

# La phobie sociale: étiologie, diagnostic et traitement

Torsten Berghändler, Rolf Dieter Stieglitz, Noortje Vriends

Psychosomatik, Bereich Medizin, Universitätsspital Basel



## Quintessenz

- La phobie sociale est le trouble anxieux le plus fréquent.
- Le trouble anxieux social est tu, bien qu'il soit handicapant et implique un coût élevé.
- Chez le médecin, cette affection s'exprime souvent par une symptomatologie physique ou par des plaintes psychiques concomitantes.
- Un diagnostic précoce et la mise en route rapide du traitement épargnent aux patients de longues souffrances, ainsi que des problèmes croissants dans leur vie privée et professionnelle.
- Il existe toute une série de tests psychométriques pour effectuer le diagnostic différentiel.
- La pharmacothérapie, qui repose sur les antidépresseurs modernes, est très efficace, mais requiert une surveillance somatique et une prudence particulière après l'arrêt du traitement médicamenteux, en raison des risques de rechutes.
- La thérapie comportementale cognitive est très utile, en particulier à moyen et à long terme.

## Summary

### Social phobia: aetiology, diagnosis and treatment

- *Social phobia is the most common anxiety disorder.*
- *Social phobia is disabling and costly; patients try to hide it.*
- *Social phobia often presents with somatic or comorbid psychic symptoms.*
- *Early diagnosis and treatment avert prolonged suffering and private and/or professional impairment.*
- *There exist a large number of well-evaluated psychometric questionnaires.*
- *Pharmacotherapy with the more recent antidepressants is highly effective but requires somatic monitoring. There is a risk of relapse if the treatment is broken off.*
- *Cognitive-behavioural therapy is highly effective in the medium- and long-term course.*

## Introduction

La symptomatologie de la phobie sociale ou du trouble anxieux social se manifeste par une peur persistante et intense face au regard des autres et à leur jugement négatif éventuel, alors qu'aucun trouble ne se manifeste lorsque le sujet se trouve dans un environnement familier, où il se sent en pleine confiance. Les symptômes vé-

gétatifs associés à l'anxiété se manifestent typiquement par des tremblements, des accès de sudation, une tachycardie, etc. Sur le plan cognitif, on observe des troubles de la pensée et de la perception. Les patients présentent des dysfonctionnements classiques, caractérisés par des idées fausses du genre: «je suis sûr que je ne vais pas arriver à finir une seule phrase correctement» – «je vais me mettre à trembler et les gens vont le voir» – «les gens vont s'apercevoir que j'ai peur» – «ce que je vais dire est certainement ridicule». L'évitement des situations qui déclenchent la réaction de peur agit comme un facteur de renforcement négatif et favorise la chronicisation du trouble. L'anxiété sociale peut finalement devenir un handicap très important, tant dans la vie professionnelle que dans la vie privée.

Les situations typiquement susceptibles de déclencher une réaction phobique sont celles où il faut parler, manger ou boire en public, écrire en public, contacter des inconnus, des représentants de l'autorité ou des personnes de l'autre sexe, où le sujet est en position de demandeur (par ex. échange de marchandise) ou lorsqu'il se sent observé, par exemple durant le travail, lors d'une fête, comme conférencier ou encore durant l'utilisation des transports publics, etc.

Au plan clinique, on distingue aujourd'hui plusieurs formes de phobies sociales:

- phobie sociale primaire:
  - forme généralisée: trois situations ou plus déclenchent la réaction anxieuse;
  - forme non généralisée: une à deux situations déclenchent la réaction anxieuse;
- trouble de la personnalité anxieuse évitante;
- trouble déficitaire social primaire (rare).

Les syndromes suivants sont parfois caractérisés par un tableau clinique en partie comparable, ils ne sont pas considérés comme faisant partie des troubles anxieux sociaux:

- symptomatologie de phobie sociale sous forme de stigmates extérieurs de type bégaiement, acné sévère, maladie de Parkinson, hyperthyroïdie grave;
- autres troubles psychiques s'accompagnant de symptômes typiques de phobie sociale.

