

Phobie sociale

La **phobie sociale** (PS), ou **anxiété sociale** est une forme de troubles anxieux¹ définie récemment (1980 aux USA) et classée actuellement parmi les troubles psychiatriques les plus fréquents. Elle correspond à ce qu'on appelle traditionnellement une timidité exagérée, gênante ou handicapante.

Phobies sociales

<u>Spécialité</u>	<u>Psychiatrie</u>
<u>Symptôme</u>	<u>Anxiété sociale</u>

CIM-10 F40.1, F93.2

CIM-9 300.23

MedlinePlus 000957

MeSH D010698



Mise en garde médicale

Sommaire

Historique

Symptômes

- Aspects cognitifs
- Aspects comportementaux
 - Évitement
- Aspects émotionnels

Diagnostic

- Critères diagnostiques
 - Sous-groupes
- Controverses
- Échelles d'évaluation

Comorbidités

- Dépression
- Dépendances
- Troubles anxieux
- Difficultés relationnelles
- Trouble bipolaire et TDAH

Causes de la phobie sociale

- Dopamine
- Sérotonine
- Facteurs génétiques et familiaux
- Soutien familial
- Expériences sociales
- Facteurs sociaux et culturels

Imagerie

Prévalence

Traitements

- Psychothérapeutiques
 - Thérapies cognitivo-comportementales
 - Thérapies psychanalytiques
 - Exposition
 - Affirmation de soi
 - Restructuration cognitive
 - Relaxation
 - Psycho-éducation
 - Traitement de la dépression associée
- Médicamenteux
 - En première intention
 - En seconde intention

Notes et références

Voir aussi

- Bibliographie
- Articles connexes

Historique

Hippocrate avait déjà décrit latimidité aux alentours de 400av. J.-C.².

L'expression « phobie des situations sociales » apparaît dans le cours des années 1900³. Dans les années 1930, des psychologues ont utilisé le terme de « névrose sociale » pour décrire les patients extrêmement timides. À la suite des travaux de Joseph Wolpe sur la désensibilisation systématique, les recherches sur les phobies et leurs traitements augmentent. L'idée que la phobie sociale est une entité à part des autres phobies est à mettre au compte du psychiatre britannique Isaac Marks durant les années 1960. Cette idée acceptée par l'association américaine de psychiatrie (AAP), a été officiellement incluse dans la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (1980). La définition de la phobie a été revue dans l'édition suivante en 1989, afin de permettre une comorbidité avec le trouble de la personnalité évitante et d'introduire une nouvelle notion de « phobie sociale généralisée »⁴.

L'attention pour ces troubles a augmenté depuis 1999 avec la mise sur le marché de médicaments antidépresseurs ISRS et IRSNa⁵.

La phobie sociale est devenue un des troubles psychiatriques les plus fréquemment diagnostiqués, on considère que 12 % des Américains ont pu en souffrir à un moment dans leur vie⁶.

Symptômes

La phobie sociale est caractérisée par une peur intense qui survient dans une ou plusieurs situations sociales^{7,8} et qui entraîne une gêne et un handicap dans la vie quotidienne. Ces peurs peuvent être déclenchées par le fait d'être observé par les autres ou de penser qu'on l'est. Les patients craignent d'être vus comme anxieux, bizarres, distants ou idiots. Alors que ces peurs sont reconnues par la personne comme excessives et irrationnelles, il lui est très difficile de les surmonter. Les situations sociales sont donc progressivement évitées ce qui aggrave progressivement le trouble et entraîne un isolement.

Certaines personnes souffrant de phobie sociale ont peur de nombreuses situations sociales alors que ces difficultés sont limitées aux situations de performance chez d'autres (situation où l'on est jugé ou évalué par les autres). On parle alors de phobie sociale de performance.

Contrairement à d'autres troubles psychiatriques, on ne retrouve pas d'idées de persécution. Ces patients sont particulièrement vulnérables à d'autres troubles mentaux comme la dépression, les dépendances¹.

Les symptômes physiques qui accompagnent la phobie sociale sont : le fait de rougir ou de transpirer excessivement, des tremblements, des palpitations et des nausées. Un bégaiement peut être présent associé à un débit verbal rapide. Des attaques de panique peuvent apparaître lors de peur intense.

Souvent, la phobie sociale apparaît précocement. La moitié des patients l'ont développé avant l'âge de 11 ans et 80 % avant l'âge de 20 ans [réf. nécessaire]. Un diagnostic précoce pourrait aider à diminuer les symptômes et le développement de problèmes associés.

Aspects cognitifs

Dans les modèles cognitifs de phobie sociale, les patients redoutent la manière dont ils vont être perçus par les autres. Ils sont excessivement focalisés sur eux-mêmes et ont des attentes très élevées. D'après la théorie de l'auto-présentation développée en psychologie sociale, les patients essaient de créer une image positive d'eux mais sont incapables de le faire. Ils peuvent devenir extrêmement consciencieux, faire excessivement attention à toute erreur ou tout problème qui pourrait arriver et tentent de tout anticiper. Après l'épisode angoissant, ils peuvent avoir la perception qu'ils ont été mauvais. Par la suite, ils vérifieront tout ce qui pourrait être anormal ou embarrassant. Ces pensées peuvent durer plusieurs semaines⁹. Ces pensées sont souvent pessimistes, auto-défaitistes et infondées. Les patients interprètent souvent une expression neutre ou ambiguë de manière négative. De nombreuses études suggèrent que les personnes anxieuses se souviennent plus des souvenirs négatifs que les autres personnes⁴. Les distorsions cognitives sont une caractéristique principale de ce trouble. Elles sont identifiées et assouplies en thérapies cognitivo-comportementales

Aspects comportementaux

Les symptômes physiologiques possibles sont communs aux troubles anxieux et peuvent aller jusqu'à l'attaque de panique¹⁰. Ils appartiennent au registre de la réponse physiologique combat-fuite :

- une tachycardie ;
- une transpiration ;
- une hyperventilation ;
- une oppression thoracique ;
- des difficultés respiratoires ;
- un rougissement ;
- des douleurs abdominales ;
- des nausées ;
- des tremblements ;
- un bégaiement ;
- des larmes.

Ces symptômes visibles peuvent être la cause d'un cercle vicieux car elles peuvent confirmer les cognitions des patients et renforcer ainsi l'anxiété.

Évitement

Pour éviter ces désagréments, les patients évitent ces situations, ce qui empêche cette réponse physiologique, mais a tendance à les sensibiliser à aggraver leurs troubles à plus long terme. Ainsi, ils choisissent de s'isoler progressivement de la société.

Ils peuvent également se sentir mal à leur aise lorsqu'ils rencontrent de nouveaux individus et agir d'une manière distante lorsqu'ils sont en groupe.

On parle de comportements évitants mineurs lorsqu'un individu tente d'éviter tout contact visuel^{8, 11} ou qu'il croise les bras pour éviter d'exposer un tremblement⁴.

Aspects émotionnels

Les effets physiologiques, similaires à ceux diagnostiqués dans d'autres troubles anxieux, sont présents chez les individus souffrant de phobie sociale¹⁰. Chez les adultes, elles peuvent causer des pleurs.

Diagnostic

Critères diagnostiques

Ils sont définis par le DSM IV-TR¹² :

A. Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.

B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.

C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.

D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.

E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) sociale(s) ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles ou scolaires, ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.

