



*Université Abderrahmane mira de Bejaia*  
*Faculté des Sciences Humaines et Sociales*  
*Département des Sciences Sociales*

## *Mémoire de fin de cycle*

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

*Option* : Psychologie Clinique

*Thème*

# **L'estime de soi chez l'adulte atteint de phobie sociale**

\_\_\_\_\_ Etude clinique de quatre (04) cas au niveau du CHU Frantz Fanon de Bejaia \_\_\_\_\_

*Réalisé par :*

HAMDI Ilham

IHADDADENE Katia

*Dirigé par :*

M. LAKEHAL.Samir.T

**Année universitaire 2016/2017**

*Thème*

# **L'estime de soi chez l'adulte atteint de phobie sociale**

\_\_\_\_\_ Etude clinique de quatre (04) cas au niveau du CHU Frantz Fanon de Bejaia \_\_\_\_\_

# *Remerciements*

*Tout d'abord, nous tenons à remercier le bon dieu tout puissant de nous avoir donné le courage et l'aide nécessaire pour terminer ce travail*

*Surtout un grand merci à notre encadreur de mémoire monsieur LAKHAL Samir-Tarek et pour notre encadreur sur le terrain le docteur LEULMI Yacine pour sa disponibilité et leur conseils, leur soutien et leur respect, nous leur témoignons du fond du cœur notre profonde gratitude et notre profond respect pour leur aide précieuse tout au long de ce mémoire*

*Un grand merci à tout le personnel du service de psychiatrie de CHU de Bejaia et à tout le personnel des services de toxicomanie de l'EPSP d'Ihaddaden*

*Nos pensées vont à tous les patients du service de psychiatrie ; en leur souhaitant un bon rétablissement*

*Nous adressons aussi un grand merci à mes enseignants tout au long de notre cursus universitaire ; nous vous serons reconnaissantes à vie.*

*Un très grand merci à toute personne qui a contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.*

## *Dédicaces*

*Avec une intense émotion et un cœur plein d'amour que je dédie ce modeste travail à la mémoire de mon très chère papa, qu'Allah me donne le courage et la force pour que je sois celle que tu as toujours souhaité, et qu'Allah le miséricordieux t'accueille dans son vaste paradis.*

*A celle qui a sacrifié sa vie pour ses enfants, a la femme la plus courageuse, la plus tendre et la plus belle à mes yeux, à toi maman. Mon seule et unique souhait dans cette vie est de te voir heureuse et fière de moi et pouvoir te faire honneur. Qu'Allah te garde pour nous.*

*A celle qui m'a toujours soutenu, dès mes premières années à l'école, a celle qui a toujours veillé à ma réussite, à toi ma chère sœur qu'Allah te garde pour moi.*

*A mes chers frères, Omar, Nabil et Farid. Vous êtes ma source de sécurité et de fierté dans cette vie je vous aime beaucoup et qu'Allah vous garde pour moi.*

*A la mémoire de ma grand-mère fatma qui prie chaque jour pour moi, qu'Allah t'accueille dans son vaste paradis ma très chère aimée.*

*A ma tante Lila, à ses enfants, à ma belle-sœur, ma cousine Sabrina, et à toute ma famille.*

*A toi ma chère Ilham, à celle qui a partagé son savoir et ses connaissances avec moi, a celle qui m'a comblé par sa gentillesse, son respect et sa tolérance, j'ai eu de la chance de partager ce travail avec toi et je te remercie du plus profond de mon cœur pour chaque instant qu'on a passé et partager ensemble.*

*A ma meilleure copine Lidia, Rima, Nawal, à tous mes amis sans oublier mon association la voix de l'enfant de Bejaia*

*A docteur Leulmi qui nous a aidés et soutenus tout au long de ce travail*

*A toute personne qui a contribué à la réalisation de ce travail*

*Que dieu vous protège*

*Katia*

# Dédicaces

*Avec un énorme plaisir,*

*Un cœur ouvert et une immense joie que dédie ce travail à*

*Mes parents, les mots ne pourront jamais témoigner ma gratitude et mon hommage pour leur amour, leur soutien inébranlable et leur confiance et pour tous les sacrifices qu'ils ont consentis ; que dieu leur procure la santé et longue vie ;*

