

BF
20.5
UL
1998
T933

JULIE TURCOTTE

**L'ESTIME DE SOI SOCIALE, LES CROYANCES IRRATIONNELLES ET LA
PERCEPTION DE L'EFFICACITÉ PERSONNELLE SOCIALE
CHEZ LES PHOBQUES SOCIAUX**

Mémoire
présenté
à la Faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de maître en psychologie (M.Ps.)

École de Psychologie
Faculté des Sciences Sociales
UNIVERSITÉ LAVAL

Août 1998

© Julie Turcotte, 1998



Québec, le 8 juillet 1998

OBJET : Mémoire de maîtrise présenté à la Faculté des Études Supérieures de l'Université Laval par Julie Turcotte intitulé : L'ESTIME DE SOI SOCIALE, LES CROYANCES IRRATIONNELLES ET LA PERCEPTION DE L'EFFICACITÉ PERSONNELLE SOCIALE CHEZ LES PHOBQUES SOCIAUX

Madame, Monsieur,

Par la présente, les soussignés co-auteurs d'un article intitulé : L'ESTIME DE SOI SOCIALE, LES CROYANCES IRRATIONNELLES ET LA PERCEPTION DE L'EFFICACITÉ PERSONNELLE SOCIALE CHEZ LES PHOBQUES SOCIAUX faisant partie du mémoire de maîtrise présenté à la Faculté des Études Supérieures de l'Université Laval par Julie Turcotte donnent leur autorisation pour l'insertion de cet article dans le mémoire et l'éventuel microfilmage de ce mémoire selon les règles de la Bibliothèque nationale du Canada.

En espérant le tout conforme, veuillez, Madame, Monsieur, accepter mes plus cordiales salutations.

Janel G. Gauthier, Ph.D.

Date

Sébastien Simard, M.Ps.

Date

Hans Ivers, M.Ps.

Date

RÉSUMÉ

Ce mémoire a pour objectif d'évaluer l'importance de l'estime de soi sociale, des croyances irrationnelles et de la perception de l'efficacité personnelle sociale dans la phobie sociale. Ces variables sont mesurées auprès de trois groupes de personnes : un groupe dont le diagnostic principal est celui de phobie sociale ; un groupe dont le diagnostic principal est celui de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale ; et un autre groupe ne présentant aucun diagnostic sur l'axe I. Les résultats montrent que les participants présentant un diagnostic principal de phobie sociale ont une estime de soi sociale et une perception d'efficacité personnelle sociale significativement plus faibles que les participants des deux autres groupes. De plus, les résultats révèlent que ce même groupe démontre significativement plus de croyances irrationnelles sociales que les deux autres groupes. Enfin, les résultats démontrent que l'échelle mesurant la perception de l'efficacité personnelle sociale est celle qui discrimine le mieux les trois groupes de participants.

Julie Turcotte, B.A.

Candidate à la maîtrise

Janel G. Gauthier, Ph.D.

Directeur de recherche

AVANT-PROPOS

L'accomplissement de ce mémoire est pour moi une grande source de joie et je tiens à remercier ceux et celles qui m'ont aidée, chacun à leur façon, à atteindre mon objectif.

Je tiens donc à remercier mon directeur de recherche, Dr. Janel Gauthier, pour m'avoir guidée avec rigueur dans l'accomplissement de ce mémoire et pour avoir été un modèle de ténacité et de persévérance.

Je tiens à remercier tout spécialement Dr. Brian Morin et Dr. Edgar Pitre pour leur soutien et leur grande générosité dont ils font preuve depuis maintenant 8 ans. Merci à vous deux!

Je souhaite également témoigner toute ma reconnaissance à la belle équipe de recherche du «Laboratoire de la psychologie de la santé» jadis «Laboratoire de médecine comportementale». Merci à Sébastien Simard pour tes précieux conseils tant au niveau de la recherche qu'au niveau clinique. Merci à Hans Ivers pour ta généreuse aide sur le plan des analyses statistiques. Merci à Christiane pour tes nombreuses mélodies (tu, tu, rlu, tu, tu...) qui m'ont fait rire plus d'une fois! Merci à Annie Vallières, Chantal Thibodeau et Isabelle Pilote pour m'avoir si chaleureusement encouragée. Merci encore une fois à toute l'équipe!

Mes remerciements s'adressent également au Dr. Boisvert, à Lyne Bertrand, à Sophie Morier, à Marie-Eve Monfette ainsi qu'aux stagiaires du Dr. Boisvert c'est-à-dire Sonia Tremblay, Marie-Claude Blais et Marie-Noelle Bourget pour leur généreuse collaboration au niveau du recrutement des participants.

Je désire aussi remercier Andrée Deschênes (M.Ps.) pour sa collaboration spontanée et ses encouragements.

Je souhaite maintenant m'adresser à tous les participants de cette étude pour leur manifester toute ma reconnaissance et leur faire part de mes meilleurs voeux de bonheur.

Je tiens à remercier Mme. et M. Fortin pour leur support et leurs encouragements. Je souhaite remercier une personne envers qui j'ai beaucoup d'admiration et qui a toujours su me faire rire (même avec des exemples sérieux!), merci à toi Michel.

Merci à Eve-Noëlle Laliberté, pour avoir partagé toutes les phases de ce périple avec moi. Je saisis d'ailleurs l'occasion pour te dire à quel point je suis fière de toi!

J'aimerais à travers ces dernières lignes témoigner toute ma gratitude envers mes parents, Nicole Giroux et Denis Turcotte (soit dit en passant les meilleurs parents du monde). La force de votre support et de vos encouragements m'a tout simplement donné des ailes. Je vous donne A+++ pour vos aptitudes en tant que parents! Josée, tu es vraiment précieuse pour moi (tes corrections aussi!), c'est pourquoi je tiens à te dire merci pour tout ce que tu es et tout ce que tu fais pour ta soeurette!

Merci à tous encore une fois et si vous avez besoin de mon aide n'hésitez pas, je serai là (vous n'avez qu'à venir me consulter!).

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
RÉSUMÉ	i
AVANT-PROPOS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iv
INTRODUCTION GÉNÉRALE	vi
ARTICLE	1
Résumé	2
Introduction	3
Objectifs et hypothèses	5
Méthode	6
Participants.....	6
Recrutement	6
Échantillon	7
Instruments de mesure	7
Procédure	9
Résultats	10
Discussion	14
Références	17
Note des auteurs	20
Tableau 1	21
Tableau 2	22
Tableau 3	23
Tableau 4	25
Figure 1	27

CONCLUSION GÉNÉRALE	28
BIBLIOGRAPHIE	29
ANNEXE A: Inventaire d'anxiété et d'évitement social	35
ANNEXE B: Inventaire d'estime de soi sociale	38
ANNEXE C: Questionnaire des croyances personnelles	41
ANNEXE D: Échelle de perception de l'efficacité personnelle sociale	46
ANNEXE E: Formulaire de consentement	49

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Définition

La phobie sociale est définie comme une peur marquée d'une ou plusieurs situations ou performances sociales dans lesquelles un individu est exposé à une éventuelle observation attentive d'autrui et dans lesquelles il craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante. L'exposition à cette situation redoutée provoque, de façon presque systématique, une réaction anxieuse immédiate. Par conséquent, la ou les situations sociales redoutées sont évitées ou vécues avec une anxiété intense. Néanmoins, bien que la peur ou les conduites d'évitement inhérentes à la phobie sociale interfèrent, de façon significative, avec le fonctionnement quotidien ou les activités habituelles, les personnes qui présentent un diagnostic de phobie sociale reconnaissent la nature excessive ou irraisonnée de leurs craintes (American Psychiatric Association [APA], 1994). Enfin, il apparaît que le niveau d'anxiété associé à la phobie sociale augmente avec le degré de formalité de la situation sociale et/ou avec l'impression que la personne a d'être évaluée dans cette situation (Amies, Gelder, & Shaw, 1983).

Au niveau diagnostique, le Diagnostic Statistical Manual (DSM-IV) (APA, 1994) propose une spécification à la phobie sociale soit: le type généralisé. Cette spécification est utilisée lorsque les peurs sont associées à la plupart des situations sociales comme des situations de performance en public et des situations d'interactions sociales. Les gens qui souffrent de phobie sociale mais qui n'entrent pas dans la sous-catégorie dite généralisée, constituent un groupe hétérogène. Ce groupe comprend les personnes qui ont peur d'une situation unique de performance ou ont peur de plusieurs situations sociales mais pas de la majorité de celles-ci (APA, 1994).

Dans la littérature actuelle, les termes « anxiété sociale » et « phobie sociale » sont parfois employés de façon interchangeable sans égard à leur définition et leurs caractéristiques respectives. Cependant, une distinction doit être faite entre ces derniers termes. En effet, il existe une différence quantitative entre l'anxiété sociale et la phobie sociale. L'anxiété sociale

correspond au sentiment de malaise que ressentent bien des gens dans des situations sociales. Lorsque ce malaise est intense et qu'il empêche l'individu de fonctionner normalement, on peut parler de phobie sociale. Contrairement à l'anxiété sociale, la phobie sociale est un trouble anxieux avec des critères diagnostic bien définis (DSM IV, 1994). On peut utiliser le terme de phobie sociale pour référer à l'anxiété sociale seulement dans la mesure où les personnes rencontrent les critères diagnostiques de la phobie sociale. Par contre, il ne semble pas y avoir une différence qualitative entre l'anxiété sociale et la phobie sociale (Scholing & Emmelkamp, 1990).

Les études épidémiologiques récentes indiquent que le taux de prévalence à vie pour la phobie sociale se situe entre 3 et 13% (APA, 1994). Il semble que les femmes soient plus susceptibles de souffrir de phobie sociale que les hommes. Toutefois, ces dernières sont moins nombreuses à consulter pour ce trouble anxieux que les hommes (Bouchard, Cox, Taylor, & Gauthier, 1997). La phobie sociale débute habituellement pendant la période de l'adolescence (Agras, Oliveau, & Sylvester, 1969; Aimes, Gelder, & Shaw, 1983; Liebowitz, Gorman, Fyer, & Klein, 1985; Marks, 1970). De plus, ce trouble d'anxiété est souvent accompagné d'autres troubles anxieux (Van Ameringen, Mancini, Styan, & Donison, 1991), de dépression majeure (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992; Stein, Tancer, Gelernter, Vittone & Uhde, 1990) ainsi que d'abus de substance (Kushner, Sher, & Beitman, 1990; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman, 1992). La phobie sociale est un trouble anxieux important dont plusieurs aspects nécessitent d'être explorés. En effet, ce n'est qu'en 1980 que la phobie sociale a été reconnue comme un trouble anxieux à part entière. C'est pourquoi nos connaissances sont encore limitées et qu'il faut les approfondir afin, d'une part, de recueillir des informations enrichissantes au niveau diagnostique et d'autre part, d'être en mesure d'améliorer les traitements propres à celle-ci.

Les recherches ont permis de mettre à jour diverses variables impliquées dans l'étiologie de la phobie sociale. Dans le texte qui suit, nous ferons état des facteurs psychologiques et plus spécifiquement des variables cognitives qui lui ont été identifiées. En

effet, selon Emmelkamp (1982) et Butler (1985), la phobie sociale est le trouble d'anxiété dont le développement et le maintien est davantage attribuable aux variables cognitives.

Facteurs psychologiques.

Approche cognitive. Les théories cognitives sont à l'origine de plusieurs explications de la phobie sociale. Ces dernières partagent le point de vue suivant: la phobie sociale est étroitement liée à des cognitions inadéquates qui peuvent prendre différentes formes. Ces formes sont les critères d'évaluation personnelle très élevés, la peur de l'évaluation négative d'autrui, l'estime de soi faible et les croyances irrationnelles. Plusieurs hypothèses explicatives sont issues des théories cognitives.