G. La peur ou le comportement d'évitement n'est ni lié aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu un abus, un médicament), ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental (p. ex., trouble panique avec ou sans agoraphobie, trouble anxiété de séparation, peur d'une dysmorphie corporelle, trouble envahissant du développement ou personnalité schizoïde).

H. Si une affection générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite au point A est indépendante de ces troubles : par exemple, le sujet ne redoute pas de bégayer, de trembler dans le cas d'une maladie de Parkinson ou de révéler un comportement alimentaire anormal dans l'anorexie mentale (*Anorexia nervosa*) ou boulimie (*Bulimia nervosa*).

Des discussions ont eu lieu concernant les études psychologiques menées et sur le diagnostic officiel de la phobie sociale. Le psychologue Ray Crozier explique qu'il est difficile de distinguer si un patient interrogé accède aux critères exposés dans le DSM-III-R ou bien s'il souffre d'une simple timidité¹³.

Sous-groupes

On a montré l'existence d'un sous-groupe auquel est associée une plus grande impulsivité et plus de comportements à risque, comme des suicides¹⁴.

Controverses

Le diagnostic de phobie sociale a fait l'objet de controverses notamment autour de la question du rôle qu'a tenu l'industrie pharmaceutique dans sa constitution en 1999¹⁵. Les Anglo-saxons évoquent ce scepticisme sous l'expression de *disease mongering* (ou surdiagnostic). Le diagnostic de phobie sociale reste un diagnostic à étudier sur le long terme quant à sa validité autre que pour la délivrance de psychotropes¹⁶.

Échelles d'évaluation

- Social Phobia Inventory (en)¹⁷;
- Social Phobia and Anxiety Inventory-Brief form(en), SPAI-B ;
- Liebowitz social anxiety scale(en)

Comorbidités

La phobie sociale est souvent associée à d'autres pathologies psychiatriques. 66 % des patients ont au moins un autre trouble psychique associé¹⁸.

Dépression

La dépression est fréquemment associée. Elle serait entre 1,49 et 3,5 fois plus fréquente dans la PS^{19, 20, 21}. Ceci pourrait être causé par un manque de relations personnelles et aux longues périodes d'isolement causées par l'évitement des situations sociales²²

Dépendances

Pour limiter ces effets désagréables, les patients peuvent parfois chercher à diminuer leur anxiété en consommant des drogues comme l'alcool. 20 % des patients atteints souffrent ainsi d'alcoolodépendance²³. *A contrario*, d'autres études montrent que la phobie sociale (PS) n'est pas associée ou est même protectrice contre les problèmes d'alcoolodépendance^{24, 25}. Les patients qui souffrent à la fois d'alcoolodépendance et de PS sont plus à risque de rechuter²⁶. L'alcool pourrait aider au départ mais entraîner des difficultés lors de prise massive ou de syndrome de sevrage. Le même phénomène semble aussi exister avec les benzodiazépines²⁷.

Troubles anxieux

D'autres troubles anxieux peuvent être associés, comme le trouble anxieux généralisé^{28, 29}, le trouble de la personnalité évitante avec des taux de comorbidité entre 25 % et 89 %^{30, 31, 32}.

Difficultés relationnelles

D'autres troubles peuvent entraîner des difficultés relationnelles notamment à cause de déficits de théorie de l'esprit ce qui n'est habituellement pas le cas chez les patients PS. Si ces troubles sont mieux expliqués par un trouble du spectre autistique comme le syndrome d'Asperger, on ne peut pas poser le diagnostic de PS³³. Cependant, 28 % de ces patients présentent les symptômes de ces deux troubles. Le handicap est plus important chez les patients qui ont un désir d'avoir des relations sociales mais qui sont conscients de leurs difficultés relationnelles³³.

Trouble bipolaire et TDAH

La PS serait souvent associée au trouble bipolaire ou au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité³⁴. Certains chercheurs ont fait l'hypothèse d'une sensibilité cyclothymique-anxieuse³⁵. Certaines études montrent que les patients avec PS traités avec des antidépresseurs développaient plus fréquemment une hypomanie que les non phobiques^{36, 37}.

Causes de la phobie sociale

Plusieurs facteurs peuvent se conjuguer pour provoquer un état de phobie sociale : physiologiques, biographiques, caractérogiques, environnementaux, comportementaux (mode de vie), chacun d'eux n'étant pas suffisant pour être pathologique s'il est considéré de façon indépendante.

D'une façon générale, les causes physiologiques de la phobie sociale peuvent être les mêmes que pour les autres troubles anxieux. Une proportion importante de cas peut être due à la prise de médicaments ou de substances ayant des propriétés de stimulant psychique (le spectre allant du café aux amphétamines en passant par certains antidépresseurs), ou à l'arrêt trop rapide de substances ou de médicaments à effets sédatifs (antidépresseurs, alcool, anxiolytiques, etc.). D'autres cas peuvent être induits par des déséquilibres hormonaux.

De nombreuses études ont cherché à mettre en évidence des bases neurobiologiques de la phobie sociale^{38, 39}. Elles parviennent à montrer que la timidité s'accompagne de certaines modifications de la répartition de certains neurotransmetteurs et une hyperactivité de certaines régions cérébrales.

Dopamine

La sociabilité est fortement liée au système lié à la dopamine⁴⁰. Il existe une relation directe entre le statut social de volontaires et l'affinité des récepteurs D2 et D3 dans le striatum⁴¹.

L'affinité des récepteurs D2 dans le striatum des patients atteints de phobie sociale est plus basse que chez des sujets sains⁴². Il existe une anomalie de la densité du transporteur de la dopamine dans le striatum de ces patients^{43, 44}.

La prévalence des phobies sociales chez les patients atteints de maladie de Parkinson et de schizophrénie semble plus élevée. Une étude a retrouvé une prévalence de 50 % de phobie sociale chez les patients atteints de maladie de Parkinson⁴⁵. On a trouvé des symptômes de phobie sociale chez des patients traités par antagonistes dopaminergiques comme lhaloperidol⁴⁶.

Cependant, d'autres études n'ont pas réussi à confirmer ces premiers résultats retrouvant une perturbation du système dopaminergique chez ces patients⁴⁷.

Sérotonine

Il existe une augmentation de la libération de la sérotonine dans l'amygdale, la région des noyaux du raphé, le noyau caudé, le putamen, l'hippocampe et le cortex cingulaire antérieur chez ces patients⁴⁸. Il existe aussi une augmentation du transporteur de la sérotonine dans la région des noyaux du raphé, le noyau caudé, le putamen, le thalamus et le cortex insulaire⁴⁸.

Facteurs génétiques et familiaux

La génétique jouerait un rôle important en interaction avec l'environnement. Des études de jumeaux monozygotes adoptés et élevés dans des familles différentes ont montré que si l'un des jumeaux a développé une PS, l'autre jumeau a un risque de 30 à 50 % supérieur de développer aussi ce trouble⁴⁹.

Avoir un parent de premier degré atteint augmente de 2 ou 3 fois les risques d'avoir une PS. Ceci peut être associé à des facteurs génétiques mais aussi à l'apprentissage des évitements grâce à l'apprentissage par observation et l'éducation parentale. Des études suggèrent que lorsque les parents sont atteints d'un trouble anxieux ou d'une dépression, alors leur enfant est plus susceptible de développer un trouble anxieux⁵⁰. Les études suggèrent que les parents des patients atteints sont plus isolés socialement eux-mêmes^{51, 52}. La timidité chez les parents adoptifs est significativement corrélée à la timidité des enfants adoptés⁵³.

