom et al. (1986) comparent l'exposition *in vivo* avec la relaxation et la thérapie dynamique. La comparaison avec la relaxation apparaît plus haut. L'exposition *in vivo* s'avère plus efficace que la thérapie dynamique à la plupart des mesures de l'anxiété au post-test. Il n'existe pas de différences significatives entre les deux procédures aux mesures de l'évitement et aux mesures de l'anxiété à la relance. Les auteurs ordonnent les quatre traitements par ordre décroissant d'efficacité de la façon suivante: exposition *in vivo*, thérapie dynamique, relaxation, thérapie de base (contrôle). Emmelkamp et al. (1985) comparent l'exposition *in vivo* à la thérapie rationnelle-émotive et à l'entraînement aux auto-instructions. Les résultats de cette comparaison apparaissent plus haut.

Effet de l'ajout de procédures

Butler et al. (1984) comparent l'exposition *in vivo* accompagnée d'un entraînement à la gestion de l'anxiété avec l'exposition *in vivo* accompagnée de la thérapie associative, un traitement prouvé inefficace. L'entraînement à la gestion de l'anxiété est une procédure devant permettre aux sujets de s'attaquer à leur anxiété dès ses premiers signes et éviter ainsi que les symptômes de l'anxiété n'entraînent un accroissement de cette dernière. Celle-ci comprend trois éléments: entraînement à la relaxation progressive, distraction, auto-verbalisations rationnelles. Cette dernière composante consiste à identifier les pensées irrationnelles et défaitistes et à les remplacer par des pensées constructives; il s'agit donc là d'une procédure de modification des pensées. Le traitement se réalise en thérapie individuelle.

Les résultats du post-test n'indiquent pas de différence significative aux mesures de l'anxiété entre le groupe recevant l'exposition *in vivo* seule et le groupe recevant l'exposition *in vivo* plus l'entraînement à la gestion de l'anxiété. Contrairement au groupe recevant exposition et thérapie associative, le groupe d'exposition avec gestion de l'anxiété se distingue du groupe contrôle à deux mesures de l'anxiété sociale. Cette différence s'accroît entre le post-test et la relance six mois plus tard. À la relance, le groupe avec gestion de l'anxiété obtient des résultats significativement meilleurs à l'autre groupe à deux mesures de l'anxiété soit l'évaluation faite par le sujet de la sévérité de sa phobie et une mesure de l'évitement. Butler et al. (1984) ajoutent qu'aucun des quinze sujets du groupe d'exposition avec gestion de l'anxiété n'a demandé de traitement supplémentaire alors que six (40%) de ceux ayant reçu l'exposition et la thérapie associative l'ont fait à l'intérieur des douze mois suivant la fin du traitement.

Comparaison avec l'absence de traitement

Kanter et Goldfried (1979) comparent la restructuration cognitive à la mise sur liste d'attente. Cette procédure se révèle significativement supérieure à la liste d'attente, notamment au niveau de la réduction de l'anxiété et des pensées irrationnelles et au niveau de l'amélioration du comportement pendant un test comportemental d'interaction sociale.

Jerremalm et al. (1986) comparent l'entraînement aux auto-instructions à la mise sur liste d'attente. Le traitement s'avère significativement supérieur à l'absence de traitement, tant chez les sujets aux réactions surtout somatiques que chez ceux dont les réactions sont davantage cognitives, et ce aux mesures comportementales et cognitives, aux auto-évaluations de l'anxiété pendant un test comportemental et à environ la moitié des sept questionnaires mesurant différents aspects de l'anxiété et de l'ajustement des sujets.

Comparaison aux autres traitements

La comparaison de la restructuration cognitive avec l'auto-désensibilisation systématique et de l'entraînement aux auto-instructions avec la relaxation apparaissent plus haut dans la section sur les traitements visant le déconditionnement ou le contrôle de l'anxiété.