De nombreux sujets dépressifs présentent des signes cognitifs que l'on retrouve chez les personnes souffrant d'un trouble anxieux social. Ces signes résultent de l'altération dépressive de l'estime de soi et de la certitude que les autres portent sur eux un jugement négatif. Les patients à traits schizophréniques présentent aussi des comportements évitants vis-à-vis de certaines situations en société, mais qui reposent souvent sur un fond psychotique.

## Epidémiologie

Près d'une personne sur sept souffre une fois ou l'autre au cours de son existence d'une phobie sociale. La phobie sociale est ainsi le trouble anxieux le plus fréquent et constitue d'autre part la troisième affection psychique la plus fréquente. Les premiers symptômes de phobie sociale se manifestent classiquement dans l'enfance ou l'adolescence, la phase à haut risque se situant toutefois entre la 10<sup>e</sup> et la 17<sup>e</sup> année de vie [1].

Les patients atteints d'un trouble anxieux social se démarquent souvent par un statut socioéconomique faible et un bas niveau d'instruction; la souffrance et par conséquent la motivation pour se soumettre à un traitement semble cependant plus grande dans les professions plus différenciées. Les sujets qui présentent une phobie sociale sont plus rarement mariés. Les femmes ont davantage de risque de présenter une phobie sociale, le rapport entre femmes et hommes étant d'environ trois à deux.

Dans la phobie sociale, tout comme dans la plupart des troubles anxieux, les comorbidités sous forme de troubles psychiques associés sont plutôt la règle que l'exception. Les études épidémiologiques et cliniques citent des taux de comorbidités allant de 50 à 80%. Les comorbidités les plus fréquemment signalées sont les autres troubles anxieux, les états dépressifs, l'abus d'alcool et les troubles sexuels. La phobie sociale précède en général ces comorbidités dans le temps. Environ la moitié des sujets atteints de phobie sociale présente de plus un diagnostic de personnalité évitante et cette proportion serait même beaucoup plus élevée dans le sous-type généralisé selon certaines études [1]. Dans l'hypothèse du continuum de cette affection, la personnalité évitante devrait être considérée comme une forme particulièrement sévère de phobie sociale (cf. ci-dessous).

Comme dans tous les troubles névrotiques, le médecin devra faire la distinction, devant une phobie sociale, entre une simple variante de la norme et une situation franchement pathologique, par l'appréciation du retentissement clinique de l'affection en se fondant sur les critères du CIM-10 (cf. ci-dessous). Une timidité «normale», le trac de l'acteur ou les hésitations

concernant le comportement à adopter dans un contexte culturel étranger n'ont pas forcément valeur de maladie. D'un autre côté, si une phobie sociale cliniquement significative n'est pas traitée, elle évolue en règle générale vers un mode chronique avec un handicap social croissant. Certains se mettent à éviter l'école et d'autres donnent leur congé au travail. Les activités en société perdent tout intérêt et les comorbidités évoquées ci-dessus vont commencer à apparaître. Cette spirale infernale peut aller jusqu'au tentamen, voire au suicide.

L'âge moyen à la mise en route du traitement est d'environ 30 ans. Le délai entre le début des symptômes et l'initiation du traitement est en moyenne de 10 à 20 ans. La cause de ce laps de temps élevé tient peut-être à la nature de la maladie: les personnes souffrant d'une phobie sociale appréhendent la mise en route d'un traitement, car elles pensent que l'aveu de leurs peurs serait trop pénible et risquerait de susciter des jugements négatifs de la part des autres. Une autre raison pouvant expliquer cette longue période sans traitement réside peut-être dans le fait que la phobie sociale est souvent difficile à reconnaître. Comme les patients atteints de phobie sociale se plaignent plutôt à leur médecin traitant de symptômes physiques ou de symptômes secondaires, tels qu'un abus d'alcool, le trouble anxieux n'est finalement reconnu comme tel que chez un patient sur quatre [2].

## Comment une phobie sociale se déclare-t-elle?

Le développement d'une phobie sociale résulte de l'interaction complexe entre de nombreux facteurs prédisposants, déclenchants, ainsi que de persistance.

### Facteurs de vulnérabilité

On sait des observations chez les jumeaux que la phobie sociale est transmise à 30-50% par voie génétique. L'incidence des peurs sociales est par ailleurs environ trois fois plus élevée chez les proches parents des patients atteints de phobie sociale.