Soutien familial

Grandir avec des parents trop protecteurs ou hypercritiques est aussi associé avec la PS⁸. Des adolescents qui ont eu un attachement non sécure (anxieux-ambivalent) avec leurs parents avaient 2 fois plus de risque de développer un trouble anxieux dans la fin de leur adolescence⁵⁴ notamment la phobie sociale.

On trouve des situations d'environnement familial renfermé, diminuant les expériences de sociabilisation. La phobie devient acquise lors de l'adolescence, parfois à la suite d'un événement traumatisant.

Expériences sociales

Une expérience sociale négative peut être déclencheuse d'une PS^{55, 56}. Pour environ la moitié des patients, un traumatisme psychologique ou un événement social humiliant semble associé avec l'apparition ou l'aggravation des troubles⁵⁷. Ce type d'évènement semble particulièrement associé à une phobie spécifique de performance par exemple faire une présentation en public⁵⁸. Par ailleurs le fait d'avoir eu des expériences directes ou indirectes en ayant pris connaissance d'expériences sociales désagréables chez d'autres pourrait rendre le développement de ce trouble plus fréquent⁵⁹.

La phobie sociale pourrait être causée par le fait d'être rejeté ou d'avoir des difficultés d'intégration⁶⁰. Des enfants timides ou évitants ont pointé des expériences négatives avec leurs pairs⁶¹ ou du harcèlement⁶². La popularité pourrait être inversement corrélée avec la phobie sociale et les enfants rejetés par leurs pairs pourraient avoir un plus grand risque d'avoir une PS et une plus grande peur d'avoir des remarques négatives que les autres enfants⁶³. Les enfants phobiques sociaux reçoivent moins souvent des réactions positives de leurs pairs⁶⁴ et ils peuvent s'isoler secondairement⁶⁵.

Facteurs sociaux et culturels

Des facteurs culturels peuvent être liés à la PS notamment l'attitude de la société envers la timidité et les évitements, ce qui a des conséquences sur les relations interpersonnelles, l'accès à l'emploi, les relations scolaires et la honte⁶⁶. L'éducation serait différente selon les cultures.

Les enfants américains seraient plus susceptibles de développer ce trouble si les parents donnent de l'importance à l'opinion des autres et utilisent la culpabilisation comme stratégie éducative⁶⁷. Cette association n'a pas été retrouvée chez les enfants chinois ou les sino-américains. Les enfants timides semblent plus acceptés par leurs pairs et sont plus respectés dans leur aptitudes à diriger ou à être compétent contrairement à ce qui se passe dans les pays occidentaux⁶⁸.

Des difficultés à développer des compétences sociales pourrait aggraver la PS à cause d'une incapacité ou diminution de la confiance à agir avec d'autres ou le moins bon accueil des autres avec moins de réactions positives. Les études sont cependant mitigées. Certaines n'ont pas réussi à démontrer des baisses de performances significatives⁶⁹ alors que d'autres si⁷⁰. Cependant, les patients PS perçoivent leurs compétences sociales comme basses⁷¹. Il est possible que l'augmentation du besoin pour des compétences sociales sophistiquées pour créer des relations avec les autres ou une carrière, l'augmentation du sentiment de compétition et du besoin d'affirmation de soi rend les problèmes d'affirmation de soi plus fréquents notamment parmi les classes moyennes⁷².

Imagerie

Une partie du cerveau nommée l'amygdale, située dans le système limbique, devient hyperactive lorsque des sujets se confrontent à des situations menaçantes. Les patients souffrant d'une PS montrent une plus grande activation de l'amygdale lors de la présentation de ces stimuli^{73, 74, 75}. L'hyperactivité de l'amygdale des anxieux sociaux a ensuite été vérifiée dans de nombreuses situations. Par exemple, l'activation de leur amygdale à la vue de visages en colère ou effrayés est plus forte que chez les sujets témoins et l'ampleur de l'activation est positivement corrélée à la sévérité de leurs symptômes⁷⁶. Une étude par imagerie tomographie par émission de positons (TEP) a confirmé ces résultats⁷⁷.

Une prise en charge en psychothérapies cognitivo-comportementales ou par un traitement par citalopram a montré une diminution de l'activité du complexe amygdalien chez les répondants dans les deux groupes comparés aux patients en liste d'attente mais aussi dans d'autres structures limbiques : l'hippocampe, le cortex péri-amygdalien, rhinal et parahippocampique. Moindre était cette activation, meilleur était le pronostic à un an de suivi⁷⁸.

Prévalence

On a pu penser que la phobie sociale était un trouble relativement rare. Le contraire a cependant été établi. La phobie sociale est bel et bien répandue mais la majorité des patients ne cherchent aucune aide psychiatrique⁴. La prévalence varie grandement selon les symptômes liés au trouble.

L'enquête nationale de comorbidité (*National Comorbidity Survey (en)*, NCS) conduite en 1994 auprès de plus de 8 000 Américains a montré une prévalence sur un an de 7,9 % et une prévalence tout au long de la vie de 13,3 % : la phobie sociale constitue ainsi, en prévalence, la troisième affection mentale après la dépression et l'alcoolisme, et le plus détectable des troubles anxieux⁸³. D'après les statistiques épidémiologiques américaines de la *National Institute of Mental Health*, la phobie sociale affecte plus de 5,3 millions d'adultes américains en une année^{84, 85}. Cependant, d'autres statistiques estiment de 2 à 7 pour cent la prévalence chez la population adulte américaine⁸⁶.

La phobie sociale est principalement diagnostiquée entre 10 et 13 ans⁸⁷. La comorbidité est rare après 25 ans et peut être typiquement précédé par des troubles paniques et un épisode dépressif majeur⁸⁸. La phobie sociale survient chez les femmes environ deux fois plus que chez les hommes, et les hommes recherchent en majorité à obtenir de l'aide⁸⁶. La phobie frapperait particulièrement les individus caucasiens

Pays	Prévalence
États-Unis	2–7 % ⁷⁹
Royaume-Uni	0,4 % (enfants) ⁸⁰
Écosse	1,8 % (enfants) ⁸⁰
Pays de Galles	0,6 % (enfants) ⁸⁰
Australie	1 à 2,7 % ⁸¹
Brésil	4,7 à 7,9 % ⁸²

de classe aisée et mariés. En tant que groupe, les individus souffrant de phobie sociale généralisée étudient moins bien à l'école et les salaires qu'ils gagnent sont plus bas⁸⁹. Des études menées en 2002 en Angleterre, en Écosse et au Pays de Galles recensent une prévalence variant entre 0,4 %, 1,8 % et 0,6 % respectivement⁹⁰.

Traitements

Psychothérapeutiques

Thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales donnent de bons résultats, allant de l'atténuation des symptômes à la rémission complète^{91, 92, 93, 94}. Elles peuvent se faire en individuel ou en groupe⁹⁵. On essaye de changer les pensées, les émotions et les comportements des patients face aux situations anxiogènes. Une prise en charge médicamenteuse peut être utile en complément, ou pour des patients qui n'ont pas accès aux psychothérapies⁹¹.

Thérapies psychanalytiques

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytiques intensives ou non, peuvent être bénéfiques⁹⁶.

Exposition

La thérapie dite d'exposition consiste en une exposition répétée, progressive et contrôlée, à l'environnement posant problème, dans l'objectif de désensibiliser le patient. La thérapie d'exposition peut comprendre l'identification des pensées qui surgissent face à l'environnement, la réflexion sur ces pensées, et le changement des pensées si elles sont inappropriées.