Emmelkamp et al. (1985) comparent l'entraînement aux auto-instructions avec la thérapie rationnelle-émotive et l'exposition *in vivo*. Au post-test, les trois traitements produisent chez les sujets une diminution significative de l'anxiété. À la relance, un mois après le post-test, le groupe d'exposition *in vivo* affiche des améliorations significatives à plus de mesures de l'anxiété que les deux traitements cognitifs. La thérapie rationnelle-émotive est supérieure à l'entraînement aux auto-instructions, montrant des changements significatifs à une des trois mesures de l'anxiété alors que le second traitement n'en démontre aucun. Tant au post-test qu'à la relance, seuls les deux traitements cognitifs entraînent un changement des pensées irrationnelles des sujets.

Effet de l'ajout d'autres procédures

Seule l'étude de Kanter et Goldfried (1979) compare les effets de la combinaison d'une procédure de modification des pensées et d'un autre type de traitement à la modification de pensées utilisée seule. La restructuration cognitive ne voit pas son efficacité accrue par l'ajout d'une procédure de déconditionnement de l'anxiété, à savoir l'auto-désensibilisation systématique.

Synthèse des comparaisons

La restructuration cognitive est plus efficace que la mise sur liste d'attente et que l'auto-désensibilisation systématique (Kanter & Goldfried, 1979). L'entraînement aux auto-instructions est significativement supérieur à la mise sur liste d'attente (Jerremalm & al., 1985) mais moins efficace que la thérapie rationnelle-émotive

lorsqu'on considère l'effet sur l'anxiété sociale (Emmelkamp & al., 1985). La thérapie rationnelle-émotive de même que l'entraînement aux auto-instructions surpassent l'exposition *in vivo* en ce qui a trait à la modification des pensées irrationnelles mais lui sont équivalentes en ce qui a trait à l'effet sur l'anxiété.

Il semble donc que les méthodes cognitives, particulièrement celles comprenant l'identification et le remplacement des pensées irrationnelles et défastistes (i.e. la restructuration cognitive et la thérapie rationnelle-émotive), constituent des traitements efficaces de l'anxiété sociale et des pensées irrationnelles qui lui sont associées. Les méthodes cognitives n'ont pas été comparées à l'entraînement aux habiletés sociales. Bien que l'étude de Stravynski et al. (1982) ne permette pas cette comparaison, elle suggère que la modification cognitive ne soit pas supérieure à l'entraînement aux habiletés sociales. En effet, l'addition d'une procédure de modification cognitive à cette dernière n'en accroît pas l'efficacité.

*L'exposition in vivo**Description du traitement*

L'exposition *in vivo* consiste à exposer le client aux situations spécifiques où il éprouve de l'anxiété et ce jusqu'à ce que cette dernière diminue. Trois études (Alstrom & al., 1984; Butler & al., 1984; Emmelkamp & al., 1985) évaluent l'efficacité de cette procédure. Heimberg et al. (1985) l'incluent dans leur ensemble de procédures sans toutefois en vérifier l'apport spécifique.

La façon d'utiliser la procédure varie d'un auteur à l'autre en ce qui a trait aux composantes suivantes: cibles de traitement individualisées versus exposition aux mêmes situations pour tous les sujets, thérapie individuelle ou de groupe, présence du thérapeute lors des séances d'exposition, hiérarchisation des situations d'exposition, exposition dans le cadre de jeux de rôle au cours des sessions de groupe, auto-observations entre les sessions. Le tableau 2 identifie les composantes de l'exposition *in vivo* pour chacune des études.

Butler et al. (1984) mettent l'emphasis sur l'auto-traitement. La tâche des thérapeutes est l'identification d'exercices d'exposition appropriés pour chacun des clients. Ces derniers doivent réaliser les exercices particuliers recommandés pendant au moins une heure par jour. Contrairement aux autres études où l'exposition *in vivo* est utilisée, le thérapeute n'est pas présent pendant l'exposition. Emmelkamp et al. (1985) de même qu'Heimberg et al. (1985) donnent aussi pour devoirs des exercices précis et individualisés à réaliser en dehors des sessions. Les études apparaissent assez homogènes en ce qui a trait au type d'exercices.