*A ma chère grand-mère que j'adore, merci pour ces mots réconfortants dans les moments durs et son soutien, que dieu lui procure la santé et la longévité et la garde avec nous le plus longtemps possible ;*

*A mon frère Sidali à qui je souhaite la réussite dans ses études et que dieu le protège ;*

*A mes deux chères et adorables sœurs : Nadia et son mari Seddik ; à qui je souhaite la réussite, la santé et la prospérité sans oublier mes deux petits neveux : Khaled et Nour-elhouda « mes deux lapins adorés » que j'aime plus que tout ; que dieu les protège, ainsi que ma jolie et petite sœur ; Linda à qui je souhaite la réussite dans ses études et que dieu la protège ;*

*A celui qui à été présent à mes cotés sur tout les niveaux, qui m'a soutenu et aidé tout le temps et le long de ce travail, merci pour son amour, sa patience et sa confiance ; mon fiancé ; Ilyès B , Que dieu te protège et te réalise tous tes vœux inshallah*

*Je dédie et je remercie particulièrement ma binôme et amie Katia. I ; pour ta présence, ta gentillesse et ta confiance sans faille ; et pour tout nos fou-rire et nos délires tu es une personne en or ;*

*A toute ma famille, amis et toutes les personnes que je connais ;*

*Merci à tous ceux qui ont lu attentivement tout ou une partie de ce mémoire et qui se reconnaîtront ici. Merci du temps qu'ils ont consacré à redonner un peu de rigueur à ma plume qui a tendance quelques fois à s'évader...*

*Que dire, sinon leur témoigner toute ma gratitude pour tout le soutien et le bonheur qu'ils m'ont apportés dans ces moments qui parfois étaient difficiles ;*

*Une pensée émue pour tous les étudiants avec qui j'ai partagé une salle, un café, un repas ou un ordinateur pendant ces cinq années.*

*Ilham*

## *Liste des tableaux*

8. Diagnostic différentiel -----	28
8.1. Timidité-----	28
8.1.1. Différence entre timidité et phobie sociale.-----	31
Tableau n° 01 : tableau représentant la différence entre timidité et phobie sociale. -----	31
8.2. Trac-----	32
8.2.1. Différence entre trac et phobie sociale.-----	33
Tableau n° 02 : tableau représentant la différence entre trac et phobie sociale.	33
8.3. La personnalité évitante.-----	34
8.3.1. Différence entre personnalité évitante et phobie sociale. -----	36
Tableau n° 03 : tableau représentant la différence entre personnalité évitante et phobie sociale. -----	36
6.2. Les tests et échelles.-----	80
6.2.1. Les échelles d'évaluation. -----	81
6.2.2. Échelle de Cooper Smith. -----	81
Tableau n° 04 : tableau représentant les différents scores des facteurs de l'échelle de Cooper Smith. -----	82
Tableau n° 05 : tableau représentant les différentes classes et limites de l'échelle de Cooper Smith. -----	83
1. Analyse des résultats -----	89
1.1. Résultat totaux de l'échelle de Cooper Smith et ses sous échelles contenant l'échantillon.-----	89
Tableau n° 06 : tableau représentant les résultats de l'échelle de Cooper Smith du Cas 01.-----	83
Tableau n°07 : tableau représentant les résultats de l'échelle de Cooper Smith du Cas 02. -----	95

Tableau n° 08 : tableau représentant les résultats de l'échelle de Cooper Smith  
du Cas 03.----- 101

Tableau n° 09 : tableau représentant les résultats de l'échelle de Cooper Smith  
du Cas 04.----- 106

## Sommaire

### Introduction

#### Chapitre : I : le cadre méthodologique de la recherche

1. Problématique -----	05
2. Hypothèses -----	08
3. Définition opérationnalisation des concepts clés -----	09
4. Les objectifs de la recherche-----	13