Affirmation de soi

Restructuration cognitive

Relaxation

La relaxation ou les thérapies basées sur la pleine conscience (MBCT) peuvent être utiles^[réf. souhaitée], les groupes d'affirmation de soi^[réf. souhaitée] et les cours de théâtre (improvisation...)^[réf. souhaitée] réservés aux personnes qui en souffrent.

Psycho-éducation

Une éducation du patient par rapport à ses difficultés, lui expliquer qu'elles sont partagées par d'autres personnes grâce à des témoignages de patients^{97, 98, 99} peut être utile¹⁰⁰.

Traitement de la dépression associée

Une baisse de l'estime de soi est couramment engendrée par ce trouble. Après des années elle peut engendrer une dépression. Si le trouble n'est pas résolu, un cercle vicieux peut se reproduire.

Ordre de priorité de traitement : la dépression (habituellement traitée comme une dépression classique) ; puis l'anxiété et le trouble en lui-même^[réf. nécessaire].

Médicamenteux

Un traitement médicamenteux peut être proposé en complément ou à la place d'une thérapie cognitivo-comportementale⁹¹

En première intention

- On propose des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

En seconde intention

- Les bêta-bloquants peuvent être utiles en cas de palpitations invalidantes.
- Les benzodiazépines sont déconseillées en dehors d'une intervention ponctuelle, à cause de leurs effets d'accoutumance et de dépendance^{101, 102}.
- Certains auteurs proposent le Kava-kava en phytothérapie¹⁰³ mais des inquiétudes par rapport à ces effets indésirables subsistent^{104, 105}.

Notes et références

1. (en) Stein MB, Stein DJ, « Social anxiety disorder », *Lancet*, vol. 371, n° 9618, 2008, p. 1115-25. (PMID 18374843 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18374843>), DOI 10.1016/S0140-6736(08)60488-2 (<http://dx.doi.org/10.1016%2FS0140-6736%2808%2960488-2>))
2. (en) Robert Burton, « The anatomy of melancholy (L'anatomie de la mélancolie) » (<https://books.google.com/?id=DAIGAAAAQAAJ&pg=PA253&lpg=PA253&dq=Hippocrates+through+bashfulness,+suspicion+and+timorousness,+will+not+be+seen+abroad>) Chatto & Windus, 1881 (ISBN 84-206-6026-4), p. 253
3. T Haustgen « À propos du centenaire de la psychasthénie (1903): Les troubles obsessionnels-compulsifs dans la psychiatrie française: revue historique » About psychasthenias centenary (1903–2003): Obsessive-compulsive disorders in French psychiatry: historical review *Annales médico-psychologiques* 2004;162(6):427-440. DOI:10.1016/j.amp.2003.09.012 (<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.amp.2003.09.012>)
4. (en) Furmark, Thomas. « *Social Phobia – From Epidemiology to Brain Function* (PDF) » (http://www.diva-portal.org/diva/getdocument?urn_nbn_se_uu_diva-546-1_fulltext.pdf) • Archive (http://web.archive.org/web/*http://www.diva-portal.org/diva/getdocument?urn_nbn_se_uu_diva-546-1_fulltext.pdf) • Wikiwix (http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http://www.diva-portal.org/diva/getdocument?urn_nbn_se_uu_diva-546-1_fulltext.pdf) • Archive.is (http://archive.is/http://www.diva-portal.org/diva/getdocument?urn_nbn_se_uu_diva-546-1_fulltext.pdf) • Google (https://www.google.fr/search?q=cache:http://www.diva-portal.org/diva/getdocument?urn_nbn_se_uu_diva-546-1_fulltext.pdf) • Que faire ?) (consulté le 22 décembre 2014). Consulté le 21 février 2006.
5. (en) C. Blanco, L. B. Bragdon, F. R. Schneier et M. R. Liebowitz, « The evidence-based pharmacotherapy of social anxiety disorder », *The International Journal of Neuropsychopharmacology* vol. 16, n° 1, 2012, p. 235–249 (PMID 22436306 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22436306>), DOI 10.1017/S1461145712000119 (<http://dx.doi.org/10.1017%2FS1461145712000119>))
6. (en) Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE, « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Arch Gen Psychiatry*, vol. 62, n° 6, 2005, p. 593-602. (PMID 15939837 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837>), lire en ligne (<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=208678#tab1>) [html])
7. (en) « Webmd. Mental Health: Social Anxiety Disorder » (<http://www.webmd.com/anxiety-panic/guide/mental-health-social-anxiety-disorder>) sur *Webmd.com* (consulté le 14 avril 2010)
8. (en) Schneier, « Social Anxiety Disorder » (<http://search.proquest.com.myaccess.libraryutoronto.ca/docview/223931705>), *The New England Journal of Medicine* 7 septembre 2006.
9. Shyness & Social Anxiety Treatment Australia *Social Phobia* (http://www.socialanxietyassist.com.au/common_fears.shtml)
10. eNotes. « *Social phobia – Causes* » (<http://health.enotes.com/mental-disorders-encyclopedia/social-phobia#Causes%20and%20symptoms>) • Archive (http://web.archive.org/web/*http://health.enotes.com/mental-disorders-encyclopedia/social-phobia#Causes%20and%20symptoms) • Wikiwix (<http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http://health.enotes.com/mental-disorders-encyclopedia/social-phobia#Causes%20and%20symptoms>) • Archive.is (<http://archive.is/http://health.enotes.com/mental-disorders-encyclopedia/social-phobia#Causes%20and%20symptoms>) • Google (<https://www.google.fr/search?q=cache:http://health.enotes.com/mental-disorders-encyclopedia/social-phobia#Causes%20and%20symptoms>) • Que faire ?) (consulté le 21 décembre 2014). Retrieved February 22, 2006.
11. (en) Murray Stein, « council of University libraries » (<http://journals1.scholarsportal.info.myaccess.libraryutoronto.ca/tmp/2574996033250322095.pdf>) [PDF] (consulté le 2 février 2012).
12. American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : 4^e édition révisé*, Issy-les-Moulineaux, Éditions Masson, 22 décembre 2003, 2^e éd. (ISBN 9782294006630)
13. Crozier, page 4.
14. (en) C. Binelli, « New evidence of heterogeneity in social anxiety disorder: Defining two qualitatively different personality profiles taking into account clinical, environmental and genetic factors », *European Psychiatry*, 2014 (ISSN 0924-9338 (<http://worldcat.org/issn/0924-9338&lang=fr>) DOI 10.1016/j.eurpsy.2014.09.418 (<http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.eurpsy.2014.09.418>), lire en ligne (<http://www.em-cms.com/article/944070>))