La première hypothèse suggère que dans certains cas, l'anxiété sociale peut provenir de critères d'évaluation personnelle très élevés. Les recherches visant à vérifier cette explication sont peu nombreuses. Cependant, Goldfried et Sobocinski (1975) concluent que les individus qui manifestent des attentes excessivement élevées envers eux-mêmes ont tendance à obtenir un score plus élevé sur des échelles mesurant l'anxiété sociale comme le Social Avoidance and Distress Scale et le Personal Report of Confidence as a Speaker (Goldfried & Sobocinski, 1975).

La deuxième hypothèse, qui a trait à la peur de l'évaluation négative d'autrui, a retenu l'attention de plusieurs chercheurs. À cet effet, Nichols (1974) a constaté que la caractéristique la plus souvent observée chez les individus témoignant d'un niveau élevé d'anxiété sociale est la peur d'être désapprouvés et critiqués par autrui. De plus, des corrélations variant de modérées à élevées ont été observées entre les résultats obtenus à l'échelle Fear of Negative Evaluation (Watson & Friend, 1969) et ceux obtenus à divers instruments de mesure de l'anxiété sociale tels que le Social Avoidance and Distress Scale (Leary, 1980; Montgomery & Haemmerlie, 1982; Watson & Friend, 1969) et le Social Anxiety Subscale of the Self-Consciousness Scale (Leary, 1980). Ces résultats indiquent que plus la peur de l'évaluation négative d'autrui est élevée, plus l'anxiété sociale sera élevée. La peur du jugement négatif d'autrui, présente chez les gens souffrant de phobie sociale,

reposerait donc sur une difficulté chez ses personnes à percevoir avec justesse les actions et les intentions des individus qui les entourent.

La troisième hypothèse porte sur l'estime de soi. Depuis quelques années, plusieurs études ont confirmé qu'il existe une corrélation négative significative (se situant dans les environs de $-.50$ dans la plupart des cas) entre les mesures de l'estime de soi et les mesures d'anxiété sociale (Cheek & Buss, 1981; Clark & Arkowitz, 1975; Leary, 1983a; Leary & Kowalski, 1995; McCroskey, 1977; Zimbardo, 1977) ainsi que les mesures obtenues au Social Avoidance and Distress Scale (Clark & Arkowitz, 1975). Une étude de Leary (1980) abonde dans la même direction et démontre que les individus ayant une faible estime de soi témoignent significativement plus d'anxiété lors d'interactions en laboratoire que des individus montrant une forte estime de soi. De même, une faible estime de soi figure parmi la liste, élaborée par Nichols (1974), des caractéristiques présentes chez les individus souffrant d'anxiété sociale sévère. Certains auteurs vont même jusqu'à affirmer que parmi tous les concepts, l'estime de soi est celui qui a une plus grande corrélation avec l'anxiété sociale (Cheek & Buss, 1981; Clark & Arkowitz, 1975; Leary, 1983b; McCroskey, 1977; Zimbardo, 1977). En somme, il semble que les gens présentant une faible estime de soi seraient beaucoup plus à risque de vivre de l'anxiété sociale que ceux qui présentent une forte estime de soi. Les personnes qui ont une faible estime de soi croient qu'ils n'ont pas de valeur et ils craignent que les gens découvrent leurs faiblesses et leurs défauts.

La dernière hypothèse explicative porte sur les croyances irrationnelles. Ellis (1962) a désigné les croyances irrationnelles comme des objectifs irréalistes et il a précisé que celui qui entretient de telles croyances est susceptible de vivre de l'insécurité et d'être malheureux. Plusieurs études confirment l'existence d'un lien entre l'anxiété sociale et les croyances irrationnelles (Goldfried & Sobocinski, 1975; Gormally, Sipps, Raphael, Edwin, & Varvil-Weld, 1981; Sutton-Simon & Goldfried, 1979). Ces dernières études soulèvent l'importance d'approfondir cette relation dans la recherche d'une meilleure compréhension de la phobie sociale.

Approche cognitivo-sociale. Bandura (1986 ; 1997) propose un modèle biopsychosocial des troubles anxieux. Ce modèle de triade de réciprocité causale comprend trois déterminants: le comportement (béhavioral), l'environnement externe (facteurs sociaux) et les facteurs personnels internes qui se présentent sous la forme d'événements cognitifs, affectifs et biologiques. Ces déterminants interagissent l'un avec l'autre de façon bidirectionnelle. Selon cette théorie (Bandura, 1997), la phobie sociale serait reliée à la présence de croyances dysfonctionnelles concernant la perception d'efficacité personnelle. Il semblerait aussi que la contribution de cette composante à l'anxiété sociale est plus importante que celle du manque d'habiletés sociales (Glasgow & Arkowitz, 1975). D'autres recherches ont démontré que l'anxiété sociale proviendrait de l'écart existant entre la perception des normes sociales et la perception de l'efficacité personnelle à satisfaire celles-ci (Alden, Bieling, & Wallace, 1994; Wallace & Alden, 1991).

Objectifs

Cette étude a pour objectif d'approfondir les connaissances sur la phobie sociale et d'apporter des informations pertinentes et utiles au niveau du dépistage diagnostique et du traitement de cette psychopathologie. Le coeur de ce mémoire est rédigé sous forme d'article scientifique. Cet article tend à déterminer l'importance de l'estime de soi sociale, des croyances irrationnelles et de la perception de l'efficacité personnelle sociale au sein de la phobie sociale. En premier lieu, des participants ont été rencontrés pour une entrevue d'évaluation diagnostique, basée sur la version française du Structured Clinical Interview for DSM-IV (Spitzer, William & Gibbon, 1995), effectuée par des étudiants(es) de la maîtrise et du doctorat. Cette évaluation permet de déterminer l'appartenance aux groupes de comparaison qui se divisent de la façon suivante: le premier groupe est composé de 20 personnes qui présentent un diagnostic principal de phobie sociale, le deuxième groupe est constitué de 20 personnes qui présentent un diagnostic principal de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale. Finalement, le troisième groupe est composé de 20 personnes qui ne présentent aucun diagnostic sur l'axe I. Ces 60 participants répondent à quatre questionnaires qui sont l'Inventaire d'anxiété et d'évitement social (Social Avoidance and Distress Scale ; Watson & Friend, 1969),

l'Inventaire d'estime de soi sociale (Social Self-Esteem Inventory ; Lawson, Marshall & McGrath, 1979), le Questionnaire des croyances personnelles (Survey of Personal Beliefs ; Kassinove & Berger, 1988) et l'Échelle de perception de l'efficacité personnelle sociale (Adolescent Social Self-Efficacy Scale ; Connolly, 1989). Ces quatre questionnaires visent à mesurer les variables ci-dessus mentionnées. En ce qui concerne les critères d'évaluation personnels et la peur de l'évaluation négative d'autrui, ils ne seront pas mesurés afin de limiter le nombre de variables considérées et ainsi limiter l'impact négatif d'un trop grand nombre de mesures sur les réponses des participants aux autres questionnaires. Des analyses univariées et des analyses discriminantes ont été effectuées pour tester l'importance des variables à l'étude pour la phobie sociale.

Entête: LES VARIABLES COGNITIVES

L'estime de soi sociale, les croyances irrationnelles et la perception
de l'efficacité personnelle sociale chez les phobiques sociaux

Julie Turcotte, Janel G. Gauthier, Sébastien Simard et Hans Ivers
École de psychologie
Université Laval

Résumé

La présente étude a pour objectif d'évaluer l'importance de l'estime de soi sociale, des croyances irrationnelles et de la perception de l'efficacité personnelle sociale dans la phobie sociale. Ces variables sont mesurées auprès de trois groupes de personnes : un groupe dont le diagnostic principal est celui de phobie sociale ; un groupe dont le diagnostic principal est celui de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale et d'un autre groupe ne présentant aucun diagnostic sur l'axe I. Les résultats montrent que les participants ayant un diagnostic principal de phobie sociale présentent une estime de soi sociale et une perception de l'efficacité personnelle sociale significativement plus faibles que les deux autres groupes, et que ce même groupe présente significativement plus de croyances irrationnelles sociales que les deux autres groupes. Finalement, les résultats indiquent que l'échelle mesurant la perception de l'efficacité personnelle sociale est celle qui discrimine le mieux les trois groupes de participants.

L'estime de soi sociale, les croyances irrationnelles et la perception de l'efficacité personnelle sociale chez les phobiques sociaux

La phobie sociale est un trouble d'anxiété dont la prévalence à vie varie de 3 à 13% (American Psychiatric Association, 1994). De plus, les individus ayant un diagnostic de phobie sociale présentent souvent un autre trouble d'anxiété (Van Ameringen, Mancini, Styan, & Donison, 1991), une dépression majeure (Stein, Tancer, Gelernter, Vittone & Uhde, 1990) ou un problème d'abus de substance (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman, 1992). Enfin, des conséquences néfastes sur le fonctionnement normal de l'individu sont fréquemment associées à la phobie sociale (Rapee, 1995 ; Schneier et al., 1994). La phobie sociale est un trouble d'anxiété dont plusieurs aspects nécessitent d'être étudiés. Selon Emmelkamp (1982) et Butler (1985), la phobie sociale est le trouble d'anxiété dont le développement et le maintien sont davantage attribuables aux variables cognitives. Par conséquent, ce sont ces variables qui retiendront notre attention. Pour identifier ces variables, nous avons consulté la littérature scientifique. Selon cette littérature, les principales variables cognitives étudiées dans la phobie sociale seraient les suivantes :

Estime de soi. Le concept d'estime de soi réfère à l'évaluation générale qu'un individu effectue face à sa valeur personnelle (Kawash, 1982). Certains auteurs (Branden, 1969; Battle, 1987) estiment que ce concept correspond à un besoin fondamental chez l'être humain. De plus, Battle (1987) ajoute que le concept d'estime de soi a une incidence sur la santé mentale. Le concept d'estime de soi a d'ailleurs été étudié en relation avec l'anxiété sociale. Ces études rapportent une corrélation négative significative entre les mesures de l'estime de soi et des mesures d'anxiété sociale (Cheek & Buss, 1981; Clark & Arkowitz, 1975; Leary, 1983; Leary & Kowalski, 1995; McCroskey, 1977; Zimbardo, 1977).

Toutefois, les études réalisées jusqu'à maintenant ont été effectuées auprès de participants présentant de l'inconfort social ou de l'anxiété sociale et non de la phobie sociale. De plus, elles se sont appuyées sur une mesure d'estime de soi globale. Une mesure d'estime de soi plus spécifique, soit l'estime de soi sociale, représenterait une mesure plus valable dans l'étude de la phobie sociale (Wylie, 1974). En effet, selon Wylie, les instruments de mesure de l'estime de soi qui sont constitués d'items plutôt homogènes et qui sont destinés à mesurer

l'estime de soi dans un contexte précis (par exemple un contexte social) représentent les instruments de mesure les plus utiles de l'estime de soi.

Avant de poursuivre, une distinction doit être faite concernant l'estime de soi et la perception de l'efficacité personnelle. L'estime de soi se rapporte à l'évaluation de sa valeur personnelle alors que la perception de l'efficacité personnelle correspond plutôt à l'évaluation des capacités personnelles. L'évaluation de la valeur personnelle est donc un phénomène différent de l'évaluation des capacités personnelles. À titre d'exemple, un individu peut estimer que ses capacités sont extrêmement limitées dans un domaine sans que cela n'affecte sa valeur personnelle parce que ces capacités ne sont pas importantes pour elle ou pour lui (Bandura, 1997).

Croyances irrationnelles. Quant aux croyances irrationnelles, elles consistent en des énoncés d'idées absolues, non réalistes, excessives, rigides et erronées. Ces croyances sont véhiculées à l'intérieur d'affirmations du type: «il faut absolument que...», «je dois obligatoirement...» et «il est fondamentalement nécessaire que...». D'ailleurs, ces pensées sont désignées par les termes «croyances irrationnelles» puisqu'elles ne représentent pas toute la réalité (Crawford & Ellis, 1989; Dryden & Ellis, 1988).