#### Chapitre II : la phobie sociale

Préambule-----	17
1. Historique -----	18
2. Définition de phobie sociale -----	18
3. Modèles théoriques de la phobie sociale -----	19
3.1.le model du conditionnement-----	20
3.2.le model cognitif -----	21
3.3.le model de la présentation de soi-----	22
3.4.le modèle psychobiologique -----	24
4. Les critères diagnostic de la phobie sociale selon le DSM -----	25
5. la prévalence de la phobie sociale-----	26
6. les formes cliniques de la phobie sociale -----	27
7. la Co-morbidité de la phobie sociale -----	28
8. le diagnostic différentiel de la phobie sociale -----	28
8.1. La timidité-----	28
8.2. Le trac-----	32



8.3. La personnalité évitante -----	34
9. la neurobiologie de la phobie sociale -----	37
10. les facteurs de risque et pronostic -----	38
11. Le retentissement fonctionnel de la phobie sociale -----	39
12. La prise en charge psychologique de la phobie sociale -----	39
12.1. La présentation de la théorie comportementale et cognitive -----	40
12.2. La Prise en charge en thérapie comportementale -----	40
12.3. Prise en charge cognitive -----	41
13. traitement pharmacologique -----	43
Synthèse -----	45

### **Chapitre III : l'estime de soi**

Préambule -----	47
1. Historique -----	47
2. Définition cognitive du soi -----	51
3. La formation de l'image de soi -----	53
4. La confiance en soi -----	54
5. Définition de l'estime de soi -----	54
6. La différence entre le concept de soi et estime de soi -----	56
7. La différence entre confiance en soi et estime de soi -----	57
8. Les composantes de l'estime de soi -----	57
9. Les bases de l'estime de soi -----	59
10. Les théories de l'estime de soi -----	60
11. L'évolution de l'estime de soi -----	61
12. Les obstacles de l'estime de soi -----	63

12.1. Avoir un idéal de soi inaccessible -----	63
12.2. Le perfectionnisme -----	64
12.3. La dévalorisation -----	64
12.4. L'anticipation de l'échec ou de la difficulté -----	64
12.5. L'inhibition sociale -----	65
12.6. Le processus de pensées erronées -----	65
12.7. Le manque de conscience -----	65
13. La comorbidité -----	66
14. Les indicateurs de l'estime de soi -----	66
15. l'importance de l'estime de soi -----	69
16. les stratégies de développement de l'estime de soi -----	70

## **Chapitre IV : méthodes et techniques utilisées**

### Préambule

1. pré-enquête -----	73
2. présentation du lieu de stage -----	74
3. présentation de l'échantillon d'étude -----	74
4. méthodes utilisées -----	74
5. intérêt du choix de la méthode -----	77
6. Techniques utilisées -----	78
6.1. L'entretien clinique -----	78
6.2. Tests et échelles -----	80
6.3. L'observation -----	84

## Chapitre v Analyse, interprétation et analyse des résultats

Préambule .....	89
1. Analyse des résultats .....	89
1.1. Analyse et interprétation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas1 --	90
1.2. Présentation et analyse du cas 1 .....	91
1.3. Analyse fonctionnelle du cas 1.....	93
2. Analyse des résultats du cas 2 .....	95
2.1. Analyse et interprétation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas2 ---	95
2.2. Présentation et analyse du cas 2 .....	97
2.3. Analyse fonctionnelle du cas 2 .....	99
3. Analyse des résultats du cas 3 .....	101
3.1. Analyse et interprétation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas3 ----- .....	101
3.2. Présentation et analyse des résultats du cas 3.....	103
3.3. Analyse fonctionnelle du cas 3.....	105
4. Analyse des résultats du cas 4 .....	106
4 1. Analyse et interprétation des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 4 --- .....	106
4.2. Présentation et analyse du cas 4.....	107
4.3. Analyse fonctionnelle du cas 4 .....	109

5. Discussion des hypothèses ----- 110

Synthèse ----- 113

**Conclusion générale**

**Bibliographie**

**Annexes**

## *Introduction*

---

## **Introduction**

« Angoisse viscérale, indomptable, n'importe quoi nouvelle ou souvenir prend des proportions inusitées, comme s'il s'agissait de catastrophes inouïes. Des vétilles promues au rang de la réalité cosmique. Tout se mue en angoisse, tout est angoisse. Je suis manœuvré par elle comme un insecte. Sentiment d'intolérable humiliation » ; tels sont les dires et les perceptuels ressentis de l'anxieux social, cette citation témoigne du mal être et du désarroi qu'éprouve ce dernier en permanence.