15. « Comment inventer des maladies» (<https://www.humanite.fr/node/76633>) *L'Humanité*, 5 mai 2007 (consulté le 30 juillet 2012).
16. Christopher Lane, *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisés nos émotions* éd. Flammarion, coll. « Bibliothèque des savoirs », 2009.
17. <http://www.phobiesociale.org/test/page2.php3>
18. (en) Acarturk C, de Graaf R, van Straten A, Have M, Cuijpers P, « Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity health-related quality of life and help seeking: a population-based study», *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* vol. 43, n° 4, 2008, p. 273-9. (PMID 18219433 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18219433>), DOI 10.1007/s00127-008-0309-1(<http://dx.doi.org/10.1007%2Fs00127-008-0309-1>))
19. Weeks 2014, p. 205-207.
20. (en) Beesdo K, Bittner A, Pine DS, Stein MB, Höfler M, Lieb R, Wittchen HU, « Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life», *Arch Gen Psychiatry*, vol. 64, n° 8, 2007, p. 903-12. (PMID 17679635 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17679635>), DOI 10.1001/archpsyc.64.8.903(<http://dx.doi.org/10.1001%2Farchpsyc.64.8.903>)) lire en ligne (<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=482391#tab1>) [html]
21. (en) Stein MB, Fuetsch M, Müller N, Höfler M, Lieb R, Wittchen HU, « Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults», *Arch Gen Psychiatry*, vol. 58, n° 3, 2001, p. 251-6. (PMID 11231832 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11231832>), DOI 10.1001/archpsyc.58.3.251(<http://dx.doi.org/10.1001%2Farchpsyc.58.3.251>)) lire en ligne (<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481732#tab1>) [html]
22. Weeks 2014, p. 161-162.
23. (en) Buckner JD, Schmidt NB, Lang AR, Small JW, Schlauch RC, Lewinsohn PM, « Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence», *J Psychiatr Res*, vol. 42, n° 3, 2008, p. 230-9. (PMID 17320907 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17320907>), PMID 17320907 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254175>), DOI 10.1016/j.jpsychires.2007.01.002(<http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jpsychires.2007.01.002>)) lire en ligne (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254175/>) [html]
24. (en) Morris EP, Stewart SH, Ham LS, « The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: a critical review», *Clin Psychol Rev*, vol. 25, n° 6, 2005, p. 734-60. (PMID 16042994 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16042994>), DOI 10.1016/j.cpr.2005.05.004(<http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.cpr.2005.05.004>), lire en ligne (<http://alcoholresearchlab.psychology.dal.ca/documents/publications2005/Morris%20Stewart%20et%20al%202005.pdf>) [PDF])
25. (en) Alfano CA & Beidel DC, *Social anxiety in adolescents and young adults: translating developmental science into practice*, American Psychological Association, 2011, xii 310 p. DOI:10.1037/12315-000 (<https://dx.doi.org/10.1037%2F12315-000>).
26. (en) Kushner MG, Abrams K, Thuras P, Hanson KL, Brekke M, Sletten S, « Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients», *Alcohol Clin Exp Res* vol. 29, n° 8, 2005, p. 1432-43. (PMID 16131851 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16131851>), DOI 10.1097/01.alc.0000175072.17623.f8(<http://dx.doi.org/10.1097%2F01.alc.0000175072.17623.f8>))
27. (en) Terra MB, Figueira I, Barros HM, « Impact of alcohol intoxication and withdrawal syndrome on social phobia and panic disorder in alcoholic inpatients», *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* vol. 59, n° 4, août 2004, p. 187-92 (PMID 15361983 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15361983>), DOI 10.1590/S0041-87812004000400006(<http://dx.doi.org/10.1590%2FS0041-87812004000400006>)) lire en ligne (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-87812004000400006&lng=en&nrm=iso&tling=er)
28. (en) Chartier MJ, Walker JR, Stein MB, « Considering comorbidity in social phobia», *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 38, n° 12, 2003, p. 728-34. (PMID 14689178 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14689178>), DOI 10.1007/s00127-003-0720-6(<http://dx.doi.org/10.1007%2Fs00127-003-0720-6>))
29. (en) Sanderson, William C.; DiNardo, Peter A.; Rapee, Ronald M.; Barlow, David H. « Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder » *Journal of Abnormal Psychology* 1990;99(3):308-312. DOI:10.1037/0021-843X.99.3.308 (<https://dx.doi.org/10.1037%2F0021-843X.99.3.308>)
30. Weeks 2014, p. 208-210.
31. (en) Chambless DL, Fydrich T, Rodebaugh TL, « Generalized social phobia and avoidant personality disorder: meaningful distinction or useless duplication?», *Depress Anxiety*, vol. 25, n° 1, 2008, p. 8-19. (PMID 17161000 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17161000>), DOI 10.1002/da.20266 (<http://dx.doi.org/10.1002%2Fda.20266>))
32. (en) Schneier FR, Spitzer RL, Gibbon M, Fyer AJ, Liebowitz MR, « The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder», *Compr Psychiatry*, vol. 32, n° 6, 1991, p. 496-502. (PMID 1778076 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1778076>), DOI 10.1016/0010-440x(91)90028-b(<http://dx.doi.org/10.1016%2F0010-440x%2891%2990028-b>))