Goldfried et Sobocinski (1975) ont effectué une étude corrélationnelle portant sur les croyances irrationnelles et l'anxiété interpersonnelle. Ils ont conclu qu'il existe une relation significativement positive entre ces deux concepts. Les croyances irrationnelles ont, elles aussi, été étudiées en relation avec l'anxiété sociale. À ce titre, l'étude de Sutton-Simon et Goldfried (1979) conclut notamment qu'il y a une corrélation modeste mais significative entre les croyances irrationnelles et l'anxiété sociale. Cependant, peu d'études ont étudié cette variable auprès de personnes souffrant de phobie sociale. Quant à celles qui ont été effectuées auprès d'individus ayant reçu un diagnostic de phobie sociale (Himle, Himle & Thyer, 1989), on constate que l'échantillon était plutôt restreint ($n=10$). Ces auteurs reconnaissent d'ailleurs cette faiblesse au niveau de leur étude. De plus, l'identification des croyances irrationnelles reliées à un contexte social est un domaine encore inexploré.

Perception de l'efficacité personnelle sociale. Bandura propose un modèle biopsychosocial des troubles anxieux : le modèle de réciprocité causale. Ce modèle a pour déterminants le comportement, l'environnement externe et les facteurs personnels internes (i.e.

les événements cognitifs, affectifs et biologiques). Selon Bandura, la perception de l'efficacité personnelle sociale joue un rôle central au niveau de la phobie sociale. La perception de l'efficacité personnelle se rapporte aux croyances qu'un individu porte envers ses capacités à organiser et à effectuer les actions nécessaires afin d'atteindre certains objectifs.

La perception de l'efficacité personnelle sociale correspond donc à l'évaluation des capacités personnelles au niveau social. Cette variable a notamment été étudiée auprès d'adolescents perturbés émotionnellement et non perturbés émotionnellement. Les résultats de cette recherche démontrent que la perception de l'efficacité personnelle sociale constitue une composante importante en ce qui a trait à la santé mentale et à la compétence sociale (Connolly, 1989). Le concept de perception de l'efficacité personnelle sociale a également été considéré dans une recherche effectuée auprès d'individus timides et d'individus ne présentant pas de timidité. Cette étude indique que les personnes timides présentent une perception de leur efficacité personnelle sociale faible en comparaison avec les personnes qui ne sont pas timides (Hill, 1989). Finalement, une autre étude a abordé la variable perception de l'efficacité personnelle sociale auprès d'hommes anxieux socialement et auprès d'hommes non-anxieux socialement (Wallace & Alden, 1991). Les résultats de cette recherche ont montré que les hommes souffrant d'anxiété sociale évaluent leurs habiletés sociales plus négativement que les hommes ne présentant pas d'anxiété sociale. De plus, les hommes socialement anxieux s'attendaient à composer moins habilement lors d'interactions sociales que les hommes socialement non-anxieux. Toutefois, aucune étude n'a encore étudié la perception de l'efficacité personnelle sociale auprès d'adultes ayant un diagnostic de phobie sociale.

En résumé, la littérature scientifique suggère que les variables cognitives sont impliquées au niveau de l'anxiété sociale. Toutefois, peu d'études ont été effectuées auprès de populations cliniques. Cela signifie que le rôle de ces variables dans la phobie sociale n'a pas encore été corroboré par des recherches, d'où l'intérêt de la présente étude.

Objectifs et hypothèses.

La présente étude a deux objectifs. En premier lieu, l'étude a pour objectif d'étudier la spécificité de l'estime de soi sociale, des croyances irrationnelles et de la perception de l'efficacité personnelle sociale face à la phobie sociale. En deuxième lieu, la présente étude

propose d'évaluer quelle variable discrimine le plus adéquatement les trois groupes de participants.

En somme, cette étude souhaite donc contribuer à approfondir les connaissances sur la phobie sociale et apporter des informations pertinentes et utiles au niveau du diagnostic de cette psychopathologie. De plus, en identifiant les variables jouant un rôle fondamental au sein de la phobie sociale, on pourra les considérer plus spécifiquement dans le traitement de la phobie sociale pour en augmenter l'efficacité.

Si l'estime de soi sociale, les croyances irrationnelles sociales et la perception de l'efficacité personnelle sociale sont des caractéristiques spécifiques de la phobie sociale, comme le suggère la littérature scientifique, les résultats de l'étude devraient révéler que :

1. Les participants du groupe présentant un diagnostic principal de phobie sociale auront en moyenne un score significativement plus bas que les participants présentant un diagnostic principal de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale sur les échelles mesurant l'estime de soi sociale, les croyances irrationnelles sociales et la perception de l'efficacité personnelle sociale.

2. Les participants du groupe présentant un diagnostic principal de phobie sociale auront en moyenne un score significativement plus bas que les participants du groupe ne présentant aucun diagnostic sur l'axe I sur les échelles mesurant l'estime de soi sociale, les croyances irrationnelles sociales et la perception de l'efficacité personnelle sociale.

Méthode

Participants

Recrutement. Le recrutement des participants s'est effectué à l'aide de communiqués dans divers quotidiens et hebdomadaires de la région de Québec ainsi qu'auprès du Laboratoire de recherche sur les relations conjugales et interpersonnelles de l'Université Laval. Le recrutement des participants s'est effectué spécifiquement pour les fins de cette étude. Les participants ont été rencontrés pour une entrevue d'évaluation diagnostique d'une durée d'environ deux heures. Cette évaluation diagnostique, déterminant l'appartenance aux différents groupes de comparaison, est effectuée par des étudiantes et étudiants de la maîtrise et du doctorat en psychologie. Ceux-ci ont tous complété des stages supervisés, d'une durée

de 600 heures, dans le cadre de leur maîtrise en psychologie. Ils ont également reçu une formation spécifique, offerte par des étudiants au doctorat en psychologie, concernant l'instrument diagnostique utilisé dans cette étude. Quant au diagnostic psychiatrique, celui-ci est posé à l'aide de la version française du Structured Clinical Interview for DSM-IV (Spitzer, William & Gibbon, 1987).

Échantillon. L'échantillon est composé de trois groupes de participants. Ces participants sont des femmes et des hommes âgés entre 18 et 65 ans. Le premier groupe est constitué de 20 participants ayant un diagnostic principal de phobie sociale. Le deuxième groupe est formé de 20 participants ayant un diagnostic principal de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale. Finalement, le troisième groupe est composé de 20 participants n'ayant aucun diagnostic sur l'axe I.

Insérer Tableau 1 ici

Instruments de mesure.

L'Inventaire d'anxiété et d'évitement social (Social Avoidance and Distress Scale; Watson & Friend, 1969). Cet inventaire permet d'évaluer le niveau d'anxiété sociale et a été utilisé afin de vérifier si les trois groupes de participants se distinguent de façon significative au niveau de cette variable. Il comporte 28 énoncés auxquels les participants sont invités à répondre par «vrai » ou «faux». Il possède une consistance interne adéquate (Kuder-Richardson-20=.94) (Watson & Friend, 1969). Cet inventaire a été traduit en français (Prévost, Kéroack, & Boisvert, 1987) et révisé (Morier & Boisvert, 1994).

L'Inventaire d'estime de soi sociale (Social Self-Esteem Inventory; Lawson, Marshall, & McGrath, 1979). Cet inventaire compte 30 énoncés, auxquels les participants ont été appelés à répondre en utilisant une échelle de type Likert, en six points, de 1 « complètement différent de moi » à 6 « exactement comme moi ». La moitié des énoncés se présente sous forme d'affirmation positive et l'autre moitié apparaît sous forme d'affirmation négative. Il a été traduit en français par Gauthier, Samson, Turbide et Lawson (1980). Les analyses psychométriques de la version française effectuées par ces auteurs ont permis d'établir que la

consistance interne du questionnaire est jugée satisfaisante ($\alpha = .93$) et que la fidélité test-retest mesurée avec un délai de cinq semaines est élevée ($r = .95$; $p < .001$).

Le Questionnaire des croyances personnelles (Survey of Personal Beliefs; Kassinove & Berger, 1988). Ce questionnaire contient 50 énoncés et une échelle de type Likert, en six points, de 1 « totalement en accord » à 6 « totalement en désaccord ». Les participants sont invités à faire connaître leur opinion à l'aide d'une échelle de type Likert. Un score faible à ce questionnaire démontre un niveau élevé de croyances irrationnelles. La procédure test-retest comprenant un intervalle de 7 à 14 jours a permis de démontrer une stabilité temporelle à court terme et une consistance interne adéquates (Kassinove, 1986). Ce questionnaire a été traduit en français par Baron et Marcotte (1993). Les résultats d'une étude portant sur la validité de la version française révèlent une consistance interne adéquate ($\alpha = .75$) (Baron & Marcotte, 1993).

L'Échelle de perception de l'efficacité personnelle sociale (Adolescent Social Self-Efficacy Scale; Connolly, 1989) Cette échelle compte 25 items et elle mesure la perception de l'efficacité personnelle sociale. Les participants sont invités à évaluer leur capacité à faire face aux différentes situations sociales énumérées sous forme d'énoncés. L'évaluation s'effectue en utilisant une échelle de type Likert en six points, allant de 1 « très difficile à faire » à 6 « très facile à faire ». La fidélité test-retest mesurée avec un délai de deux semaines est élevée ($r = .84$; $p < .001$) (Connolly, 1989). Cette échelle respecte les normes de construction élaborées par Bandura (1997). À titre d'exemple, cette échelle mesure la perception de l'efficacité personnelle dans un domaine précis soit la perception de l'efficacité personnelle sociale. De plus, les items portent sur diverses performances sociales dont le niveau de difficulté varie. Pour les fins de l'étude, l'Adolescent Social Self-Efficacy Scale a été traduit et adapté par quatre personnes bilingues oeuvrant comme psychologues ou chercheurs dans le domaine de l'anxiété. Ensuite, un groupe composé de six personnes bilingues a évalué la traduction et l'adaptation de l'échelle. Ce groupe d'évaluateurs était composé de psychologues et d'étudiants gradués inscrits au doctorat en psychologie. La consigne informait les évaluateurs qu'ils devaient indiquer s'ils jugeaient la traduction (contenu, forme et clarté des énoncés) « bonne », « satisfaisante » ou « insatisfaisante ». De plus, si ces évaluateurs jugeaient la traduction insatisfaisante, ils devaient suggérer une traduction

alternative. La consigne les informait également que les termes « kids » et « students » avaient été traduits par le mot « personnes » et que le terme « school » avait été traduit par les termes « école et travail » afin que les items puissent s'appliquer à la population générale.

La traduction des 25 items a été jugée « bonne » ou « satisfaisante », et « bonne » pour 18 des 25 items. Bien que les qualités psychométriques de la version française de ce questionnaire n'aient pas encore fait l'objet d'évaluation, il y a lieu de supposer que les qualités psychométriques de la version anglaise peuvent s'appliquer à la version française puisque la traduction des 25 items de l'Échelle de perception de l'efficacité personnelle sociale a été jugée satisfaisante par l'ensemble des évaluateurs. En effet, les résultats des études portant sur les qualités psychométriques d'autres instruments traduits au laboratoire (e.g., Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété ; Gauthier & Bouchard, 1990 ; Inventaire d'estime de soi sociale ; Gauthier, Samson, Turbide & Lawson, 1980) indiquent qu'il n'est pas déraisonnable de supposer que ces deux formes sont équivalentes. Ainsi, l'utilisation de cette échelle ne devrait pas affecter la validité de l'étude.