Synthèse des comparaisons

L'exposition *in vivo* apparaît comme un traitement efficace de l'anxiété sociale. Aucune des études recensées ne rapporte de résultats négatifs au niveau de l'anxiété ressentie par les sujets dans les situations sociales. Cette procédure apparaît significativement supérieure à l'absence de traitement (Butler & al., 1984) ou au traitement de base habituellement fourni par le milieu psychiatrique (Alstrom & al., 1986). Elle s'avère significativement supérieure aussi à la relaxation et à la thérapie dynamique (Alstrom & al., 1986) et à deux procédures cognitives, la thérapie rationnelle-émotive et l'entraînement aux auto-instructions (Emmelkamp & al., 1985). L'exposition utilisée seule ne semble pas cependant affecter les croyances et les attitudes des sujets (Butler & al., 1984; Emmelkamp & al., 1985). Son efficacité pour réduire l'anxiété sociale et modifier l'attitude des sujets s'accroît lorsqu'on lui ajoute une méthode de gestion de l'anxiété comprenant la distraction, la relaxation et la discussion des pensées irrationnelles.

Conclusions et recommandations

L'entraînement aux habiletés sociales, les traitements visant le déconditionnement ou le contrôle de l'anxiété, les procédures de modification des pensées et l'exposition *in vivo* font partie de l'arsenal des traitements expérimentés jusqu'à maintenant pour réduire l'anxiété sociale. La revue de 17 articles où l'efficacité de ces traitements est analysée indique que les procédures cognitives, en particulier la restructuration cognitive et la thérapie rationnelle-émotive, et surtout l'exposition *in vivo* constituent des traitements efficaces de l'anxiété sociale. En effet, dans toutes les études où elles sont évaluées, ces procédures ont un effet significatif sur l'anxiété. De plus, elles se comparent toujours avantageusement au groupe contrôle lorsqu'il y en a un. L'exposition *in vivo* est plus efficace que toutes les procédures auxquelles elle a été comparée, soit la relaxation, la thérapie dynamique et la restructuration cognitive. Les procédures cognitives surpassent toutes les procédures de déconditionnement ou de contrôle de l'anxiété auxquelles on les a confrontées. Des études additionnelles sont cependant requises pour valider l'efficacité des méthodes cognitives et de l'exposition *in vivo* dans le traitement de l'anxiété sociale. En effet, la revue actuelle ne recense que cinq études portant sur les traitements cognitifs et quatre sur l'exposition *in vivo*. Les effets de l'entraînement aux habiletés sociales sont plus ambigus. Dans certains cas, une telle formule d'intervention n'affecte pas l'anxiété des clients. Dans les études où on rapporte une diminution de l'anxiété, l'effet est parfois faible; ou encore, il est difficile d'évaluer si c'est bien l'entraînement aux habiletés sociales qui est responsable de l'effet en raison de l'absence d'un groupe contrôle ou de l'ajout de comparaisons pouvant être responsables de l'effet observé. Compte tenu de l'intérêt que cette procédure a suscité dans la littérature, il serait souhaitable de voir une étude bien contrôlée où l'entraînement aux habiletés sociales est comparé à l'exposition *in vivo*, à une procédure cognitive et à un groupe contrôle.

La désensibilisation systématique a été moins étudiée que l'entraînement aux habiletés sociales. La présente recension fait état de seulement cinq études où la désensibilisation systématique est utilisée pour traiter l'anxiété sociale. Les conclusions tirées de ces études s'apparentent à celles fournies en rapport avec l'entraînement aux habiletés sociales. Lorsque la désensibilisation systématique n'est pas trouvée équivalente à l'absence de traitement, son effet est qualifié de faible ou encore est obtenu dans le cadre d'une étude sans groupe contrôle. De plus, elle apparaît peu appréciée des clients.