Chez les enfants, une prédisposition due à leur tempérament consistant à réagir à des situations nouvelles avec une certaine retenue et de façon un peu timide est appelée «behavioral inhibition». Ce type de personnalité stable et ancré génétiquement peut favoriser l'apparition d'une phobie sociale, au même titre qu'une «timidité normale».

La phobie sociale peut être la conséquence d'un vécu inopportun ou d'une scolarité perturbée: les expériences basées sur de mauvais modèles en termes de comportement social (par ex. orientation par les normes, isolement social) influencent aussi bien les schémas cognitifs que la compé-

tence sociale. L'environnement familial fait lui aussi partie du vécu. Le développement d'une phobie sociale est fortement associé à une pathologie psychique chez les parents et à un style d'éducation soit dénigrant, soit surprotecteur. L'insécurité et une compétence sociale amoindrie sont d'autres facteurs de vulnérabilité spécifiques, lorsque l'apprentissage des aptitudes sociales fait défaut. Il manque alors des concepts visant à élaborer des comportements positifs dans certaines situations sociales, par ex. s'imposer [3].

### Événements déclenchants

Un petit nombre ou même une seule expérience négative vécue dans certaines circonstances particulières (où une performance est requise) peut déclencher une phobie sociale (par ex. peur au cours d'un examen ayant entraîné l'échec).

### Facteurs de persistance

La persistance d'une phobie sociale est très bien illustrée par le cercle vicieux de la peur (fig. 1 [6]). Un exemple: K. a un rendez-vous important avec son chef. Il est très agité et voudrait à tout prix éviter de se rendre ridicule (A). K. est spécialement attentif à ses battements de cœur et au fait qu'il devient rouge (B). Il a peur de ne pas répondre aux exigences et que son chef remarque son appréhension (C). Ces pensées lui font peur (D) et cette peur aggrave ses symptômes physiques avec la mise en route d'une série de processus physiologiques (E). Ces réponses physiologiques déclenchent chez K. une hypersudation (F) et lorsqu'il tend à son chef une main moite, ses craintes semblent se confirmer avec induction d'un véritable cercle vicieux (B) ...

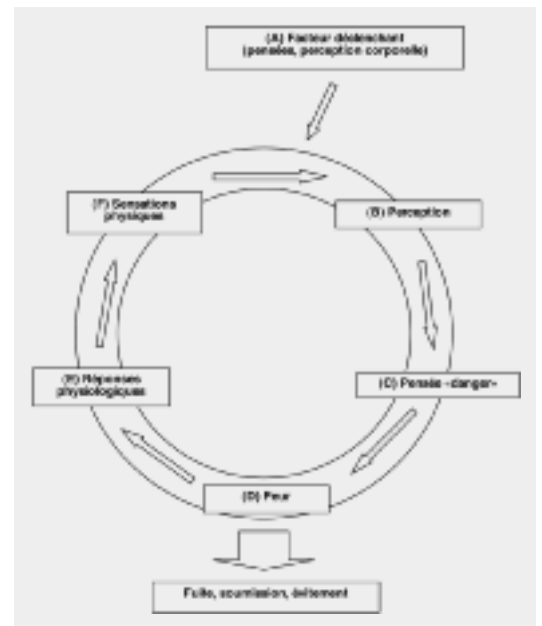


Figure 1

Cercle vicieux de la phobie sociale.

Une fois pris dans ce cercle vicieux, les phobiques sociaux tentent souvent d'éviter ces «expériences frustrantes» en adoptant un comportement dit de sécurité. Un exemple de comportement de sécurité caractéristique chez les personnes qui craignent de prendre la parole en public est de lire leur manuscrit de manière absolument rigide lors d'une conférence, dans le but d'éviter les bégaiements ou la perte du fil de la présentation. Les comportements de sécurité conduisent cependant souvent à une impression désagréable sur le partenaire d'interaction (par ex. lecture sur un ton monotone et ennuyeux) et rendent plus difficile, le cas échéant, de faire des expériences positives nouvelles.

Comme dans la majorité des troubles anxieux, les comportements d'évitement jouent également un rôle décisif dans la persistance de la phobie sociale. Ils stabilisent en effet la réaction d'anxiété et mettent la personne concernée dans l'impossibilité de faire des expériences correctrices.