Procédure

Les participants sont invités à prendre connaissance du formulaire de consentement, approuvé au préalable par le Comité de déontologie de l'École de Psychologie de l'Université Laval, et à procéder à la signature de ce dernier. Ensuite, une entrevue diagnostique, d'une durée d'environ deux heures, est effectuée à l'aide de la version française du Structured Clinical Interview for DSM-IV (Spitzer, William & Gibbon, 1995) et permet d'établir l'appartenance des participants aux différents groupes de comparaison. Les participants répondent à quatre questionnaires. La durée de passation de ceux-ci est d'environ une heure. Les participants répondent aux questionnaires à la suite de l'entrevue. Toutefois, lorsque la situation ne s'y prête pas, les participants répondent aux questionnaires à la maison et retournent ces derniers dans une enveloppe qui leur a été remise et qui est pré-affranchie et pré-adressée. Les participants ont la possibilité, s'ils le désirent, d'être référés vers des ressources qualifiées pour répondre adéquatement à leurs besoins spécifiques.

Résultats

En premier lieu, les résultats obtenus en ce qui a trait à la mesure d'anxiété sociale sont présentés afin d'observer si les trois groupes se distinguent clairement au niveau de cette variable. Par la suite, les groupes font l'objet de comparaison au niveau des variables dépendantes: estime de soi sociale, croyances irrationnelles et perception de l'efficacité personnelle sociale. Finalement, la contribution des différentes échelles au niveau de la classification des participants dans les groupes est estimée.

Inventaire d'anxiété et d'évitement social

Une analyse de variance unifactorielle est effectuée sur la variable anxiété sociale. Des différences significatives en ce qui concerne cette variable telle que mesurée par l'Inventaire d'anxiété et d'évitement social [$F(2,57) = 72.84, p < .0001$] sont observées. Des comparaisons multiples a posteriori (test de Student-Newman-Keuls) permettent d'observer que les participants du groupe 1 présentent un score moyen significativement plus élevé que celui du groupe 2 [$t(57) = 5.3, p < .001$]. De plus, le groupe 1 présentent également un score moyen significativement plus élevé que le groupe 3 [$t(57) = 12.04, p < .001$].

Estime de soi sociale

Une analyse de variance unifactorielle est réalisée sur la variable dépendante estime de soi sociale. Des différences significatives, en ce qui a trait à cette variable, sont observées [$F(2,57) = 39.67, p < .0001$]. En effet, des comparaisons multiples a posteriori (test de Student-Newman-Keuls) permettent d'observer que le groupe 1 a obtenu un score moyen significativement plus faible que le groupe 2 [$t(57) = -5.1, p < .001$]. Ainsi, les participants présentant un diagnostic principal de phobie sociale ont une estime de soi sociale significativement plus faible que les participants souffrant d'un trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale. Le groupe 1 a également obtenu un score moyen significativement plus faible à cet inventaire que le groupe 3 [$t(57) = -8.9, p < .001$]. Par conséquent, les participants qui présentent un diagnostic principal de phobie sociale témoignent d'une estime de soi sociale significativement plus faible

que les participants du groupe 3, c'est-à-dire les participants ne présentant aucun diagnostic sur l'axe I (voir Tableau 2).

Croyances irrationnelles

Une analyse de variance unifactorielle a été effectuée pour la variable croyances irrationnelles (score total) [$F(2,57) = 14.10, p < .05$]. Des comparaisons multiples a posteriori (test de Student-Newman-Keuls) permettent d'observer que le groupe 1 démontre un score moyen significativement plus faible que le groupe 3 [$t(57) = -5.2, p < .001$]. Cela signifie que le groupe 1 présente davantage de croyances irrationnelles que le groupe 3. Toutefois, il n'y a pas de différence significative entre les groupes 1 et 2 pour ce qui est du score moyen obtenu concernant la variable croyances irrationnelles [$t(57) = -1.6, n.s.$].

Pour les fins de l'étude, cinq psychologues ont été invités à identifier les items faisant état de croyances irrationnelles reliées à un contexte social. À partir d'une analyse de leurs réponses, il a été possible de regrouper ensemble les items se rapportant au contexte social pour former une échelle de croyances irrationnelles sociales et obtenir un score reflétant la présence de ces croyances. Les items retenus ont été les suivants : 1, 5, 21, 23, 25, 33, 34 et 35. Une analyse de variance unifactorielle a été effectuée pour la variable plus spécifique croyance irrationnelle sociale. Des différences significatives sont observées [$F(2,57) = 14.22, p < .0001$]. En effet, des comparaisons multiples a posteriori (test de Student-Newman-Keuls) permettent d'observer que le groupe 1 présente un score moyen significativement plus faible au niveau de l'échelle des croyances irrationnelles sociales (donc ce groupe présente significativement plus de croyances irrationnelles sociales) que le groupe 2 [$t(57) = -3.2, p < .002$]. Le groupe 1 démontre également un score moyen significativement plus faible que le groupe 3 [$t(57) = -5.3, p < .001$] (voir Tableau 2).

Perception de l'efficacité personnelle sociale

Une analyse unifactorielle a été réalisée pour la variable perception de l'efficacité personnelle sociale. Des différences significatives sont observées [$F(2,57) = 42.91, p < .0001$]. Des comparaisons multiples a posteriori (test de Student-Newman-Keuls) permettent d'observer que les participants du groupe 1 présentent un score moyen

significativement plus faible que le groupe 2 [$t(57) = -5.4, p < .001$]. De plus, les participants du groupe 1 présentent un score moyen significativement plus faible que les participants du groupe 3 [$t(57) = -9.2, p < .001$].

Insérer Tableau 2 ici

Contribution des différentes échelles au niveau de la classification

Une analyse discriminante permettant d'observer l'importance relative des variables a été effectuée sur trois variables cognitives pouvant prédire l'appartenance aux différents groupes. Ces trois variables dépendantes sont l'estime de soi sociale, les croyances irrationnelles sociales et la perception de l'efficacité personnelle sociale. Les croyances irrationnelles (score total) n'ont pas été considérées car elles ne sont pas spécifiques à la phobie sociale. Les trois groupes de participants constituent les variables indépendantes. Le premier groupe est composé d'individus présentant un diagnostic principal de phobie sociale, le deuxième groupe est formé d'individus ayant un diagnostic principal de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale, et le troisième groupe est constitué d'individus ne présentant aucun diagnostic sur l'axe I.

Une première analyse discriminante a été effectuée auprès des variables estime de soi sociale, croyances irrationnelles sociales et perception de l'efficacité personnelle sociale pour les trois groupes de participants. Les comparaisons sur le taux de classification adéquate entre les différents modèles d'analyse discriminante démontrent qu'il y a une différence marginalement significative entre le modèle comprenant la variable estime de soi sociale et le modèle incluant les trois variables ($\chi^2(1) = 3.00, p < .08$). Le modèle composé des trois variables permet donc davantage de discriminer les trois groupes de participants.

De plus, une différence significative est présente, dans le taux de classification des sujets, entre le modèle composé de la variable croyances irrationnelles sociales et le modèle composé des variables estime de soi sociale et perception de l'efficacité personnelle sociale ($\chi^2(1) = 3.86, p < .05$). Le modèle incluant les variables « estime de soi sociale » et « perception de l'efficacité personnelle sociale » permet davantage de discriminer les trois groupes de participants.

Finally, a significant difference is also present, in the classification rate of subjects, between the model composed of the variable irrational social beliefs and the model composed of three variables ($\chi^2(1) = 5.56, p < .02$). The model composed of three variables allows for better discrimination of the three groups of participants.

Nevertheless, there is no significant difference, concerning the classification rate of subjects, between the model composed of the variable perception of social self-efficacy and the model including the three variables. It would therefore be preferable to privilege the model composed of the perception of social self-efficacy in order to discriminate the three groups of participants since the model with the perception of social self-efficacy as the only predictor is the most parsimonious. This model has a discriminant function with a classification rate of 71.7% (43/60) ($p < .0001$).

Insérer Tableau 3 ici

A second discriminant analysis was performed on the variables « social self-esteem », « irrational social beliefs » and « perception of social self-efficacy » for the first group of participants (i.e., participants with a primary diagnosis of social phobia) and for the second group of participants (i.e., participants with a primary diagnosis of panic disorder with or without agoraphobia and without presence of a secondary diagnosis of social phobia). The comparisons, concerning the classification rate, between the different discriminant analysis models do not reveal any significant difference. This is why the model composed of the variable perception of social self-efficacy also constitutes the model that it would be preferable to privilege since, as already mentioned, it constitutes the most parsimonious model. This model has a discriminant function with a classification rate of 82.5% (33/40) ($p < .0001$).

Insérer Tableau 4 ici

Discussion

La présente étude avait comme objectif d'évaluer l'importance de l'estime de soi sociale, des croyances irrationnelles et de la perception de l'efficacité personnelle sociale dans la phobie sociale. Pour ce faire, trois groupes de participants ont répondu aux différents questionnaires portant sur l'anxiété sociale, l'estime de soi sociale, les croyances irrationnelles et la perception de l'efficacité personnelle sociale. Le premier groupe de participants était composé d'individus présentant un diagnostic principal de phobie sociale, le deuxième était formé d'individus présentant un diagnostic principal de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale alors que le troisième groupe était constitué d'individus ne présentant aucun diagnostic sur l'axe I.

Les hypothèses propres à cette étude ont été confirmées. En effet, les résultats de la présente étude indiquent que les gens ayant un diagnostic principal de phobie sociale ont une estime de soi sociale et une perception d'efficacité personnelle sociale significativement plus faible que les participants des deux autres groupes. De plus, les résultats montrent que les participants du premier groupe ont significativement plus de croyances irrationnelles sociales que les deux autres groupes. Finalement, l'échelle mesurant la perception de l'efficacité personnelle sociale est celle qu'il serait préférable de choisir afin de discriminer les trois groupes de participants. De plus, cette échelle est également celle qu'il serait préférable de privilégier afin de discriminer les individus ayant un diagnostic principal de phobie sociale de ceux ayant un diagnostic principal de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale.

Les résultats obtenus corroborent ceux des recherches précédentes sur la phobie sociale. En effet, plusieurs études rapportent une corrélation significative entre des mesures d'estime de soi sociale et des mesures d'anxiété sociale (Cheek & Buss, 1981; Leary & Kowalski, 1995). Les résultats de la présente étude indiquent également qu'il y a une corrélation significative entre l'estime de soi sociale et la phobie sociale. De plus, l'étude de Sutton-Simon et Goldfried (1979) conclut qu'il y a une corrélation modeste mais significative entre la variable croyances irrationnelles et l'anxiété sociale. Les résultats de la présente étude démontrent qu'il y a une corrélation significative entre la variable croyances irrationnelles sociales et la phobie sociale. Finalement, l'étude de Wallace et Alden (1991) indique qu'il y a

une corrélation significative entre la perception de l'efficacité personnelle sociale et l'anxiété sociale chez les hommes. Il en va de même pour la présente étude car, les résultats démontrent une corrélation significative entre la perception de l'efficacité personnelle sociale et la phobie sociale. Les recherches précédentes ont établi un lien avec l'anxiété sociale. Toutefois, la présente étude va au-delà de ces recherches en établissant un lien avec la phobie sociale. Les résultats de cette étude pourront donc avoir des répercussions au niveau du diagnostic de la phobie sociale proprement dite. En effet, l'identification des variables cognitives propres à la phobie sociale s'avérera utile au point de vue diagnostic. De plus, des recherches visant à vérifier la causalité entre les variables cognitives spécifiques à la phobie sociale et la phobie sociale pourrait faire suite à cette étude.