33. Gagan Joshi • Carter Petty • Janet Wozniak • Aude Henin • Ronna Fried • Maribel Galdo • Meghan Kotarski • Sarah Walls • Joseph Biederman, «The Heavy Burden of Psychiatric Comorbidity in Youth with Autism Spectrum Disorders: A Large Comparative Study of a Psychiatrically Referred Population», *J Autism Dev Disord* vol. 40, n° 11, 2010, p. 1361–1370 (PMID 20309621 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20309621>), DOI 10.1007/s10803-010-0996-9(<http://dx.doi.org/10.1007%2Fs10803-010-0996-9>)) lire en ligne (http://download.springer.com/static/pdf/958/art%253A10.1007%2F52Fs10803-010-0996-9.pdf?auth66=1355343500_3109838e1c56e7773b88439cd6cfd876&ext=.pdf)
34. Pini S, Maser JD, Dell'Osso L, et al., «Social anxiety disorder comorbidity in patients with bipolar disorder: a clinical replication », *J Anxiety Disord* vol. 20, n° 8, 2006, p. 1148–57 (PMID 16630705 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16630705>), DOI 10.1016/j.janxdis.2006.03.006(<http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.janxdis.2006.03.006>))
35. Perugi G, Akiskal HS, «The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions», *Psychiatr. Clin. North Am.*, vol. 25, n° 4, décembre 2002, p. 713–37 (PMID 12462857 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12462857>), DOI 10.1016/S0193-953X(02)00023-0(<http://dx.doi.org/10.1016%2FS0193-953X%2802%2900023-0>))
36. « Bipolars and social phobia» (<http://www.biopsychiatry.com/bipolsp.htm>), Biopsychiatry.com (consulté le 14 avril 2010)
37. Valença AM, Nardi AE, Nascimento I, et al., «Do social anxiety disorder patients belong to a bipolar spectrum subgroup? », *J Affect Disord*, vol. 86, n° 1, mai 2005, p. 11–8 (PMID 15820266 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15820266>), DOI 10.1016/j.jad.2004.12.007(<http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jad.2004.12.007>))
38. M. S. Marcin, C. B. Nemerof, « The neurobiology of social anxiety disorder: the relevance of fear and anxiety », *Acta Psychiatr Scand*, vol. 108, n° 417, 2003, p. 51–64 (DOI 10.1034/j.1600-0447.108.s417.4.x(<http://dx.doi.org/10.1034%2Fj.1600-0447.108.s417.4.x>))
39. Sanjay J. Mathew, Jeremy D. Coplan, Jack M Gorman, « Neurobiological Mechanisms of Social Anxiety Disorder », *Am J Psychiatry*, vol. 158, n° 10, 2001, p. 1558–1567 (PMID 11578981 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11578981>), DOI 10.1176/appi.ajp.158.10.1558(<http://dx.doi.org/10.1176%2Fappi.ajp.158.10.1558>))
40. Rammsayer T. H., « Extraversion and dopamine: Individual differences in response to changes in dopaminergic activity as a possible biological basis of extraversion », *European Psychologist* vol. 3, n° 1, 1998, p. 37–50 (DOI 10.1027/1016-9040.3.1.37(<http://dx.doi.org/10.1027%2F1016-9040.3.1.37>))
41. Diana Martinez, Daria Orlowska, Rajesh Narendran, Mark Slifstein, Fei Liu, Dileep Kumar, Allegra Broft, Ronald Van Heertum, and Herbert D. Kleber « D2/3 receptor availability in the striatum and social status in human volunteers », *Biol Psychiatry*, vol. 67, n° 3, 2010, p. 275–278 (PMID 19811777 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19811777>), PMID 2812584 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/2812584>), DOI 10.1016/j.biopsych.2009.07.037(<http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.biopsych.2009.07.037>))
42. Franklin R. Schneier, M.D., Michael R. Liebowitz, M.D., Anissa Abi-Dargham, M.D., Yolanda Zea-Ponce, Ph.D., Shu-Hsing Lin, Ph.D., and Marc Laruelle, M.D., «Low Dopamine D2 Receptor Binding Potential in Social Phobia », *Am J Psychiatry*, vol. 157, n° 3, 2000, p. 457–459 (PMID 10698826 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10698826>), DOI 10.1176/appi.ajp.157.3.457(<http://dx.doi.org/10.1176%2Fappi.ajp.157.3.457>))
43. van der Wee et al., « Increased Serotonin and Dopamine Transporter Binding in Psychotropic Medication-Naïve Patients with Generalized Social Anxiety Disorder Shown by 123I-β-(4-Iodophenyl)fluorane SPECT », *The Journal of Nuclear Medicine*, vol. 49, n° 5, mai 2008, p. 757–63 (PMID 18413401 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18413401>), DOI 10.2967/jnumed.107.045518(<http://dx.doi.org/10.2967%2Fjnumed.107.045518>))
44. Jari Tiihonen, M.D., Ph.D., Jyrki Kuikka, Ph.D., Kim Bergström, Ph.D., Ulla Lepola, M.D., Ph.D., Hannu Koponen, M.D., Ph.D., and Esa Leinonen, M.D., Ph.D., «Dopamine Reuptake Site Densities in Patients With Social Phobia », *Am J Psychiatry*, vol. 154, n° 2, 1997, p. 239–242 (PMID 9016274 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9016274>))
45. Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL., « Frequency of social phobia and psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale in Parkinson's disease », *Mov Disord.*, vol. 23, n° 12, 2008, p. 1739–1743 (PMID 18661550 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18661550>), DOI 10.1002/mds.22221(<http://dx.doi.org/10.1002%2Fmds.22221>))
46. Mikkelsen EJ, Detlor J, Cohen DJ, « School avoidance and social phobia triggered by haloperidol in patients with Tourette's disorder », *Am J Psychiatry*, vol. 138, n° 12, 1981, p. 1572–1576 (PMID 6946714 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6946714>))
47. Franklin R. Schneier, M.D., Anissa Abi-Dargham, M.D., Diana Martinez, M.D., Mark Slifstein, Ph.D., Dah-Ren Hwang, Ph.D., Michael R. Liebowitz, M.D., and Marc Laruelle, M.D., «Dopamine Transporters, D2 Receptors, and Dopamine Release in Generalized Social Anxiety Disorder », *Depression and Anxiety*, vol. 26, n° 5, 2009, p. 411–418 (PMID 19180583 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19180583>), PMID 2679094 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/2679094>), DOI 10.1002/da.20543(<http://dx.doi.org/10.1002%2Fda.20543>))


48. Frick A, Åhs F, Engman J et al, « Serotonin synthesis and reuptake in social anxiety disorder: A positron emission tomography study », *JAMA Psychiatry*, vol. 72, n° 8, 1^{er} août 2015, p. 794–802 (ISSN 2168-622X (<http://worldcat.org/issn/2168-622X&lang=fr>))
DOI 10.1001/jamapsychiatry2015.0125 (<http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry2015.0125>), lire en ligne (<http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry2015.0125>)
49. (en) Kendler K, Karkowski L, Prescott C, « Fears and phobias: reliability and heritability », *Psychol Med*, vol. 29, n° 3, 1999, p. 539–53 (PMID 10405076 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10405076>)), DOI 10.1017/S0033291799008429 (<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291799008429>)
50. (en) Merikangas, Avenevoli S., Dierker L., Grillon C, « Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders », *Biol Psychiatry*, vol. 46, n° 11, 1999, p. 1523–1535. (PMID 10599480 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10599480>)), DOI 10.1016/S0006-3223(99)00172-9 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00172-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00172-9))
51. (en) Bruch, Monroe A.; Heimberg, Richard G, « Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics », *Journal of Anxiety Disorders* vol. 8, n° 2, 1994, p. 155–168. (DOI 10.1016/0887-6185(94)90013-2 ([http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185\(94\)90013-2](http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185(94)90013-2)))
52. (en) Caster JB, Inderbitzen HM, Hope D, « Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety », *J Anxiety Disord*, vol. 13, n° 3, 1999, p. 237–51. (PMID 10372340 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10372340>)), DOI 10.1016/S0887-6185(99)00002-X ([http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00002-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00002-X))
53. (en) Daniels D & Plomin R, « Differential experience of siblings in the same family », *Developmental Psychology* vol. 21, n° 5, 1985, p. 747.
54. Warren S, Huston L, Egeland B, Sroufe L, « Child and adolescent anxiety disorders and early attachment », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* vol. 36, n° 5, 1997, p. 637–644 (PMID 9136498 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9136498>)), DOI 10.1097/00004583-199705000-00014 (<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199705000-00014>)
55. National Center for Health and Wellness. « Causes of Social Anxiety Disorder » (<http://www.social-anxiety-disorder-resources.com/causes-of-social-anxiety-disorder.html>) (Archive (http://web.archive.org/web/*http://www.social-anxiety-disorder-resources.com/causes-of-social-anxiety-disorder.html) • Wikiwix (<http://archive.wikiwix.com/cache?url=http://www.social-anxiety-disorder-resources.com/causes-of-social-anxiety-disorder.html>) • Archive.is (<http://archive.is/http://www.social-anxiety-disorder-resources.com/causes-of-social-anxiety-disorder.html>) • Google (<https://www.google.fr/search?q=cache:http://www.social-anxiety-disorder-resources.com/causes-of-social-anxiety-disorder.html>) • Que faire ?) (consulté le 23 janvier 2015). Retrieved February 24, 2006.
56. Athealth.com. Social phobia (<http://www.athealth.com/Consumer/disorders/SocialPhobia.html>) 1999. Retrieved February 24, 2006.
57. Mineka S, Zinbarg R (1995) Conditioning and ethological models of social phobia. In: Heimberg R, Liebowitz M, Hope D, Schneier F, editors. Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment. New York: The Guilford Press, 134–162
58. Stemberg et al., 1995
59. Beidel, D.C., & Turner, S.M. (1998). Shy children, phobic adults: The nature and treatment of social phobia. American Psychological Association Books.
60. Beidel and Turner, 1998
61. Ishiyama F, « Shyness: Anxious social sensitivity and self-isolating tendency », *Adolescence*, vol. 19, n° 76, 1984, p. 903–911 (PMID 6516936 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6516936>))
62. Gilmartin, 1987
63. La Greca A, Dandes S, Wick P, Shaw K, Stone W, « Development of the social anxiety scale for children: Reliability and concurrent validity », *J Clin Child Psychol* vol. 17, 1988, p. 84–91 (DOI 10.1207/s15374424jccp1701_11 (http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp1701_11))
64. Spence SH, Donovan C, Brechman-Toussaint M, « Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia », *J Abnorm Psychol* vol. 108, n° 2, mai 1999, p. 211–21 (PMID 10369031 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10369031>)), DOI 10.1037/0021-843X.108.2.211 (<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.108.2.211>) lire en ligne (<http://content.apa.org/journals/abn/108/2/211>)
65. Rubin KH, Mills RS, « The many faces of social isolation in childhood », *J Consult Clin Psychol* vol. 56, n° 6, décembre 1988, p. 916–24 (PMID 3204203 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3204203>)), DOI 10.1037/0022-006X.56.6.916 (<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.916>) lire en ligne (<http://content.apa.org/journals/ccp/56/6/916>)
66. Okano K, « Shame and social phobia: a transcultural viewpoint », *Bull Menninger Clin*, vol. 58, n° 3, 1994, p. 323–38 (PMID 7920372 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7920372>))
67. Leung et al., 1994
68. Xinyin C, Rubin KH, Boshu L, « Social and school adjustment of shy and aggressive children in China », *Development and Psychopathology* vol. 7, 1995, p. 337–349