### Diagnostic et diagnostic différentiel

L'importance du diagnostic différentiel d'une phobie sociale est soulignée par les études épidémiologiques et les données sur l'évolution de l'affection. Un diagnostic différencié de la phobie sociale permet d'identifier à temps et de manière correcte le trouble, constitue un point de départ pour la décision thérapeutique et fera office de référence pour les interventions thérapeutiques à venir. Les phobies sociales se trouvent dans le chapitre F4 «Troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes» de la nomenclature du CIM-10 avec le code F40.1 [4]. Les critères diagnostiques du CIM-10 sont représentés dans le tableau 1 [6].

Tableau 1. Critères diagnostiques de la phobie sociale (selon CIM-10 [4]).

Critère	Contenu
A	Soit 1, soit 2: 1. Peur nette d'être au centre de l'attention ou d'avoir un comportement gênant ou rabaissant 2. Evitement net d'être au centre de l'attention ou d'avoir une attitude gênante ou rabaissante dans des situations déclenchant la peur.
B	Au moins deux symptômes d'anxiété dans les situations redoutées au moins une fois depuis l'apparition du trouble, tel que défini dans F40.0, critère B, avec au moins l'un des symptômes concomitants suivants: – rougeur du visage ou tremblements – peur de vomir – besoin d'uriner ou de déféquer ou peur de l'avoir.
C	Pression émotionnelle importante par suite des symptômes anxieux ou de l'attitude d'évitement. Conscience du caractère exagéré et irraisonné des symptômes ou du comportement d'évitement.
D	Les symptômes se limitent exclusivement ou essentiellement aux situations déclenchantes ou aux pensées qui les évoquent.
E	Critères d'exclusion les plus fréquents: les symptômes du critère A ne sont pas causés par un délire, des hallucinations ou d'autres symptômes issus des groupes des troubles psychiques d'origine organique (F0), schizophrénie et troubles apparentés (F2), troubles affectifs (F3) ou troubles obsessionnels-compulsifs (F42) et ne sont pas la conséquence de comportements acceptés dans un contexte culturel particulier.

**Tableau 2. Outils diagnostiques de la phobie sociale (exemples).**

Interviews diagnostiques	Systèmes experts pour le diagnostic (DIA-X)	Wittchen, Pfister [6]
	Interview clinique structurée pour DSM-IV (SKID-I)	Fydrich et al. [7]
	Interview diagnostique en cas de troubles psychiques (DIPS)	Margraf et al. [8]
Echelles du degré de sévérité	Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)	Liebowitz [9]
	Echelle de la phobie sociale (SPS)	Mattick/Clarke [10]

Des informations plus précises sur ces techniques se trouvent dans les références [5, 11, 12].

On distingue une forme généralisée et une forme non généralisée. Le type généralisé (plus de deux situations morbides) commence habituellement plus tôt et tend à persister avec une augmentation des situations phobiques et des comorbidités et la présence plus fréquente de handicaps sociaux. Il est en principe plus facile à identifier. Les phobies sociales non généralisées (une à deux situations morbides) surviennent classiquement à un stade plus tardif de la vie, mais peuvent évoluer vers une forme généralisée. Les comorbidités et les handicaps sont moins fréquents dans cette forme, qui est aussi plus difficile à identifier, dans la mesure où les situations déclenchantes sont moins nombreuses. La distinction entre ces deux formes revêt un intérêt clinique, même si elle est encore controversée du point de vue purement scientifique.

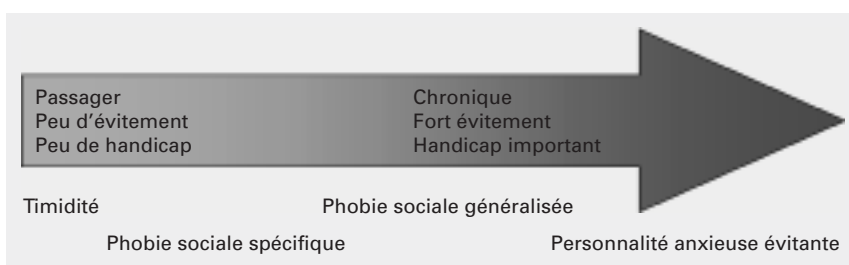
Pour poser le diagnostic, il existe toute une série d'instruments servant à bien davantage que la seule évaluation de la phobie sociale. Il s'agit de check-lists, ainsi que de questionnaires structurés et standardisés (cf. dans l'aperçu d'Angenendt et al. [5]). Le tableau 2 [↔](#) résume quelques-uns des outils à disposition.