L'insertion des résultats à un modèle intégratif est une étape importante car elle permet d'avoir une vue d'ensemble. Le modèle cognitivo-social du comportement humain de Bandura a été choisi car il favorise la compréhension du phénomène dans sa globalité et il est supporté par plusieurs recherches dans plusieurs domaines (Bandura, 1997). Ce modèle englobe les déterminants suivants : l'environnement externe, les facteurs personnels internes et le comportement. Les facteurs personnels internes consistent en des événements biologiques, affectifs et cognitifs. De plus, la perception de l'efficacité personnelle constitue une variable cognitive qui joue un rôle important au niveau du modèle de Bandura. L'influence de la perception de l'efficacité personnelle peut être directe ou indirecte. L'influence de la perception de l'efficacité personnelle est indirecte lorsque celle-ci s'exerce par le biais de variables intermédiaires. Le modèle explicatif de la phobie sociale qui a été élaboré s'est inspiré du modèle cognitivo-social de Bandura (1997). Le modèle explicatif de la phobie sociale implique diverses composantes dont l'interaction favorise une compréhension de la problématique dans son ensemble.

D'une part, la composante environnement se retrouve au sommet du modèle. Celle-ci comporte deux facteurs, soit la situation sociale et les gens. Il est à noter que les caractéristiques de la situation sociale ont une influence sur le niveau d'anxiété sociale ressentie par l'individu. À titre d'exemple, le niveau d'anxiété sociale augmente, entre autres, avec le degré de formalité de la situation sociale (Amies, Gelder & Shaw, 1983). De plus, les actions, les verbalisations et les caractéristiques d'autrui ont également une influence sur

l'anxiété sociale de l'individu. Ainsi, plus le nombre et le statut des gens sont élevés, plus le niveau d'anxiété sociale sera élevé (Latane, 1981). L'anxiété sociale sera également plus élevée si les gens sont de sexe opposé de l'individu (Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986 ; Dodge, Heimberg, Nyman & O'Brien, 1987).

La deuxième composante du modèle consiste en l'individu. Celle-ci comporte deux facteurs soit le traitement de l'information et les réactions. En ce qui concerne le traitement de l'information chez les phobiques sociaux, il est possible de constater qu'il y a présence de faible perception de l'efficacité personnelle sociale et de croyances irrationnelles sociales. De plus, les phobiques sociaux accordent une attention particulière à l'environnement (principalement à l'information qui sous-tend une évaluation négative), à soi, c'est-à-dire aux facteurs personnels internes (variables biologiques, cognitives, affectives), ainsi qu'aux comportements.

L'individu interprète la situation à la lumière des éléments ci-dessus mentionnés et cela le conduit à percevoir une menace. Cette perception d'une menace l'amène à vivre de l'anxiété (Beck & Emery, 1985). L'individu présente donc des réactions cognitives (estime de soi sociale, croyances irrationnelles sociales et perception de l'efficacité personnelle sociale), biologiques et affectives. Les réactions biologiques peuvent, entre autres, se présenter sous forme de tremblements, de sueurs et de rougissement. Quant aux réactions affectives, celles-ci peuvent se ressentir, entre autres, sous forme de sentiment de gêne, de honte et de peur. Finalement, les comportements de l'individu (e.g., retrait social et habiletés sociales) auront une influence tant sur l'environnement que sur l'individu lui-même. La richesse de ce modèle réside, entre autres, au fait que ce dernier prend en considération les diverses variables impliquées au niveau de la phobie sociale et illustre les différentes interactions qui sont présentes. Les recherches à venir sur la phobie sociale pourraient grandement bénéficier de l'inspiration d'un modèle intégratif comme celui présenté dans la présente étude.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.). Washington, DC: Auteur.
- Amies, P. L., Gelder, M. G., & Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. British Journal of Psychiatry, *142*, 174-179.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman and Company.
- Baron, P., & Marcotte, D. (1993). L'efficacité d'une stratégie d'intervention émotivo-rationnelle auprès d'adolescents dépressifs du milieu scolaire. Revue canadienne de counseling, *27*, 77-92.
- Battle, J. (1987). 9 to 19: crucial years for self-esteem in children and youth. Seattle, WA: Special Child Publication.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.
- Branden, N. (1969). The psychology of self-esteem. Los Angeles, CA: Nash.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. Behaviour Research and Therapy, *23*, 651-657.
- Cheek, J. M., & Buss, A. H. (1981). Shyness and sociability. Journal of Personality and Social Psychology, *41*, 330-339.
- Clark, J. V., & Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. Psychological Reports, *36*, 211-221.
- Connolly, J. (1989). Social self-efficacy in adolescence : Relation with self-concept, social adjustment, and mental health. Canadian Journal of Behavioral Science, *21(3)*, 258-269.
- Crawford, T., & Ellis, A. (1989). A dictionary of rational-emotive feelings and behaviors. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, *7(1)*, 3-15.
- Dodge, C. S., Heimberg, R. G., Nyman, D., & O'Brien, G. T. (1987). Daily heterosocial interactions of high and low socially anxious college students : A diary study. Behavior Therapy, *18*, 90-96.
- Dryden, W. E., & Ellis, A. (1988). Rational-emotive therapy. In K. Dobson (Ed.), Handbook of Cognitive-behavioral therapies, New York, Guilford Press.

Emmelkamp, P. M. G. (1982). Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research, and practice. New York: Plenum Press.

Gauthier, J., & Bouchard, S. (1990). Adaptation française d'un inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété. Présentation au Congrès de la Corporation Professionnelle des Psychologues du Québec.

Gauthier, J., Samson, P., Turbide, D., & Lawson, J.S. (1980). Inventaire d'estime de soi sociale. Université Laval.

Goldfried, M. R., & Sobocinski, D. (1975). The effect of irrational beliefs on emotional arousal. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 504-510.

Hill, G. J. (1989). An unwillingness to act : Behavioral appropriateness, situational constraint, and self-efficacy in shyness. Journal of Personality, 57, 871-890.

Himle, J. A., Himle, D. P., & Thyer, B. A. (1989). Irrational beliefs and the anxiety disorders. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 7(3), 155-165.

Kassinove, H. (1986). Self-reported affect and core irrational thinking : A preliminary analysis. Journal of Rational-Emotive Therapy, 4(2), 119-130.

Kassinove, H., & Berger, A. (1988). Survey of personal beliefs. Hofstra University. Communication personnelle.

Kawash, G. F. (1982). A structural analysis of self-esteem from pre-adolescence through adulthood: Anxiety and extraversion as agents in the development of self-esteem. Journal of Clinical Psychology, 38(2), 301-311.

Latane, B. (1981). The psychology of social impact. American Psychologist, 36, 343-356.

Lawson, J. S., Marshall, W. L., & McGrath, P. (1979). The Social Self-Esteem Inventory. Educational and Psychological Measurements, 39, 803-811.

Leary, M. R. (1980). The social psychology of shyness: Testing a self-presentational model. Unpublished doctoral dissertation, University of Florida.

Leary, M. R. (1983). Understanding social anxiety: Social, personality, and clinical perspectives. Beverly Hills, CA: Sage.

Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). Social anxiety. New York, The Guilford Press.

McCroskey, J. C. (1977). Oral communication apprehension: A summary of recent theory and research. Human Communication Research, 4, 78-96.

Morier, S., & Boisvert, J.-M. (1994). Inventaire d'anxiété et d'évitement social. Université Laval,

Prévost, M.-J., Kéroack, J., & Boisvert, J.-M. (1987). Inventaire d'anxiété et d'évitement social. Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Rapee, R. M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. In R.G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F.R. Schneier (Eds.). Social phobia : Diagnosis, assessment and treatment (pp. 41-66). New York : The Guilford Press.

Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. Archives of General Psychiatry, *49*, 282-288.

Schneier, F. R., Heckman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D., & Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. Journal of Clinical Psychiatry, *55*, 322-331.

Spitzer, R., Williams, J. B., & Gibbon, M. (1995). Manual for the structured clinical interview for DSM-III-R. New York: New York State Psychiatric Institute.

Stein, M. B., Tancer, M. E., Gelernter, C. S., Vittone, B. J., & Uhde, T. W. (1990). Major depression in patients with social phobia. American Journal of Psychiatry, *147*, 637-639.

Sutton-Simon, K., & Goldfried, M. R. (1979). Faulty thinking patterns in two types of anxiety. Cognitive Therapy and Research, *3*, 192-203.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, *95*, 389-394.

Van Ameringen, M., Mancini, C., Styan, D., & Donison, D. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. Journal of Affective Disorders, *21*, 93-99.

Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1991). A comparison of social standards and perceived ability in anxious and nonanxious men. Cognitive therapy and Research, *15*, 237-254.

Watson, D., & Friend, F. (1969). Measurement of social-evaluation anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *33*, 448-457.

Wylie, R. (1974). The self-concept. (Rev. Ed.). Lincoln: University of Nebraska Press.

Zimbardo, P. G. (1977). Shyness: What it is and what to do about it. New York: Jove.



Note des auteurs

Les auteurs tiennent à remercier les membres du Laboratoire de médecine comportementale qui ont participé au recrutement des participants. De plus, ils tiennent également à remercier les membres du Laboratoire de recherche sur les relations conjugales et interpersonnelles qui ont participé au recrutement des participants.

Le premier auteur tient à remercier les examinateurs de ce mémoire, Charles M. Morin, Ph.D. et Jean-Marie Boisvert, Ph.D., pour leurs commentaires.

Adresser vos demandes de tirés-à-part au Dr. Janel G. Gauthier, Pavillon Félix-Antoine- Savard, École de psychologie, Université Laval, Sainte-Foy, Québec, Canada, G1K 7P4 (janel.gauthier@psy.ulaval.ca)

Tableau 1

Description de l'échantillon de l'étude

Variabiles	Groupe 1 (N = 20)	Groupe 2 (N = 20)	Groupe 3 (N = 20)
Âge moyen	35,2 ans	33,6 ans	32,5 ans
Nombre de femmes	14	15	14
Nombre moyen d'années d'étude	13,95 ans	12,75 ans	16,2 ans
Statut civil:			
célibataire	70%	45%	80%
marié(e) ou conjoint de fait	15%	35%	15%
divorcé(e)	5%	15%	0%
veuf(ve)	5%	0%	5%
séparé(e)	5%	5%	0%
Diagnostic principal sur l'axe I:			
phobie sociale	100%	0%	0%
trouble de panique sans agoraphobie	0%	5%	0%
trouble de panique avec agoraphobie	0%	95%	0%
aucun	0%	0%	100%

Note. Le groupe 1 est composé d'individus ayant un diagnostic principal de phobie sociale, le groupe 2 est constitué d'individus ayant un diagnostic principal de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale et le groupe 3 est formé d'individus n'ayant aucun diagnostic sur l'axe I.

Tableau 2

Moyennes et (écarts-types) pour les variables anxiété sociale, estime de soi sociale, croyances irrationnelles, croyances irrationnelles sociales et perception de l'efficacité personnelle sociale pour chaque groupe

Variables	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Anxiété sociale (IAES)	22,8 (3,1)	13,7 (7,8)	2,2 (4,2)
Estime de soi sociale (IESS)	86,0 (22,4)	125,2 (28,9)	154,2 (20,7)
Croyances irrationnelles (score total) (QCP)	132,7 (27,2)	147,0 (31,9)	179,5 (26,2)
Croyances irrationnelles sociales (QCPS)	20,8 (5,2)	26,7 (6,2)	30,7 (6,3)
Perception d'efficacité personnelle sociale (PEPS)	60,4 (20,3)	96,8 (23,2)	122,7 (20,6)

Note. Le groupe 1 est composé d'individus ayant un diagnostic principal de phobie sociale, le groupe 2 est constitué d'individus ayant un diagnostic principal de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale et le groupe 3 est formé d'individus n'ayant aucun diagnostic sur l'axe I.

Un score élevé sur les échelles mesurant l'anxiété sociale, l'estime de soi sociale et la perception de l'efficacité personnelle sociale indique un niveau élevé pour ces variables. Un score élevé sur l'échelle des croyances irrationnelles indique la présence de peu de croyances irrationnelles.