Dans les trois études où elle est évaluée, la relaxation utilisée seule apparaît en général inefficace pour traiter l'anxiété sociale. Ses effets se sont démontrés inférieurs à ceux de groupes contrôles et de tous les autres traitements auxquels elle a été comparée. Seuls les sujets manifestant leur anxiété de façon surtout somatique semblent en bénéficier; c'est là le seul cas où la relaxation se démontre supérieure à un autre traitement, en l'occurrence un entraînement aux habiletés sociales. La relaxation pourrait cependant contribuer à l'efficacité d'autres formes de traitement puisque quelques auteurs (Butler & al., 1984; Falloon & al., 1977) l'incluent dans un programme de traitement s'étant révélé efficace.

Plusieurs facteurs affectent la fiabilité des conclusions de cette revue de la littérature sur les thérapies comportementales de l'anxiété et des phobies sociales. D'abord, le nombre d'articles recensés est restreint. Certaines procédures n'ont fait l'objet que de quelques études et n'ont pas été comparées à des traitements couramment utilisés. Ainsi l'exposition *in vivo* se retrouve dans seulement trois articles et n'a été confrontée à l'entraînement aux habiletés sociales dans aucun de ceux-ci. Près de deux tiers des études révisées ne possèdent pas de groupe contrôle. Les populations étudiées sont hétérogènes au niveau du diagnostic, de l'importance de l'anxiété sociale parmi les difficultés du client et de la médication prise par les sujets. Deux études (Ferrel & al., 1986; Ost & al., 1981) n'ont pas de relance; quatre autres (Dam-Baggen & al., 1986; Emmelkamp & al., 1985; Hall & Goldberg, 1977; Kanter & Goldfried, 1979) ont des relances de trois mois et moins. La façon d'utiliser un type de traitement particulier varie d'un auteur à l'autre. Cela est particulièrement vrai des études portant sur l'entraînement aux habiletés sociales où on ne retrouve pas moins de 13 différentes composantes ou variantes pouvant s'ajouter à la procédure de base. Enfin, certains traitements ont des éléments en commun. Ainsi, l'entraînement aux habiletés sociales comprend toujours des exercices à réaliser à l'extérieur des sessions. Or, ceux-ci s'apparentent à des exercices d'exposition *in vivo*, une procédure apparemment efficace pour réduire l'anxiété sociale. Il est alors difficile d'isoler les effets de l'apprentissage proprement dit de nouvelles habiletés sociales à l'aide de modelage, jeu de rôle et feedback. Une étude permettant d'évaluer l'apport spécifique de l'entraînement aux habiletés sociales, sans exercices d'exposition entre les sessions, est donc souhaitable.

Emmelkamp (1982) de même que Trower et Turland (1984) rappellent l'importance de faire une analyse fonctionnelle des difficultés du client avant d'entreprendre quelque traitement que ce soit. Les habiletés sociales du client, sa façon de percevoir ses habiletés et les situations sociales, ses standards de performance, la façon dont son anxiété se manifeste, ses comportements d'évitement lors de situations sociales

vont permettre de déterminer si un entraînement aux habiletés sociales ou un traitement de type cognitif est nécessaire.

Quels que soient les besoins spécifiques du client, les auteurs précédents recommandent d'inclure dans le régime thérapeutique l'exposition *in vivo*. Bien que peu d'études aient jusqu'à présent validé l'efficacité de cette procédure, ils y voient le véhicule par lequel le client peut briser le cercle vicieux dans lequel ses perceptions erronées et ses comportements d'évitement l'ont entraîné. Chez le sujet déjà habile socialement, l'exposition aux situations sociales, associée à une modification des pensées inadéquates, permettraient au client de tester la réalité avec succès. Chez le client inhabile, l'exposition lui permettra de pratiquer les nouveaux comportements que lui auront enseigné l'entraînement aux habiletés sociales. Ces recommandations vont dans le sens des résultats tirés de la présente recension d'écrits expérimentaux. Cependant, compte tenu de l'état de la recherche sur les thérapies comportementales et l'anxiété sociale, elles devraient être considérées avec prudence jusqu'à ce qu'elles aient fait l'objet d'une meilleure validation expérimentale.