69. Rapee RM, Lim L, «Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobias», *J Abnorm Psychol*, vol. 101, n° 4, novembre 1992, p. 728–31 (PMID 1430614 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1430614>), DOI 10.1037/0021-843X.101.4.728(<http://dx.doi.org/10.1037%2F0021-843X.101.4.728>)) lire en ligne (<http://content.a-pa.org/journals/abn/101/4/728>)
70. Stopa L, Clark D, «Cognitive processes in social phobia», *Behav Res Ther*, vol. 31, n° 3, 1993, p. 255–67 (PMID 8476400 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8476400>), DOI 10.1016/0005-7967(93)90024-O(<http://dx.doi.org/10.1016%2F0005-7967%2893%2990024-O>))
71. Chris Segrin and Terry Kinney, «Social skills deficits among the socially anxious: Rejection from others and loneliness», *Motivation and Emotion* vol. 19, n° 1, 2005 (lire en ligne (<http://www.springerlink.com/content/pn01w33t4115270/>))
72. Heimberg RG, Stein MB, Hiripi E, Kessler RC, «Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades», *Eur. Psychiatry*, vol. 15, n° 1, février 2000, p. 29–37 (PMID 10713800 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10713800>), DOI 10.1016/S0924-9338(00)00213-3(<http://dx.doi.org/10.1016%2FS0924-9338%2800%2900213-3>)) lire en ligne ([http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924-9338\(00\)00213-3](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924-9338(00)00213-3))
73. (en) *Studying Brain Activity Could Aid Diagnosis Of Social Phobia* (<http://www.sciencedaily.com/releases/2006/01/060118205940.htm>) Monash University. 19 janvier 2006.
74. N. Birbaumer, «fMRI reveals amygdala activation to human faces in social phobias», *Neuroreport*, vol. 9, n° 6, 20 avril 1998, p. 1223–1226 (ISSN 0959-4965 (<http://worldcat.org/issn/0959-4965&lang=fr>) PMID 9601698 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9601698>))
75. Amy S. Garrett, «Here's looking at you, kid: neural systems underlying face and gaze processing in fragile X syndrome», *Archives of General Psychiatry* vol. 61, n° 3, mars 2004, p. 281–288 (ISSN 0003-990X (<http://worldcat.org/issn/0003-990X&lang=fr>) PMID 14993116 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14993116>), DOI 10.1001/archpsyc.61.3.281(<http://dx.doi.org/10.1001%2Farchpsyc.61.3.281>))
76. (en) K. Luan Phana, Daniel A. Fitzgerald, Pradeep J. Nathanc, Manuel E. Ancer, «Association between Amygdala Hyperactivity to Harsh Faces and Severity of Social Anxiety in Generalized Social Phobia», *Biological Psychiatry*, vol. 59, n° 5, 2006
77. (en) Tillfors M, Furmark T, Marteinsdottir I, Fischer H, Pissiota A, Långström B, Fredrikson M, «Cerebral Blood Flow in Subjects With Social Phobia During Stressful Speaking Tasks: A PET Study», *The American Journal of Psychiatry*, vol. 158, n° 8, 2001
78. Tomas Furmark, «Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy», *Archives of General Psychiatry* vol. 59, n° 5, mai 2002, p. 425–433 (ISSN 0003-990X (<http://worldcat.org/issn/0003-990X&lang=fr>) PMID 11982446 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11982446>))
79. (en) «Adults and Mental Health» (<http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/pdfs/c4.pdf>) [PDF] (consulté le 14 avril 2010).
80. (en) «The mental health of young people looked after by local authorities in Scotland» (http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Mentalhealth_Scotland.pdf) Archive (http://web.archive.org/web/*/http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Mentalhealth_Scotland.pdf) • Wikiwix (http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Mentalhealth_Scotland.pdf) • Archive.is (http://archive.is/http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Mentalhealth_Scotland.pdf) • Google (https://www.google.fr/search?q=cache:http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Mentalhealth_Scotland.pdf) • Que faire ?) [PDF] (consulté le 14 avril 2010).
81. (en) «CJO - Abstract - Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB)» (<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=150763>) sur *Journals.cambridge.org* 13 mai 2003 (consulté le 14 avril 2010).
82. (en) Rocha FL, Vórcaro CM, Uchoa E, Lima-Costa MF, «Comparing the prevalence rates of social phobia in a community according to ICD-10 and DSM-IV-R», *Rev Bras Psiquiatr*, vol. 27, n° 3, septembre 2005, p. 222–224 (PMID 16224610 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16224610>), DOI 10.1590/S1516-44462005000400011(<http://dx.doi.org/10.1590%2FS1516-44462005000400011>))
83. (en) «Social Anxiety Disorder: A Common, Underrecognized Mental Disorder» (http://www.findarticles.com/p/article/mi_m3225/is_8_60/ai_58266993) *American Family Physician* 15 novembre 1999.
84. Crozier, page 3.
85. (en) Stein MB, Gorman JM, «Unmasking social anxiety disorder», *J Psychiatry Neurosci* vol. 26, n° 3, mai 2001, p. 185–189 (PMID 11394188 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11394188>), PMID 1408304 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/1408304>), lire en ligne (<http://www.cma.ca/multimedia/statcContent/HTML/N0/12/jpn/vol-26/issue-3/pdf/pg185.pdf>) [PDF]).
86. (en) Surgeon General *Adults and Mental Health* [PDF] (<http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/pdfs/c4.pdf>) 1999. Consulté le 22 février 2006.
87. (en) Nelson EC, Grant JD, Bucholz KK, Glowinski A, Madden RF, Reich W *et al.*, «Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: Co-morbidity and associated suicide-related symptoms», *Psychological Medicine*, vol. 30, n° 4, 2000, p. 797–804 (PMID 11037087 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11037087>), DOI 10.1017/S0033291799002275(<http://dx.doi.org/10.1017%2FS0033291799002275>))