Tableau 3

Analyses discriminantes effectuées auprès des variables estime de soi sociale, croyances irrationnelles sociales et perception de l'efficacité personnelle sociale pour les trois groupes de participants (N = 60)

Modèles	Corrélation canonique	Taux de classification (%)
1 prédicteur		
1 Estime de soi sociale	.763	40/60 (66,7)
2 Croyances irrationnelles sociales	.577	36/60 (60,0)
3 Perception de l'efficacité personnelle sociale	.775	43/60 (71,7)
2 prédicteurs		
4 Estime de soi sociale, Croyances irrationnelles sociales	.777	42/60 (70,0)
5 Estime de soi sociale, Perception de l'efficacité personnelle sociale	.804	45/60 (75,0)
6 Perception de l'efficacité personnelle sociale, Croyances irrationnelles sociales	.787	42/60 (70,0)
3 prédicteurs		
7 Estime de soi sociale, Croyances irrationnelles sociales, Perception de l'efficacité personnelle sociale	.809	46/60 (76,7)

Note. Le groupe 1 est composé d'individus ayant un diagnostic principal de phobie sociale, le groupe 2 est constitué d'individus ayant un diagnostic principal de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale et le groupe 3 est formé d'individus n'ayant aucun diagnostic sur l'axe I.

$p < .0001$

Tableau 4

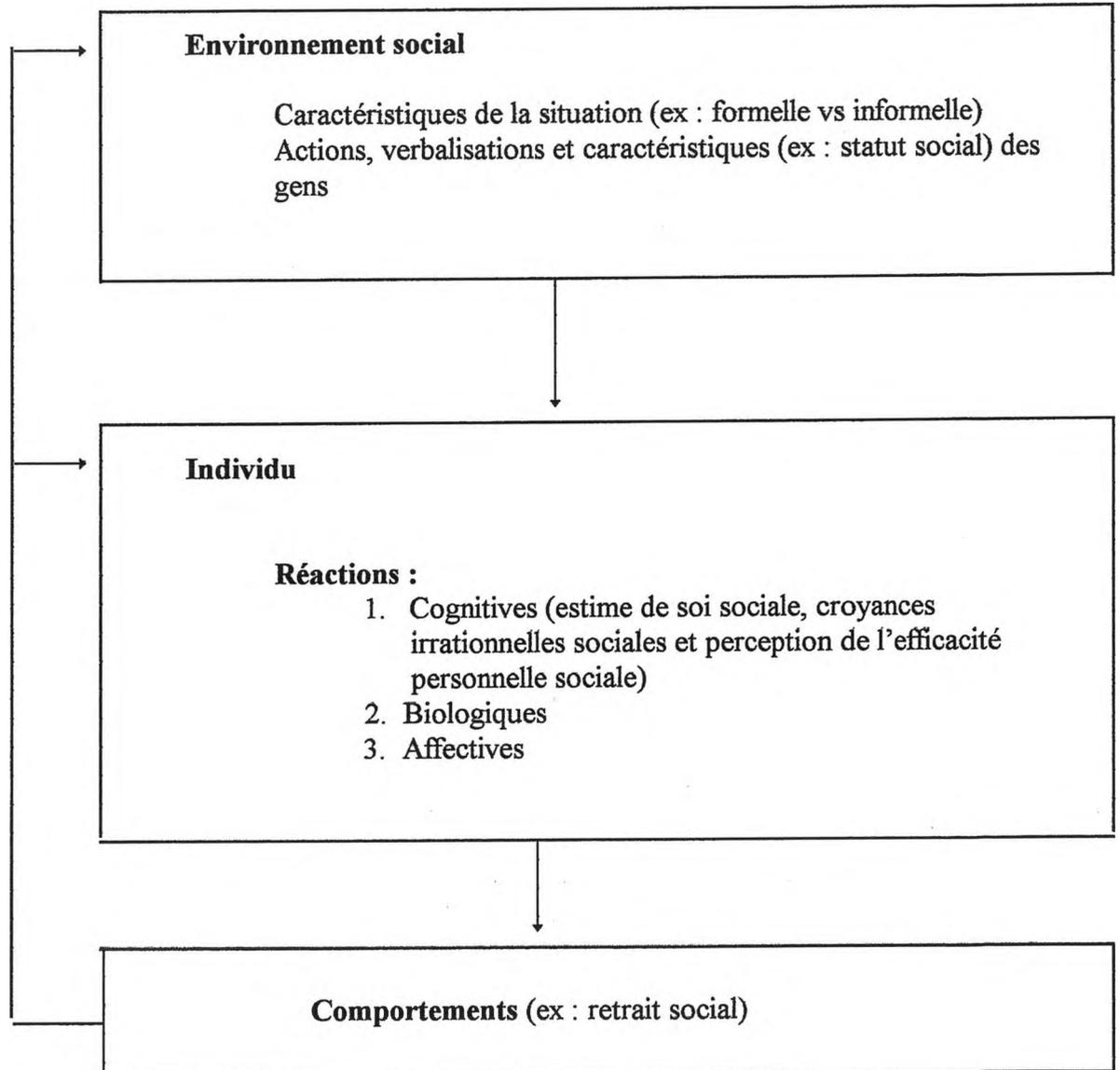
Analyses discriminantes effectuées auprès des variables estime de soi sociale, croyances irrationnelles sociales et perception de l'efficacité personnelle sociale pour les groupes 1 et 2 (N = 40)

Modèles	Corrélation canonique	Taux de classification (%)
1 prédicteur		
1 Estime de soi sociale	.613	31/40 (77,5)
2 Croyances irrationnelles sociales	.470	29/40 (72,5)
3 Perception de l'efficacité personnelle sociale	.651	33/40 (82,5)
2 prédicteurs		
4 Estime de soi sociale, Croyances irrationnelles sociales	.636	32/40 (80,0)
5 Estime de soi sociale, Perception de l'efficacité personnelle sociale	.691	33/40 (82,5)
6 Perception de l'efficacité personnelle sociale, Croyances irrationnelles sociales	.666	34/40 (85,0)
3 prédicteurs		
7 Estime de soi sociale, Croyances irrationnelles sociales, Perception de l'efficacité personnelle sociale	.695	32/40 (80,0)

Note. Le groupe 1 est composé d'individus ayant un diagnostic principal de phobie sociale et le groupe 2 est constitué d'individus ayant un diagnostic principal de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale.

$p < .0001$

Figure 1. Modèle cognitivo-social de la phobie sociale



CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce mémoire visait à déterminer l'importance des variables cognitives, estime de soi sociale, croyances irrationnelles et perception de l'efficacité personnelle sociale dans la phobie sociale. Pour ce faire, un groupe de participants ayant un diagnostic principal de phobie sociale, un groupe de participants ayant un diagnostic principal de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans présence de diagnostic secondaire de phobie sociale ainsi qu'un groupe de participants n'ayant aucun diagnostic sur l'axe I ont répondu à quatre questionnaires.

Les résultats obtenus ont permis d'établir que les participants ayant un diagnostic principal de phobie sociale ont une estime de soi sociale et une perception de l'efficacité personnelle sociale significativement plus faible que les deux autres groupes, c'est-à-dire les participants ayant un diagnostic principal de trouble panique avec ou sans agoraphobie et sans diagnostic secondaire de phobie sociale et les participants n'ayant aucun diagnostic sur l'axe I. De plus, les participants ayant un diagnostic principal de phobie sociale présentent significativement plus de croyances irrationnelles sociales que les deux autres groupes de participants. Finalement, les résultats démontrent que l'échelle mesurant la perception de l'efficacité personnelle sociale est celle qui discrimine davantage les trois groupes de participants.

Les résultats soulignent également l'importance de considérer l'estime de soi sociale, les croyances irrationnelles sociales et la perception de l'efficacité personnelle sociale au niveau de l'élaboration des traitements de la phobie sociale. Cette étude apporte donc une contribution autant au niveau diagnostique qu'au niveau du traitement. En terminant, il semble que des recherches futures portant sur les autres composantes du modèle explicatif de la phobie sociale pourraient être envisagées afin de mieux comprendre la phobie sociale et de faciliter l'amélioration des traitements.

BIBLIOGRAPHIE

Agras, W. S., Oliveau, D., & Sylvester, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobias. Comprehensive Psychiatry, *10*, 151-156.

Alden, L. E., Bieling, P. J., & Wallace, S. T. (1994). Perfectionism in an interpersonal context: A self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. Cognitive Therapy and Research, *18*, 297-316.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.). Washington, DC: Auteur.

Amies, P. L., Gelder, M. G., & Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. British Journal of Psychiatry, *142*, 174-179.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman and Company.

Baron, P., & Marcotte, D. (1993). L'efficacité d'une stratégie d'intervention émotivo-rationnelle auprès d'adolescents dépressifs du milieu scolaire. Revue canadienne de counseling, *27*, 77-92.

Battle, J. (1987). 9 to 19: crucial years for self-esteem in children and youth. Seattle, WA: Special Child Publication.

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.

Bouchard, S., Cox, B., Taylor, S., & Gauthier, J. (1997). Understanding and Treating Anxiety Disorders in Adults. In Marshall, W.L. (Eds), Abnormal Psychology. Prentice-Hall.

Branden, N. (1969). The psychology of self-esteem. Los Angeles, CA: Nash.

Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. Behaviour Research and Therapy, *23*, 651-657.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1988). A control-process perspective on anxiety. Anxiety Research, *1*, 17-22.

Chapman, T. T., Mannuza, S., & Fyer, A. J. (1995). Epidemiology and Family Studies of Social Phobia. In Heimberg, R. G., Liebowitz, M., Hope, D., & Scheier, F. (Eds). Social Phobia, Diagnosis, Assessment and Treatment. (pp.21-40). New York: Guilford Press.

Cheek, J. M., & Buss, A. H. (1981). Shyness and sociability. Journal of Personality and Social Psychology, 41, 330-339.

Clark, J. V., & Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. Psychological Reports, 36, 211-221.

Connolly, J. (1989). Social self-efficacy in adolescence : Relation with self-concept, social adjustment, and mental health. Canadian Journal of Behavioral Science, 21(3), 258-269.

Crawford, T., & Ellis, A. (1989). A dictionary of rational-emotive feelings and behaviors. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 7(1), 3-15.

Dryden, W. E., & Ellis, A. (1988). Rational-emotive therapy. In K. Dobson (Ed.), Handbook of Cognitive-behavioral therapies, New York, Guilford Press.

Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.

Emmelkamp, P. M. G. (1982). Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research, and practice. New York: Plenum Press.

Gauthier, J., & Bouchard, S. (1990). Adaptation française d'un inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété. Présentation au Congrès de la Corporation Professionnelle des Psychologues du Québec.

Gauthier, J., Samson, P., Turbide, D., & Lawson, J.S. (1980). Inventaire d'estime de soi sociale. Université Laval.

Glasgow, R. E., & Arkowitz, H. (1975). The behavioral assessment of male and female social competence in dyadic heterosexual interactions. Behavior Therapy, 6, 488-498.

Goldfried, M. R., & Sobocinski, D. (1975). The effect of irrational beliefs on emotional arousal. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 504-510.

Gormally, J., Sipps, G., Raphael, R., & Varvil-Weld, D. (1981). Treatment of socially anxious college men using cognitive counseling and skills training. Journal-of-Counseling-Psychology, 28(2), 177-187.

Heimberg, R. G., Liebowitz, M., Hope, D., & Schneider, F. (Eds). (1995). Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. New York: Guilford Press.

Hill, G. J. (1989). An unwillingness to act : Behavioral appropriateness, situational constraint, and self-efficacy in shyness. Journal of Personality, *57*, 871-890.

Himle, J. A., Himle, D. P., & Thyer, B. A. (1989). Irrational beliefs and the anxiety disorders. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, *7(3)*, 155-165.