Abstract

Social skills training, systematic desensitization, relaxation training, cognitive modification techniques and *in vivo* exposure are the most commonly used behavioral treatments for social anxiety. A review of existing studies with clinical populations indicates that *in vivo* exposure and cognitive behavior therapy could be effective ways of reducing social anxiety. Additional research is needed to assess the validity of social skills training with socially anxious clients; social skills training has to be compared with waiting list controls, *in vivo* exposure and cognitive modification. Systematic desensitization and relaxation training appear to be beneficial only to a limited number of clients.

Références

- Alstrom, J.E., Nordlund, C.L., Persson, G., Harding, M. et Ljungqvist, C. (1984). Effect of four treatment methods on social phobic patients not suitable for insight-oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 97-110.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e ed.). Washington, DC.
- Argyle, M., Bryant, B. et Trower, P. (1974). Social skills training and psychotherapy: a comparative study. *Psychological Medicine*, 4, 435-443.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. et Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-650.
- Dam-Baggen, R. et van Kraamaa, F. (1986). A group social skills training program with phobic patients: outcome, drop-out rate and prediction. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 161-169.
- Emmelkamp, P.M.G. (1979). The behavioral study of clinical phobias. In M. Hersen, R.M. Eisler, P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (vol.8) (pp.133-138). New York: Academic.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: theory, research and practice*. New York: Plenum.
- Emmelkamp, P.M.G., Messch, P.P., Vissia, E. et Van Der Helm, M. (1985). Social phobia: a comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 365-369.
- Falloon, I.R.H., Lindley, P., McDonald, R. et Marks, I.M. (1977). Social skills training of outpatient groups: a controlled study of rehearsal and homework. *British Journal of Psychiatry*, 131, 599-609.
- Falloon, I.R.H., Lloyd, G.G. et Harpin, R.E. (1981). The treatment of social phobia: real-life rehearsal with nonprofessional therapists. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 180-184.
- Greenberg, D. et Stravynski, A. (1985). Patients who complain of social dysfunction as their main problem: I. Clinical and demographical features. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 206-211.
- Hall, R. et Goldberg, D. (1977). The role of social anxiety in social interaction difficulties. *British Journal of Psychiatry*, 131, 610-615.
- Heimberg, R.G., Becker, R.E., Goldfinger, K. et Vermilyea, J.A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236-245.
- Jeremalm, A., Jansson, L. et Ost, L.-G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 171-180.
- Kanter, N.J. et Goldfried, M.R. (1979). Relative effectiveness of rational restructuring and self-control desensitization in the reduction of interpersonal anxiety. *Behavior Therapy*, 10, 472-490.
- Leibowitz, M.R., Gorman, J.M., Fyer, A.J. et Klein, D.F. (1985). Social Phobia: review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Marziller, J.S., Lambert, C. et Kelleit, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 225-238.
- Ost, L.-G., Jeremalm, A. et Jansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 1-16.
- Shaw, P. (1979). A comparison of three behaviour therapies in the treatment of social phobias. *British Journal of Psychiatry*, 134, 620-623.
- Stravynski, A., Marks, I. et Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.
- Stravynski, A. et Shahar, A. (1983). The treatment of social dysfunction in nonpsychotic outpatients: a review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 721-728.
- Stravynski, A. et Greenberg, D. (1985). Patients who complain of social dysfunction: II. Comparison with other outpatients seen for behavior therapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 212-216.
- Trower, P., Yardley, K., Bryant, B.M. et Shaw, P. (1978). The treatment of social failure: a comparison of anxiety reduction and skills-acquisition procedures on two social problems. *Behavior Modification*, 2, 41-60.
- Trower, P. et Turland, D. (1984). Social phobia. In S.M. Turner (Ed.), *Behavioral assessment and treatment of anxiety* (pp. 321-365). New York: Plenum.
- Walen, S.R. (1985). Social anxiety. In M. Hersen, A.S. Bellack (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 109-132). New York: Plenum.