L'anxiété est au cœur de notre nature humaine, elle accompagne notre vision du monde, notre façon d'entrer en contact avec l'adversité, de savourer notre bonheur, d'interagir avec les autres : bref, rien de se qui fait une vie humaine n'échappe au compagnonnage de l'anxiété, pour le meilleur et pour le pire :

Pour le meilleur ; cette angoisse constitue la façon dont nous nous protégeons face aux dangers réels ; nous mène vers une attitude prudente et vigilante afin d'augmenter nos chances de survie.

Pour le pire ; elle ira bien loin de sa mission qui consiste à nous aider à identifier et à affronter les dangers réels mais nous pousse inlassablement à imaginer des dangers virtuels et les rendre obsédants et incontrôlables, diminuant ainsi notre qualité de vie.

L'anxiété pathologique est un vrai handicap tant sur le plan personnel, relationnel, social et professionnel.

Les troubles anxieux prennent plusieurs formes, parmi eux la phobie sociale qui sera notre sujet de recherche ; elle est une forme sévère d'anxiété et qui touche environ 2 à 4% de la population.

Afin de mener à bien notre recherche, nous allons mettre l'accent sur l'un des concepts psychologique les plus vulgarisés de notre temps qui est l'estime de soi. Ce dernier est un trait de caractère souhaitable et positif, à plus forte raison quand elle est bien équilibré et qu'elle ne confine ni à la haine de soi ni au narcissisme.

L'estime de soi étant définie comme l'ensemble des traits, sentiments que l'individu reconnaît comme faisant partie de lui-même, elle est influencée par l'environnement et organisée de façon plus ou moins consistante.

Devant une telle perplexité que laisse paraître ce sentiment d'estime de soi, nous avons voulu mieux comprendre ce trait de personnalité et sachant que les phobiques sociaux présentent des difficultés à affronter la vie sociale par peur d'être humiliés, dévalorisés ou jugés négativement ; pour cela nous avons souhaité mesurer chez eux l'estime de soi.

Notre travail de recherche consiste dans un premier temps à éclaircir les différents paramètres dont dépend le concept de l'estime de soi et celui de la phobie sociale pour ensuite pouvoir répondre à notre problématique : chez le phobique social, l'estime de soi se manifeste t-elle de manière significative ?

Dans un deuxième temps ; nous avons exposé les caractéristiques et les manifestations significatives de ce trouble à la fois verbales et non verbales qui apparaissent chez nos cas phobiques sociaux.

*Chapitre I*

**Le cadre méthodologique de la recherche**

---



## 1. Problématique

Quelle personne n'a pas connu une gêne pour aborder un inconnu, des difficultés pour faire part à ses proches des pensées qui lui sont chères, voir défendre des idées ou des actes qui lui tiennent à cœur devant un groupe de personnes plus ou moins attentifs ? Cette appréhension, somme toute naturelle, devient un handicap majeur quand la peur des autres, les inhibitions, voir dans certains cas les phobies, c'est-à-dire l'évitement quasi systématique de certaines situations sociales, bouleversent profondément nos schémas émotionnels et nos relations sociales (André, 2006).

La phobie sociale est une peur persistante et intense des situations dans lesquelles le sujet va être sous le regard des autres que ce soit lors d'une interaction sociale ou d'une situation de performance. La personne peut redouter que ce soit sous le regard de proches et/ou d'étrangers. Le sujet peut craindre d'agir de façon embarrassante ou humiliante, mais aussi de présenter des symptômes pouvant traduire une anxiété. Dès lors que la personne se trouve dans la situation redoutée, il y a déclenchement d'une anxiété qui au maximum peut être une attaque de panique. La personne soit se confrontera aux situations redoutées mais au prix d'une détresse importante, soit développera des stratégies d'évitement situationnels.