Les interviews diagnostiques bénéficient du plus grand degré de fiabilité (fiabilité «interrate») et les problèmes de comorbidités sont mieux évalués de cette façon qu'à l'aide d'une anamnèse spontanée. On citera tout de même, parmi les inconvénients de la méthode, un temps d'apprentissage relativement important et le fait qu'une telle interview dure relativement longtemps.

Il existe par ailleurs un grand nombre de méthodes qui ne contribuent pas en priorité au diagnostic, mais qui servent à évaluer la sévérité des troubles ou à collecter des informations importantes dans l'optique du traitement. Le tableau 2 présente quelques-uns des instruments disponibles en langue allemande.

On utilise pour le diagnostic de la phobie sociale, en particulier en vue de la planification du traitement, des tests comportementaux, des observations directes et des journaux de patients. Plusieurs techniques, plus spécifiquement axées sur le traitement, ont été publiées au cours de l'année écoulée. Elles s'adressent surtout aux fonctions cognitives, aux aspects comportementaux et à la prise en charge de la phobie sociale. Des exemples sont présentés dans Wittchen et al. [11].

Comme un comportement phobique social représente d'abord un phénomène psychopathologique non spécifique, il faut absolument penser au diagnostic différentiel avec d'autres troubles. Cela concerne en particulier d'autres formes de trouble anxieux (agoraphobie, attaques de panique, anxiété généralisée, troubles compulsifs). D'autres troubles psychiques s'accompagnent de comportements de type phobie sociale nécessitant une différenciation claire: les dysmorphies physiques, les troubles dépressifs, les troubles schizophréniques et les comportements phobiques sociaux secondaires dans le contexte d'une maladie organique. Un problème diagnostique pour lequel il n'y a pas de solution satisfaisante à ce jour concerne la distinction entre la phobie sociale et le trouble de la personnalité évitante et peu sûre de soi. Il existe ici d'importantes superpositions, en raison surtout du début relativement précoce et de manifestations survenant dans des situations très différentes. On est confronté, d'une manière générale et plus particulièrement dans la phobie sociale, au problème qu'il s'agit d'un phénomène de type continuum; autrement dit un tableau pouvant aller de simples fluctuations légères, encore dans les limites de la norme, à l'un des tableaux symptomatiques franchement morbides décrits précédemment, en passant par différentes variantes de la norme à caractère plus ou moins pathologique (fig. 2 [📷](#)).




**Figure 2**  
Le continuum des troubles phobiques sociaux.

## Axes thérapeutiques

### Pharmacothérapie

Le traitement médicamenteux de la phobie sociale repose en premier lieu sur les antidépresseurs. Ceux-ci permettent une bonne, voire une très bonne amélioration de la symptomatologie, en particulier dans les formes modérées et sévères [13]. Le succès thérapeutique dépend notamment de la dose administrée et de la durée du

traitement. Le délai d'entrée en action peut aller jusqu'à douze semaines; on préconise la poursuite du traitement pendant plus qu'un an *après* l'obtention de la réponse au niveau symptomatique (dans les traitements sans psychothérapie adjuvante). Durant ce laps de temps, on peut en effet encore observer une amélioration de la réponse thérapeutique [14]. Une pharmacothérapie combinée à une auto-exposition, soutenue par exemple par le médecin traitant, augmente l'efficacité du traitement et diminue le risque de rechute à l'arrêt des médicaments [15]. L'association de la pharmaco- et de la psychothérapie peut s'accompagner d'une augmentation du taux de réponse dans les cas sévères et d'une entrée en action plus rapide. On ne commencera une psychothérapie qu'après avoir obtenu une réponse à la pharmacothérapie et, en tous les cas, pas avant douze semaines, de manière à pouvoir évaluer l'efficacité du médicament. On recommande en outre, lors d'un traitement combiné, de diminuer les doses médicamenteuses de façon graduelle au cours de la psychothérapie, afin de favoriser l'attribution par le patient de l'efficacité au processus d'apprentissage psychothérapeutique.