APPENDICE A
CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES ÉTUDES

Étude	Groupe	n	Traitement	Heures de traitement	Nombre de sessions	Durée de la relance	Effet statistiquement significatif sur l'anxiété	Résultats
Alstrom et al. (1984)	1	10	Traitement de base (contrôle): médication + matériel didactique sur l'exposition <i>in vivo</i>	-	2,3	9 mois	non	• 1 = 2 = 3 (post test et relance); 3 = 4 (relance) 4) 3 (post-test); 4) 1 (post-test et relance): mesures de l'anxiété
	2	16	Traitement de base + thérapie dynamique	-	9,4	9 mois	oui	• 4) 3; 4) 1 (post-test); 2) 1; 4) 1 (relance): évitement des situations problématiques
	3	9	Traitement de base + entraînement à la relaxation	-	9,4	9 mois	non	
	4	7	Traitement de base + exposition <i>in vivo</i>	-	9,1	9 mois	oui	• Sujets du groupe 4 considérés débarrassés de leur problème
Argyle et al. (1974)	1	8	Entraînement aux habiletés sociales	-	6	6 mois et 1 an	oui	• 1 = 2 mesures comportementales pendant test interaction sociale, post-test et relance
	2	8	Psychothérapie	-	6	6 mois et 1 an	oui	
Bulter et al. (1984)	1	15	Exposition <i>in vivo</i> + thérapie associative	7	7	6 mois	oui	• 1 = 2: 1) 3; 2) 3: questionnaire sur l'anxiété et anxiété pendant test comportemental, post-test et relance
	2	15	Exposition <i>in vivo</i> + gestion de l'anxiété	7	7	6 mois	oui	• 2) 1: anxiété, relance 1 = 2; 1) 3 2) 3: dépression, post-test et relance
	3	15	Liste d'attente	-	-	6 mois	oui	• 1 = 2, fidélité au traitement • 1 = 2 = 3; fréquence activités sociales • 40% sujets du groupe 1 vs 0% sujets du groupe II demandant traitement additionnel • 1 = 3; 2) 1; 2) 3: attitudes envers anxiété sociale, post-test et relance
Dann-Baggen et al. (1986)	1	41	Entraînement aux habiletés sociales et à l'auto-modification du comportement	30	20	3 mois	oui	• 1) 2: anxiété, habiletés sociales
	2	35	Contrôle	-	-	3 mois	oui	

APPENDICE A (suite)