Kagan, J., & Resnick, S. J. (1989). Shyness and temperament. In Jones, W.H., Cheek, J.M., & Briggs, R.S. (Eds). Shyness: Perspectives on research and treatment (pp.81-90). Plenum: New York.

Kassinove, H. (1986). Self-reported affect and core irrational thinking : A preliminary analysis. Journal of Rational-Emotive Therapy, *4(2)*, 119-130.

Kassinove, H., & Berger, A. (1988). Survey of personal beliefs. Hofstra University. Communication personnel.

Kawash, G. F, (1982). A structural analysis of self-esteem from pre-adolescence through adulthood: Anxiety and extraversion as agents in the development of self-esteem. Journal of Clinical Psychology, *38(2)*, 301-311.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in woman: The interrelations of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. Archives of General Psychiatry, *49*, 273-281.

Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. American Journal of Psychiatry, *147*, 685-695.

Lawson, J. S., Marshall, W. L., & McGrath, P. (1979). The Social Self-Esteem Inventory. Educational and Psychological Measurements, *39*, 803-811.

Leary, M. R. (1980). The social psychology of shyness: Testing a self-presentational model. Unpublished doctoral dissertation, University of Florida.

Leary, M. R. (1983a). Understanding social anxiety: Social, personality, and clinical perspectives. Bervely Hills, CA: Sage.

Leary, M. R. (1983b). Social anxiousness: The construct and its measurements. Journal of Personality Assessment, *47*, 66-75.

Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). Social anxiety. New York, The Guilford Press.

Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. Archives of General Psychiatry, *42*, 729-736.

Marks, I. M. (1970). The classification of phobic disorders. British Journal of Psychiatry, 116, 377-386.

Marzillier, J. S., Labert, C., & Kellet, J. (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization and social skills training for socially inadequate psychiatric patients. Behavior Research and Therapy, 14, 225-238.

McCroskey, J. C. (1977). Oral communication apprehension: A summary of recent theory and research. Human Communication Research, 4, 78-96.

Montgomery, R. L., & Haemmerlie, F. M. (1982). Self-report and behavioral measures with heterosocially anxious subjects. Psychological Reports, 50, 1219-1222.

Morier, S., & Boisvert, J.-M. (1994). Inventaire d'anxiété et d'évitement social. Université Laval,

Newton, A., Kindness, K., & McFadyen, M. (1983). Patients and social skills groups: Do they lack social skills? Behavioural-Psychotherapy, 11(2), 116-126.

Nichols, K. A. (1974). Severe social anxiety. British Journal of Medical Psychology, 74, 301-306.

Nickell, P. V., & Uhde, T. W. (1995). Neurobiology of Social Phobia. In Heimberg, R. G., Liebowitz, M., Hope, D., & Scheier, F. (Eds), Social Phobia, Diagnosis, Assessment and Treatment. (pp.113-133). New York: Guildford Press.

Plomin, R., & Daniels, D. (1986). Genetic and shyness. In: Jones, W.H., Cheek, J. M., & Briggs, R. S. (Eds) . Shyness: Perspectives on research and treatment (pp. 63-80). Plenum: New York.

Prévost, M.- J., Kéroack, J., & Boisvert, J.-M. (1987). Inventaire d'anxiété et d'évitement social. Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behavior Research Therapy, 35 (8), 741-756.

Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. Archives of General Psychiatry, 49, 282-288.

Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. Psychological Bulletin, 92, 641-669.

Scholing, A., & Emmeldamp, P. M. G. (1990). Social phobia: Nature and treatment. In H. Leitenberg (Ed.), Handbook of social and evaluation anxiety (pp.217-246). New York: Plenum Press.

Spitzer, R., Williams, J. B., & Gibbon, M. (1995). Manual for the structured clinical interview for DSM-III-R. New York: New York State Psychiatric Institute.

Stein, M. B., Tancer, M. E., Gelernter, C. S., Vittone, B. J., & Uhde, T. W. (1990). Major depression in patients with social phobia. American Journal of Psychiatry, 147, 637-639.

Sutton-Simon, K., & Goldfried, M. R. (1979). Faulty thinking patterns in two types of anxiety. Cognitive Therapy and Research, 3, 192-203.

Torgersen, S. (1979). The nature and origin of common phobic fears. British Journal of Psychiatry, 134, 343-351.

Van Ameringen, M., Mancini, C., Styan, D., & Donison, D. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. Journal of Affective Disorders, 21, 93-99.

Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1991). A comparison of social standards and perceived ability in anxious and nonanxious men. Cognitive therapy and Research, 15, 237-254.

Watson, D., & Friend, F. (1969). Measurement of social-evaluation anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 448-457.

Wylie, R. (1974). The Self-concept. (Rev. Ed.). Lincoln: University of Nebraska Press.

Zimbardo, P. G. (1977). Shyness: What it is and what to do about it. New York: Jove.

ANNEXES

ANNEXE A**Inventaire d'anxiété et d'évitement social**

INVENTAIRE D'ANXIÉTÉ ET D'ÉVITEMENT SOCIAL

S'il vous plaît, veuillez répondre par vrai (V) ou faux (F) à chacune des phrases suivantes.

Encerclez la réponse qui vous décrit le mieux.

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Je me sens bien même dans des rencontres dont je n'ai pas l'habitude. | V | F |
| 2. J'essaie d'éviter les situations qui m'obligent à être très sociable. | V | F |
| 3. Je me détends facilement en présence des gens que je ne connais pas. | V | F |
| 4. Je ne désire pas particulièrement éviter les gens. | V | F |
| 5. Les rencontres sociales me dérangent souvent. | V | F |
| 6. Je me sens habituellement calme et confiant(e) dans des rencontres sociales | V | F |
| 7. Je suis habituellement à l'aise de parler à une personne de l'autre sexe. | V | F |
| 8. J'essaie d'éviter de parler aux gens que je ne connais pas bien. | V | F |
| 9. Si j'ai la chance de rencontrer de nouvelles personnes, j'en profite. | V | F |
| 10. Je me sens souvent nerveux(se) ou tendu(e) lorsque je me retrouve dans un groupe où il y a des gens des deux sexes. | V | F |
| 11. Je suis habituellement nerveux(se) avec les gens que je connais peu. | V | F |
| 12. Je me sens ordinairement détendu(e) quand je suis avec un groupe de personnes. | V | F |
| 13. Je veux souvent fuir les gens. | V | F |
| 14. D'habitude, je me sens mal à l'aise dans un groupe de personnes que je ne connais pas. | V | F |
| 15. Je suis ordinairement détendu(e) lorsque je rencontre quelqu'un(e) pour la première fois. | V | F |
| 16. Je deviens tendu(e) et nerveux(se) quand on me présente à des gens. | V | F |
| 17. Je peux entrer dans une pièce même s'il y a plusieurs personnes que je ne connais pas. | V | F |

- | | | |
|---|---|---|
| 18. J'ai tendance à ne pas m'avancer et à ne pas me joindre à un grand groupe de personnes. | V | F |
| 19. Quand mes patron(ne)s ou mes supérieurs veulent parler avec moi, je le fais volontiers. | V | F |
| 20. Je me sens souvent tendu(e) en présence d'un groupe de personnes. | V | F |
| 21. J'ai tendance à m'éloigner des gens. | V | F |
| 22. Ça ne me dérange pas de parler aux gens dans des réceptions ou des rencontres sociales. | V | F |
| 23. Je suis rarement à l'aise dans un grand groupe de personnes. | V | F |
| 24. J'invente souvent des excuses pour ne pas aller à mes rendez-vous. | V | F |
| 25. Il m'arrive parfois de présenter des gens. | V | F |
| 26. J'essaie d'éviter les rencontres sociales formelles. | V | F |
| 27. D'habitude, je me rends à tous mes rendez-vous. | V | F |

ANNEXE B

Inventaire d'estime de soi sociale

Inventaire d'estime de soi sociale

S'il vous plaît, placez à la gauche de chaque énoncé le chiffre que vous jugez le plus approprié selon l'échelle suivante:

Complètement différent de moi	1	2	3	4	5	6	Exactement comme moi
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------------------------

Par exemple, si vous pensez que l'énoncé est une description exacte de vous, placez le chiffre « 6 » à la gauche de l'énoncé. Si vous jugez que l'énoncé offre une description qui est complètement le contraire de vous, alors placez le chiffre « 1 » à côté de ce dernier. Les chiffres de « 2 » à « 5 » représentent des degrés variés du concept « comme moi ». Vous êtes priés de choisir le chiffre qui indique de la façon la plus exacte le degré de similarité existant entre vous et la description énoncée dans chaque phrase. Ne vous attardez pas sur une phrase, répondez rapidement. Votre premier choix est probablement le meilleur.

- _____ 1. J'ai de la difficulté à parler à des étrangers.
- _____ 2. Je manque de confiance en moi avec les gens.
- _____ 3. Je fonctionne bien socialement.
- _____ 4. Je me sens en confiance dans les situations sociales.
- _____ 5. Il est facile de m'aimer.
- _____ 6. Je m'entends bien avec les autres personnes.
- _____ 7. Je me fais des ami(e)s facilement.
- _____ 8. Je suis gai(e) et plein(e) d'humour dans les situations sociales.
- _____ 9. Quand je suis avec d'autres personnes, je perds confiance en moi.
- _____ 10. Je trouve qu'il est difficile de me faire des ami(e)s.
- _____ 11. Je ne vauds rien du tout au point de vue social.
- _____ 12. J'entretiens raisonnablement bien la conversation.
- _____ 13. Je suis populaire chez les gens de mon âge.
- _____ 14. J'ai peur des grosses réceptions (party).

- _____ 15. J'ai vraiment du plaisir à assumer des rôles sociaux.
- _____ 16. Habituellement, je dis ce qu'il ne faut pas quand je parle avec des gens.
- _____ 17. Je me sens sûr(e) de moi aux réceptions (party).
- _____ 18. Habituellement, je suis incapable de trouver quelque chose d'intéressant à dire aux gens.
- _____ 19. Je suis ennuyant(e) pour la plupart des gens.
- _____ 20. Les gens ne me trouvent pas intéressant.
- _____ 21. Je suis nerveux(se) avec des gens qui ne sont pas des ami(e)s intimes.
- _____ 22. J'ai passablement de facilité à rendre les gens à l'aise avec moi.
- _____ 23. Je suis plus gêné(e) que la plupart des gens.
- _____ 24. Je suis une personne amicale.
- _____ 25. Je peux facilement soutenir l'intérêt des gens.
- _____ 26. Je n'ai pas beaucoup de personnalité.
- _____ 27. Les gens apprécient beaucoup ma compagnie.
- _____ 28. Je suis passablement satisfait(e) de moi comme personne.
- _____ 29. Je suis passablement maladroit(e) dans les situations sociales.
- _____ 30. Je ne me sens pas à l'aise avec les autres personnes.

ANNEXE C

Questionnaire des croyances personnelles

Questionnaire des croyances personnelles

Nous sommes intéressés à connaître votre opinion sur les énoncés suivants. S'il vous plaît, veuillez encercler le chiffre qui représente le mieux votre croyance à propos de chaque énoncé.