88. (en) Rapee R. M., Spence S. H., « The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model », *Clin Psychol Rev*, vol. 24, n° 7, 2004, p. 737–767 (PMID 15501555 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15501555>), DOI 10.1016/j.cpr.2004.06.004 (<http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.cpr.2004.06.004>)).
89. (en) Nordenberg, Tamar. *FDA Consumer U.S. Food and Drug Administration Social Phobia's Traumas and Treatments* (http://www.fda.gov/fdac/features/1999/699_phobia.html). Novembre–décembre 1999. Consulté le 23 février 2006.
90. (en) National Statistics « *The mental health of young people looked after by local authorities in Scotland* [PDF] » (http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Mentalhealth_Scotland.pdf) • Archive (http://web.archive.org/web/*http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Mentalhealth_Scotland.pdf) • Wikiwix (http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Mentalhealth_Scotland.pdf) • Archive.is (http://archive.is/http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Mentalhealth_Scotland.pdf) • Google (https://www.google.fr/search?q=cache:http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Mentalhealth_Scotland.pdf) • Que faire ?) (consulté le 10 décembre 2014). 2002–2003. Consulté le 23 février 2006.
91. S Pilling, Mayo-Wilson, E, Mavranzouli, I, Kew K, Taylor, C, Clark, DM et Guideline Development, Group, « Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder: summary of NICE guidance », *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 346, 22 mai 2013, f2541 (PMID 23697669 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23697669>), DOI 10.1136/bmj.f2541 (<http://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.f2541>))
92. (en) Singh JS, Hope DA, « Cognitive-behavioral approaches to the treatment of social anxiety disorder », *Isr J Psychiatry Relat Sci* vol. 46, n° 1, 2009, p. 62-9. (PMID 19728574 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19728574>), lire en ligne (http://doctorsonlyco.il/wp-content/uploads/2011/12/2009_1_8.pdf) [PDF])
93. (en) C. Otte, « Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence », *Dialogues Clin Neurosci*, vol. 13, n° 4, 2011, p. 413-21. (PMID 22275847 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22275847>), PMID PMC3263389 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263389>), lire en ligne (<http://www.dialogues-cn.com/publication/cognitive-behavioral-therapy-in-anxiety-disorders-current-state-of-the-evidence/>) [html])
94. (en) Johnson S, Price M, Mehta N, Anderson PL, « Stereotype confirmation concerns predict dropout from cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder », *BMC Psychiatry*, vol. 14, n° 1, 2014, p. 233. (PMID 25199046 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25199046>), PMID PMC4149193 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4149193>), lire en ligne (<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/233#>) [html])
95. (en) S. G. Hofmann et J. A. Smits, « Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials », *The Journal of clinical psychiatry* vol. 69, n° 4, 2008, p. 621–632 (PMID 18363421 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18363421>), PMID 2409267 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/2409267>), DOI 10.4088/JCP.v69n0415 (<http://dx.doi.org/10.4088%2FJCP.v69n0415>))
96. Fonagy P1, Target M., « The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol. 1, n° 33, 1994, p. 45-55 (PMID 8138520 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8138520>), lire en ligne (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8138520>))
97. chrystèle bourély (Collaborateur). 26 octobre 2014. *Comment j'ai guéri de la phobie sociale* (https://www.youtube.com/watch?v=gDg9VNJW8Ao&feature=youtuve_gdata_player) Consulté le 11 février 2015. La scène se produit à 683 seconds.
98. marlaine86 (Collaborateur). 18 septembre 2010. *Phobie sociale* (https://www.youtube.com/watch?v=lsTbqC1qdZw&feature=youtuve_gdata_player) Consulté le 11 février 2015. La scène se produit à 278 seconds.
99. <http://mediagora.free.fr/>
100. <http://www.psycom.org/Troubles-psychiques/Troubles-anxieux/Phobies>
101. Allgulander C, Bandelow B, Hollander E, et al., « WCA recommendations for the long-term treatment of generalized anxiety disorder », *CNS Spectr*, vol. 8, n° 8 Suppl 1, août 2003, p. 53–61 (PMID 14767398 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14767398>))
102. Stevens JC, Pollack MH, « Benzodiazepines in clinical practice: consideration of their long-term use and alternative agents », *J Clin Psychiatry*, vol. 66 Suppl 2, 2005, p. 21–7 (PMID 15762816 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15762816>), lire en ligne (<http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10001225>))
103. Pittler MH, Ernst E, « Kava extract for treating anxiety », *Cochrane database of systematic reviews (Online)* n° 1, 2003, CD003383 (PMID 12535473 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535473>), DOI 10.1002/14651858.CD003383 (<http://dx.doi.org/10.1002%2F14651858.CD003383>))
104. Lim ST, Dragull K, Tang CS, Bittenbender HC, Efird JT, Nerurkar PV, « Effects of kava alkaloid, pipermethystine, and kavalactones on oxidative stress and cytochrome P450 in F-344 rats », *Toxicol. Sci.*, vol. 97, n° 1, mai 2007, p. 214–21 (PMID 17329236 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17329236>), DOI 10.1093/toxsci/kfm035 (<http://dx.doi.org/10.1093%2Ftoxsci%2Fkfm035>))
105. Sorrentino L, Capasso A, Schmidt M, « Safety of ethanolic kava extract: Results of a study of chronic toxicity in rats », *Phytomedicine*, vol. 13, n° 8, septembre 2006, p. 542–9 (PMID 16904878 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16904878>), DOI 10.1016/j.phymed.2006.01.006 (<http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.phymed.2006.01.006>))

Voir aussi

Bibliographie

 : document utilisé comme source pour la rédaction de cet article.

- Fanny Vandermeersch, Phobie, Le Muscadier, 2017 (ISBN 979-1090685789)
- Christophe André, Patrick Légeron, *La Peur des autres*, Paris, Odile Jacob, 1995, (ISBN 2-7381-1236-6).
- Frédéric Fanget, *Affirmez-vous !*, Paris, Odile Jacob, 2002, (ISBN 2-7381-1136-X).
- P^r Jean Tignol, *La phobie sociale*, Phase 5, 2005 (ISBN 2915439192, OCLC 470316684).
- Stéphane Rusinek, *Traiter l'anxiété : 11 cas pratiques enfants et adultes en TCC*, Paris, Dunod, 2013, 287 p. (OCLC 858205103)
- J. Tignol, *Les défauts physiques imaginaires*, Paris, Odile Jacob, 2006.
- Pelissolo, Roy, *Ne plus rougir et accepter le regard des autres*, Paris, Odile Jacob, 2009, (ISBN 2738123252).
- Stefan G Hofmann, Patricia M DiBartolo, *Social Anxiety, Second Edition: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*, (ISBN 0-1237-5096-2)
- **(en)** « Front Matter », dans Weeks, J. W. (ed), *The Wiley Blackwell Handbook of Social Anxiety Disorder*, Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd, 2014 (DOI 10.1002/9781118653920.fmatter, lire en ligne **[PDF]**) 

Articles connexes

- Timidité
 - Trac
 - Trouble anxieux
 - Évitement (psychologie)
 - Hikikomori, forme, surtout japonaise et adolescente, de phobie sociale.
 - Désensibilisation (psychologie)
 - Exposition (psychologie)
-

Ce document provient de «https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Phobie_sociale&oldid=142068498».

La dernière modification de cette page a été faite le 29 octobre 2017 à 20:58.

Droit d'auteur : les textes sont disponibles sous licence Creative Commons attribution, partage dans les mêmes conditions ; d'autres conditions peuvent s'appliquer. Voyez les conditions d'utilisation pour plus de détails, ainsi que les crédits graphiques. En cas de réutilisation des textes de cette page, voyez comment citer les auteurs et mentionner la licence.

Wikipedia® est une marque déposée de la Wikimedia Foundation, Inc, organisation de bienfaisance régie par le paragraphe 501(c)(3) du code fiscal des États-Unis.