Étude	Groupe	n	Traitement	Heures de traitement	Nombre de sessions	Durée de la relance	Effet statistiquement significatif sur l'anxiété	Résultats
Emmelkamp et al. (1985)	1	34/3*	Exposition <i>in vivo</i>	15	6	1 mois	oui	• 2) 3: anxiété post-test et relance
	2	34/3	Thérapie rationnelle émotive	15	6	1 mois	oui	• 1) 2 + 3: mesures physiologiques, post-test
	3	34/3	Entraînement aux auto-instructions	15	6	1 mois	oui	• 2 + 3) 1: mesures cognitives, relance
Falloon et al. (1977)	1	17	Discussion par objectifs (matériel didactique + discussion de groupe + feed-back sur la performance sociale + gestion de l'anxiété + exercices à réaliser en dehors des sessions)	12½	10	16 mois	oui	• 1 = 2 = 3: anxiété et évitement dans les situations sociales • 3) 1; 2) 1: post-test fréquence où sujet affronte les situations problématiques
Falloon et al. (1977) suite	2	17	Discussion par objectifs + entraînement aux habiletés sociales	12½	10	16 mois	oui	• 3) 1; 2) 1: relance, anxiété dans les situations problématiques
	3	17	Discussion par objectifs + entraînement aux habiletés sociales + exercices structurés à réaliser en dehors des sessions	12½	10	16 mois	oui	
Falloon et al. (1981)	1	8	Entraînement aux habiletés sociales + propranolol	12	2	6 mois	oui	• 1 = 2: anxiété sociale, difficultés dans situations problématiques, participation aux activités problématiques
	2	8	Entraînement aux habiletés sociales + placebo	12	2	6 mois	oui	• Sujets très satisfaits du traitement, formation d'un groupe d'entraide
Hall + Goldberg (1977)	1	6	Entraînement aux habiletés sociales	-	9	3 mois	oui	
	2	6	Désensibilisation systématique	-	9	3 mois	oui	• 1) 2: comportements problématiques
Heimberg et al. (1985)	1	7	Exposition en imagination + jeux de rôle + restructuration cognitive + exercices d'exposition en imagination et <i>in vivo</i>	21	14	3 mois, 6 mois	oui	• 2) 1: fréquence des activités sociales • Effet cliniquement et statistiquement significatif

APPENDICE A (suite)

Étude	Groupe	n	Traitement	Heures de traitement	Nombre de sessions	Durée de la relance	Effet statistiquement significatif sur l'anxiété	Résultats
Jerremalm et al. (1986)	1	5	Sujets dont l'anxiété se manifeste de façon surtout physiologique + entraînement à la relaxation	7,5 - 12	10-12	-	non	• 1 = 2; 3 = 4; 5: anxiété éprouvée pendant test comportemental
	2	5	Sujets dont l'anxiété se manifeste de façon surtout physiologique/ entraînement aux auto-instructions	7,5 - 12	10-12	-	oui	• 4) 3 (3/7); 4) 5 (4/7); 2) 1 (2/7); 2) 5 (3/7); 3 = 5; 1 = 5; questionnaires sur l'anxiété
	3	5	Sujets dont l'anxiété se manifeste de façon surtout cognitive/ entraînement à la relaxation	7,5 - 12	10-12	-	oui	• 1 = 2) 5; 3 = 4) 5; mesures comportementales pendant test d'interaction sociale
Jerremalm et al. (1986) suite	4	5	Sujets dont l'anxiété se manifeste de façon surtout cognitive/ entraînement aux auto-instructions	7,5 - 12	10-12	-	oui	• 1 = 2) 5; 3 = 4 = 5 mesures physiologiques
	5	18	Liste d'attente	7,5 - 12	10-12	-	non	• 1 = 2; 1 = 5; 2) 5; 4) 3; 3 = 5; 4) 5; mesures cognitives
Kanter et Goldfried (1979)	1	17	Restructuration cognitive	10,5	7	9 semaines	oui (16/19)	• 1) 4(6/7); 2) 4(1/7); 3) 4(6/7); 1 = 2; 3) 2(1/7); questionnaires sur l'anxiété
	2	16	Auto-désensibilisation systématique	10,5	7	9 semaines	oui (10/19)	• 1) 4 (3/7); 2 = 4 3) 4 (2/7); 2) 1 (2/7) 3=2: questionnaires sur l'anxiété-généralisation
	3	19	Restructuration cognitive + auto-désensibilisation systématique	10,5	7	9 semaines	oui (16/19)	• 1) 4(3/5); 2) 4(2/5); 3) 4(3/5); 1) 2(1/5) 3) 2(1/5); test comportemental d'interaction sociale
Marzillier et al. (1976)	4	16	Liste d'attente	-	-	9 semaines	négligeable (3/19)	• 1 = 2 = 3: satisfaction vis-à-vis du traitement
	1	7	Désensibilisation systématique	11	15	6 mois	non	• 1 = 2 = 3: anxiété sociale et ajustement clinique
	2	7	Entraînement aux habiletés sociales	11	15	6 mois	non	• 2) 3: fréquence des activités et contacts sociaux
	3	7	Liste d'attente	-	-	6 mois	non	• Peu de sujets acceptent de participer à la relance • 6 sujets du groupe 1 abandonnent avant la fin du traitement