Totalem- ent en accord	Générale- ment en accord	Légère- ment en accord	Légère- ment en désaccord	Générale- ment en désaccord	Totalem- ent en désaccord
1	2	3	4	5	6
1. Interagir avec certaines gens peut être très désagréable, mais jamais affreux ou horrible.					1 2 3 4 5 6
2. Quand je fais une erreur, je me dis souvent, « Je n'aurais pas dû faire cela ».					1 2 3 4 5 6
3. Les gens doivent absolument obéir à la loi.					1 2 3 4 5 6
4. Il n'y a rien que je ne peux pas supporter.					1 2 3 4 5 6
5. Être ignoré ou être maladroit socialement lors d'un « party » diminuerait mon sentiment de valeur personnelle.					1 2 3 4 5 6
6. Certaines situations dans la vie sont vraiment terribles.					1 2 3 4 5 6
7. Il y a des domaines dans lesquels je devrais absolument être plus compétent(e).					1 2 3 4 5 6
8. Mes parents devraient être raisonnables dans les demandes qu'ils me font.					1 2 3 4 5 6
9. Il y a des choses que je ne peux vraiment pas supporter.					1 2 3 4 5 6
10. Ma « valeur personnelle » n'est pas plus grande en raison de mes succès à l'école ou au travail.					1 2 3 4 5 6
11. La façon dont certains enfants se comportent est tout simplement affreuse.					1 2 3 4 5 6
12. Il y a certaines erreurs évidentes dans ma vie que je n'aurais absolument pas dû faire.					1 2 3 4 5 6

13. Même s'ils m'avaient promis quelque chose et que c'était important pour moi, il n'y a pas de raison pour laquelle mes amis(es) doivent faire ce que je veux. 1 2 3 4 5 6
14. Je ne peux pas tolérer que mes amis(es) ou mes enfants se comportent d'une manière immature, extravagante ou inconvenable. 1 2 3 4 5 6
15. Il y a des « bonnes personnes » et des « mauvaises personnes » comme on peut le voir en observant ce qu'elles font. 1 2 3 4 5 6
16. Il y a des moments où des choses terribles arrivent. 1 2 3 4 5 6
17. Il n'y a rien que je ne doive faire dans la vie. 1 2 3 4 5 6
18. Un jour ou l'autre les enfants doivent apprendre à faire face à leurs responsabilités. 1 2 3 4 5 6
19. Parfois, je ne peux tout simplement pas tolérer ma faible réussite à l'école ou au travail. 1 2 3 4 5 6
20. Même quand je fais des erreurs sérieuses ou coûteuses, ou que je blesse les autres, ma valeur personnelle ne change pas. 1 2 3 4 5 6
21. Ce serait terrible si je ne pouvais réussir à plaire aux gens que j'aime. 1 2 3 4 5 6
22. J'aimerais mieux faire à l'école (ou au travail), mais il n'y a aucune raison pour laquelle je dois absolument mieux faire. 1 2 3 4 5 6
23. Je crois que les gens ne devraient définitivement pas se comporter de façon pitoyable en public. 1 2 3 4 5 6
24. Je ne peux tout simplement pas supporter beaucoup de pression et de stress. 1 2 3 4 5 6
25. L'approbation ou désapprobation de mes amis(es) ou de ma famille n'affectent pas ma valeur personnelle. 1 2 3 4 5 6
26. Ce serait malheureux, mais certainement pas terrible, si quelqu'un de ma famille avait des problèmes médicaux sérieux. 1 2 3 4 5 6
27. Je dois définitivement bien faire dans toutes les choses que je décide de faire. 1 2 3 4 5 6

28. C'est généralement correct pour les adolescents d'agir
différemment en mangeant de la pizza au déjeuner et en laissant
traîner leurs vêtements et leurs livres sur le plancher dans leurs
chambres. 1 2 3 4 5 6
29. Je ne peux supporter certaines des choses que mes amis(es) ou les
membres de ma famille ont faites. 1 2 3 4 5 6
30. Une personne qui commet des fautes ou fait du mal aux autres très
souvent est une « mauvaise personne ». 1 2 3 4 5 6
31. Ce serait terrible si quelqu'un que j'aime développait des problèmes
mentaux sérieux et devait être hospitalisé. 1 2 3 4 5 6
32. Je dois absolument m'assurer que tout va bien dans les domaines
importants de ma vie. 1 2 3 4 5 6
33. Si cela m'importe beaucoup, mes amis(es) proches devraient
acquiescer aux faveurs que je leur demande. 1 2 3 4 5 6
34. Je peux facilement tolérer des situations très désagréables et des
interactions gênantes et embarrassantes avec des amis(es). 1 2 3 4 5 6
35. La façon dont les autres m'évaluent (amis(es), supérieurs,
professeurs) est très importante pour déterminer la façon dont
je m'évalue moi-même. 1 2 3 4 5 6
36. C'est terrible quand mes amis(es) se comportent de façon
pitoyable et inappropriée en public. 1 2 3 4 5 6
37. Il est clair que je ne devrais pas faire certaines des erreurs que
j'ai faites. 1 2 3 4 5 6
38. Il n'y a aucune raison pour laquelle les membres de ma famille
devraient agir de la façon dont je le désire. 1 2 3 4 5 6
39. C'est insupportable lorsque beaucoup de choses vont mal. 1 2 3 4 5 6
40. Je m'évalue souvent d'après mes succès au travail ou à l'école,
ou d'après mes réussites sociales. 1 2 3 4 5 6
41. Ce serait terrible si j'échouais totalement à l'école ou au travail. 1 2 3 4 5 6

42. Il n'y a pas de raison pour laquelle je devrais être une meilleur
personne que je le suis. 1 2 3 4 5 6
43. Il est clair qu'il y a des choses que les autres personnes ne doivent
pas faire. 1 2 3 4 5 6
44. Il y a certaines choses chez les gens au travail (ou à l'école) que je
ne peux tout simplement pas supporter. 1 2 3 4 5 6
45. Des problèmes émotionnels ou légaux sérieux diminueraient mon
sentiment de valeur personnelle. 1 2 3 4 5 6
46. Même des situations très malheureuses et désagréables telles
qu'échouer, perdre beaucoup d'argent ou un emploi ne sont
pas terribles. 1 2 3 4 5 6
47. Il y a de bonnes raisons pour lesquelles je ne dois pas faire
d'erreurs à l'école ou au travail. 1 2 3 4 5 6
48. Mes amis(es) et ma famille devraient absolument me traiter
mieux qu'ils ne le font parfois. 1 2 3 4 5 6
49. Quand mes amis(es) ne se comportent pas de la façon dont je
m'attends qu'ils se comportent, je peux facilement l'accepter. 1 2 3 4 5 6
50. Il est important d'enseigner aux enfants qu'ils peuvent devenir
de « bons garçons » et de « bonnes filles » en réussissant bien
à l'école et en gagnant l'approbation de leurs parents. 1 2 3 4 5 6

ANNEXE D

Échelle de perception de l'efficacité personnelle sociale

Échelle de perception de l'efficacité personnelle sociale

Plusieurs situations sont énumérées ci-dessous. Veuillez évaluer, à l'aide de l'échelle de cotation, votre capacité à faire face **MAINTENANT** aux différentes situations suivantes. S'il vous plaît, veuillez inscrire votre réponse sur la ligne prévue à cet effet, à gauche de l'énoncé.

Échelle de cotation

Très difficile à faire 1 2 3 4 5 6 Très facile à faire

- _____ 1. Amorcer une conversation avec un homme ou une femme que vous ne connaissez pas très bien.
- _____ 2. Exprimer votre opinion à un groupe de personnes qui discute d'un sujet qui vous intéresse.
- _____ 3. Vous joindre à un groupe de personnes à la cafétéria de l'école ou de votre milieu de travail pour le dîner.
- _____ 4. Travailler sur un projet avec une personne que vous ne connaissez pas très bien.
- _____ 5. Aider un(e) nouvel(le) étudiant(e) ou collègue à se sentir à l'aise avec votre groupe d'ami(e)s.
- _____ 6. Partager avec un groupe de personnes une expérience intéressante que vous avez déjà vécue.
- _____ 7. Vous placer dans une situation sociale nouvelle et différente.
- _____ 8. Vous porter volontaire afin d'organiser une activité sociale à l'école ou au travail.
- _____ 9. Demander à un groupe de personnes qui planifie aller au cinéma si vous pouvez vous joindre à eux.
- _____ 10. Défendre vos droits lorsque quelqu'un vous accuse de faire quelque chose que vous n'avez pas faite.
- _____ 11. Être invité(e) à une fête (party) qui est organisée par une des personnes les plus populaires de la classe ou du travail.

- _____ 12. Faire valoir votre point de vue dans une conversation.
- _____ 13. Être impliqué(e) dans des activités de groupe.
- _____ 14. Trouver quelqu'un avec qui prendre la pause.
- _____ 15. Porter le genre de vêtement que vous aimez même s'il est différent de celui que les autres portent.
- _____ 16. Dans une file d'attente, dire à une personne qui pousse devant vous d'attendre son tour.
- _____ 17. Vous défendre lorsqu'une autre personne dans votre classe ou au travail se moque de vous.
- _____ 18. Aider une personne qui visite votre école ou votre milieu de travail, pour une courte période de temps, à avoir du plaisir et vivre des expériences intéressantes.
- _____ 19. Vous joindre à un club de votre école (de votre travail) ou à une équipe de sport.
- _____ 20. Exprimer vos sentiments à une autre personne.
- _____ 21. Inviter quelqu'un chez-vous un samedi.
- _____ 22. Demander à quelqu'un de vous accompagner à une soirée dansante ou au cinéma.
- _____ 23. Aller à une fête (party) lorsque vous êtes certain(e) que vous ne connaîtrez aucune personne.
- _____ 24. Demander de l'aide à une autre personne lorsque vous en avez besoin.
- _____ 25. Vous faire des ami(e)s de votre groupe d'âge.

ANNEXE E
Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Laboratoire de médecine comportementale

Je, soussigné(e) _____, accepte librement de participer à la recherche portant sur la phobie sociale qui est conduite par Julie Turcotte, étudiante à la maîtrise en psychologie à l'Université Laval.

Je comprends que:

1. Le but de la recherche est d'améliorer les connaissances sur la phobie sociale ainsi que le traitement de cette dernière.

2. Ma participation implique que:

a) J'accepte de rencontrer un membre de l'équipe du Laboratoire de médecine comportementale de l'Université Laval pour une entrevue diagnostique. L'entrevue diagnostique aura une durée d'environ deux heures.

b) Je réponde à quatre questionnaires qui porteront sur les thèmes de l'anxiété sociale, de l'estime de soi, des croyances et de la perception de l'efficacité personnelle. La passation de ces quatre questionnaires aura une durée d'environ une heure.

3. Les avantages à participer à cette étude sont les suivants:

a) Recevoir un diagnostic sur la base d'un instrument diagnostique reconnu.

b) Effectuer le premier pas vers une démarche thérapeutique.

c) Être référé vers une ressource adéquate et appropriée à mes besoins.

d) Contribuer à l'avancement des connaissances des troubles anxieux.

e) En connaître davantage sur moi-même.

4. Les inconvénients à participer à cette étude sont les suivants:

a) Je devrai me déplacer jusqu'à l'Université Laval où l'évaluation diagnostique aura lieu.

b) L'évaluation diagnostique exige de prévoir une période de disponibilité de deux heures.

5. Je demeure parfaitement libre de participer à cette recherche et je pourrai en tout temps, sans avoir à fournir de raison, mettre fin à ma participation.

6. Toutes les informations recueillies à mon sujet seront traitées de manière à conserver mon anonymat et assurer la confidentialité des renseignements fournis:

- a) Mon nom n'apparaîtra pas sur aucun rapport de recherche et il sera remplacé par un code dans les divers documents complétés ;
- b) Toutes les informations recueillies sur mon identité seront rangées dans un classeur fermé à clef et cette formule de consentement sera conservée à part, de manière à ce qu'on ne puisse associer mon nom aux données ;
- c) Seuls les chercheurs impliqués dans ce projet auront accès à cette information.

7. La recherche est réalisée sous la direction du Dr Janel Gauthier, professeur titulaire de l'École de Psychologie de l'Université Laval.

8. Si je désire obtenir des informations ou formuler des critiques concernant ma participation à cette étude, je peux rejoindre Sébastien Simard, psychologue et coordonateur de l'étude, au 656-2131 poste 4768.

Signature du participant

Date

Responsable de la recherche

Date