En Suisse, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRN) et un inhibiteur réversible de la monoamino-oxidase (IMAO) sont enregistrés avec cette indication. Ils ont une bonne efficacité, surtout dans les formes modérées à sévères (tab. 3 )

**Tableau 3. Antidépresseurs dans le trouble anxieux social (données selon [16]).**

Paroxétine	Deroxat®	20-50 mg/j
Sertraline	Zoloft®, Gladem®	50-200 mg/j
Escitalopram	Ciprallex®	10-20 mg/j
Moclobémide	Aurorix®	300-600 mg/j
Venlafaxine	Efexor®	75-225 mg/j

Le spectre des effets indésirables détermine le choix de la substance et la compliance du patient. Avec l'inhibiteur réversible de la MAO moclobémide (Aurorix®) on sera particulièrement attentif aux interactions médicamenteuses. Les antidépresseurs requièrent une surveillance de certains paramètres de laboratoire et un suivi sur le plan de la médecine interne.

Les benzodiazépines s'avèrent très puissantes dans le traitement des troubles anxieux sociaux, mais présentent également des inconvénients majeurs. On évoquera évidemment le risque de dépendance en cas d'utilisation prolongée; on recommande de ne pas dépasser une durée d'administration de six semaines en continu. Ce groupe de substances n'est donc indiqué que dans le cadre d'un traitement aigu sur une période limitée. Les benzodiazépines freinent par

ailleurs l'apprentissage psychothérapeutique et se caractérisent, après leur arrêt, par un taux de rechutes extrêmement élevé.

Les bêtabloquants à faibles doses sont souvent utilisés dans les cas d'anxiété sociale spécifique (la peur de tenir une conférence). On ne dispose pas de preuves établissant une efficacité significative, si ce n'est quelques rapports de cas positifs isolés.

Les dernières études sur l'oxytocine ont donné des résultats prometteurs. Il n'est pas encore possible de porter un jugement définitif sur cette approche thérapeutique; il semble en tous les cas que l'association avec une thérapie comportementale cognitive soit indispensable.

### Psychothérapie

Certaines méta-analyses ont montré que c'est la thérapie cognitivo-comportementale qui produit les effets les plus marqués et les plus durables dans le traitement de la phobie sociale [17]. Son excellente efficacité a été démontrée aussi bien dans le cadre d'une thérapie individuelle que dans une thérapie de groupe. Elle consiste en expositions à des situations réelles déclenchant la réaction de peur, en une observation consciente du regard des autres et en la correction des anciens schémas cognitifs pathologiques. Les patients apprennent à maîtriser des situations comportant un degré de difficulté croissant et à faire le constat que des situations ressenties précédemment comme redoutables sont devenues banales et sans importance. Les succès obtenus avec cette approche sont considérables avec un taux de bonnes réponses de près de 90% dans les cas de phobie sociale primaire. Une partie des programmes basés sur la thérapie comportementale figure aujourd'hui dans certains manuels (par ex. Stangier et al. [12]).

La psychothérapie interpersonnelle pourrait être utile [18], de même que certaines techniques *adjuvantes*, telles que l'hypnothérapie, la réalité virtuelle, la relaxation musculaire progressive (PMR), l'«applied relaxation» (AR). Il n'existe pour l'heure aucune étude sur les techniques psychodynamiques. Le traitement faisant appel à un entraînement de la compétence sociale est recommandé dans l'anxiété sociale. Les patients qui souffrent d'une anxiété sociale sous-estiment souvent le niveau d'adéquation sociale de leur comportement; objectivement, ils ont en effet souvent un comportement modèle [18].