APPENDICE A (suite)

Étude	Groupe	n	Traitement	Heures de traitement	Nombre de sessions	Durée de la relance	Effet statistiquement significatif sur l'anxiété	Résultats
Ost et al. (1981)	1	8	Sujets dont l'anxiété se manifeste surtout de façon physiologique/ entraînement aux habiletés sociales	7,5 - 12	10-12	-	oui	• 1 = 2; 3) 4: questionnaires sur phobies, anxiété dans situations problématiques pour le client
	2	8	Sujets dont l'anxiété se manifeste surtout de façon physiologique/ entraînement à la relaxation	7,5 - 12	1-12	-	oui	• 1 < 2; 3) 4: fréquence des activités et contacts sociaux
Ost et al. suite (1981)	3	8	Sujets dont l'anxiété se manifeste surtout de façon comportementale/ entraînement à la relaxation	7,5 - 12	10-12	-	oui	• 1 = 2; 3) 4: anxiété durant test comportemental
	4	8	Sujets dont l'anxiété se manifeste surtout de façon comportementale/ entraînement à la relaxation	7,5 - 12	10-12	-	oui	• 1 < 2; 3 = 4: mesures comportementales
Shaw (1979)	1	10	Entraînement aux habiletés sociales	10	10	1 mois, 3 mois, 6 mois	oui	• 1 = 2 = 3: phobie sociale, inadéquation sociale, dépression
	2	10	Désensibilisation systématique	10	10	1 mois, 3 mois, 6 mois	oui	• amélioration clinique importante chez tous les sujets
	3	10	Immersion en imagination	10	10	1 mois, 3 mois, 6 mois	oui	
Stravynski et al. (1982)	1	11	Entraînement aux habiletés sociales	18	12	6 mois	oui	• 1 = 2: anxiété sociale, fréquence d'exposition aux situations problématiques
	2	11	Entraînement aux habiletés sociales + thérapie comportementale cognitive	18	12	6 mois	oui	• 1 = 2: réduction des pensées irrationnelles • pas de généralisation aux situations non traitées

APPENDICE A (suite)

Étude	Groupe	n	Traitement	Heures de traitement	Nombre de sessions	Durée de la relance	Effet statistiquement significatif sur l'anxiété	Résultats
Trower et al. (1978)	1	10	Phobiques sociaux/entraînement aux habiletés sociales	15 - 17,5	10	6 mois	oui, faible	• 1 = 2; 3 légèrement supérieur à 4: difficulté éprouvée dans les situations sociales et fréquence des activités sociales
	2	10	Phobiques sociaux-désensibilisation systématique	12,5 - 15	10	6 mois	oui, faible	
	3	10	Patients socialement inhabiles/entraînement aux habiletés sociales	15 - 17,5	10	6 mois	oui, faible	
	4	10	Patients socialement inhabiles/désensibilisation systématique	12,5 - 15	10	6 mois	oui, faible	

Notes

Les numéros représentent les groupes expérimentaux. Les symboles >, <, = indiquent la supériorité, l'infériorité ou l'égalité statistique des groupes au niveau des mesures dépendantes.

a. L'auteur indique que les 34 sujets sont répartis également entre les groupes mais ne spécifie pas le nombre de sujets dans chacun d'eux.

b. Proportion des mesures où il y a différence statistique entre les groupes.

c. Proportion des mesures où il y a différence statistique entre le pré-test et le post-test.