Les approches psychothérapeutiques mettent davantage de temps pour agir. Elles sont, en règle générale, spécifiques au trouble, ont des effets rémanents plus durables après l'arrêt du traitement et présentent un taux de rechute plus faible [17]. La thérapie comportementale cognitive est efficace dans les formes légères à sévères et ses coûts sont habituellement plus faibles que ceux d'un traitement médicamenteux. La thérapie individuelle permet un travail cognitif plus

personnalisé. La thérapie de groupe est plus économique et, de plus, le soutien et le feedback des autres membres du groupe constituent pour les patients un apport objectif très précieux. Les techniques de psychothérapie spécifique ne sont cependant pas disponibles partout ou ne sont pas applicables, pour différentes raisons, chez tous les patients (par ex. par manque de temps)

### Traitement des comorbidités

Les troubles dépressifs concomitants d'intensité modérée à sévère devraient être correctement traités avant de démarrer une psychothérapie spécifique de la phobie, sous peine de compromettre, voire d'annuler, les chances de succès du traitement de la phobie sociale proprement dite [19]. Un traitement pharmacologique de la dépression peut déjà en soi atténuer les symptômes de la phobie sociale. Les dépendances ont également la priorité sur le plan thérapeutique; la consommation de drogues constitue souvent une

tentative d'automédication ou un comportement de sécurité et d'évitement.

Les troubles anxieux concomitants n'interfèrent pas avec un traitement spécifique de la phobie sociale. Les patients présentant un trouble de la personnalité, peu confiantes en elles et évitantes peuvent bénéficier d'une thérapie cognitivo-comportementale en groupe, mais nécessitent en règle générale aussi une psychothérapie individuelle.

### Phobie sociale spécifique (peur avant une conférence)

Le traitement psychothérapeutique du trac avant une conférence correspond en gros à celui de la phobie sociale généralisée. L'utilisation de la vidéo peut être très utile. Les cours de rhétorique ou les cours donnés par ex. par l'association «Toastmasters International» ([www.toastmasters.ch](http://www.toastmasters.ch)) sont des solutions alternatives pour acquérir des exercices d'entraînement.

### Références

- 1 Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand.* 2003; 108(Suppl 417):4–18.
- 2 Lecrubier Y, Weiller E. Comorbidities in social phobia. *Int Clin Psychopharmacol.* 1997;12(Suppl 6):17–21.
- 3 Ollendick TH, Hirschfeld-Becker DR. The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biol Psychiatry.* 2002;51:44–58.
- 4 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E, Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2006.
- 5 Angenendt J, Stieglitz RD, Freyberger HJ. Diagnostik von Angst-, Zwangs- und posttraumatischen Belastungsstörungen. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ, Hrsg. Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2001. S. 430–40.
- 6 Wittchen HU, Pfister H. DIA-X Interviews. Frankfurt am Main: Swets & Zeitlinger; 1997.
- 7 Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe; 1997.
- 8 Margraf J, Schneider S, Ehlers A. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS). 2. Auflage. Berlin: Springer-Verlag; 1994.
- 9 Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Psychopharmacopsychiatry.* 1987;22:141–73.
- 10 Mattick RP, Clarke JC. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav Res Ther.* 1998;36(4):455–70.
- 11 Wittchen HU, Freyberger HJ, Stieglitz RD. Interviews. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ, Hrsg. Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2001. S. 107–17.
- 12 Stangier U, Heidenreich T, Peitz M. Soziale Phobien. Weinheim: Beltz PVU; 2003.
- 13 Stein DJ, Ipser JC, van Balkom AJ. Pharmacotherapy for social anxiety disorder [review]. *Cochrane Library.* 2005;2.
- 14 Van Ameringen M, Algulander C, Bandelow B, Greist JH, Hollander E, et al. WCA recommendations for the long-term-treatment of social phobia. *CNS Spectrum.* 2003; 8(Suppl 1):40–52.
- 15 Blanco C, Antia SX, Liebowitz MR. Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *Biol Psychiatry.* 2002;51:109–20.
- 16 Morant J, Ruppener H. Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. Basel: Documed AG; 2005.
- 17 Ruhmland M, Margraf J. Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und Sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie.* 2001;11:27–40.
- 18 Lipsitz JD, Marshall RD. Alternative psychotherapy approaches for social anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2001;24:817–29.
- 19 Erwin BA, Heimberg RG, Juster HR, Mindlin M. Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2002;40:19–35.

Correspondance:  
Dr Torsten Berghändler  
Chefarzt Psychosomatik  
Klinik Gais AG  
Fachklinik für kardiale und  
psychosomatische Rehabilitation  
Gäbrisstrasse 1172  
Postfach 131  
CH-9056 Gais  
[t.berghaendler@klinik-gais.ch](mailto:t.berghaendler@klinik-gais.ch)