La répercussion est importante sur la vie de l'individu que ce soit sur le plan professionnel, familial que social générant une souffrance conséquente

Certaines personnes ne sont gênées que dans une ou deux situations sociales, l'anxiété sociale sera dite simple par opposition à une anxiété dans la plupart des situations sociales où le trouble phobique social est dit généralisé (Chapelle, Monié, Poinot, Rusinek, & Willard, 2014, p. 47).

L'estime de soi est un carrefour. Elle est une source d'information permanente sur notre adéquation à l'environnement. Douter de soi a pour fonction de nous inciter à modifier notre façon d'être. Les informations que nous délivre l'estime de soi sont précieuses : savourer lorsque tout vas bien, s'activer en cas inverse. Un ego en bon état de marche est un outil précieux pour la survie et la qualité de vie. L'estime de soi est l'outil de notre liberté et de notre autonomie psychologique. Elle est un avatar moderne du concept de dignité des philosophes : l'estime de soi, c'est ce qui nous fait accorder, en tant qu'être humain, une valeur au dessus de tout prix, de toute utilisation. C'est ce qui nous permet de résister aux pressions et aux manipulations. Sans elles nous ne serons que le produit limité et prévisible de deux grandes familles d'influence ; celle du passé et celle de la société (André, 2006, p. 28).

L'estime de soi est un processus qui se construit tout au long de notre vie. Ce n'est pas le cadeau de naissance que nous aurions reçu ou non mais un jardin qui se cultive et d'entretien au fil des ans. L'estime de soi est la relation que nous entretenons avec nous-mêmes. Elle n'est jamais établit définitivement, elle se développe tout au long de notre vie avec les expériences que nous vivons et la maturité que nous gagnons. Nous évoluons parce que le monde évolue, parce que l'environnement est de plus en plus mouvant, parce que les turbulences font partie de la vie, parce que les réussites comme les échecs nous permettent de grandir (Couzon & Nicoulaud-Michaux, 2012, p. 15).

D'après S. Cooper Smith, « L'estime de soi est l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important. C'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs » ; Le fait d'éprouver des sentiments positifs et valorisants envers soi-même semble être un facteur déterminant de la motivation

au travail. L'estime de soi est constituée par le regard des personnes importantes et c'est précisément cette appréciation de cette image de soi qui la constitue.

L'appréciation bonne ou mauvaise que nous portons sur nous-mêmes et dans le cas où l'estime de soi est basse, cela reflète le manque de confiance en soi, l'absence d'amour de soi et la déformation de l'image de soi, dans de telles circonstances, ce jugement négatif et cette mauvaise opinion portée sur soi-même pourraient engendrer un sentiment d'infériorité par rapport aux autres et une dévalorisation des compétences personnelles, professionnelles et sociales. L'estime de soi basse se caractérise aussi par la présence d'un processus de pensées inappropriées sur soi se traduisant par un sentiment de honte, de faiblesse et d'incompétence à effectuer les tâches les plus rudimentaires de la vie provoquant une inhibition sociale ; concernant la phobie sociale, ou trouble d'anxiété sociale qui se caractérise par une anxiété intense, persistante, irraisonnée et non justifiée par son objet. Le phobique social anticipe un jugement dévalorisant de l'autre et craint des situations sociales, qui en réalité ne suscitent pas une réelle anxiété telles que : « être présenté à quelqu'un, téléphoner en public, recevoir de la visite, être observé en train de dîner ou de travailler, et appréhende aussi l'apparition de symptômes anxieux tels que : rougir, transpirer, trembler » ; il s'oriente donc vers une stratégie d'évitement qui a pour conséquence l'aggravation de son trouble.

Cela nous a incités à nous interroger sur l'estime de soi de l'adulte atteint d'une phobie sociale, évaluer son degré, et analyser les différents facteurs notamment, leurs niveaux et leurs variations et pour cela nous avons voulu orienter notre question de recherche comme suit :

***Chez le phobique social, l'estime de soi se manifeste-t-elle de façon significative ?***

## 2. Les hypothèses

- Hypothèse générale:

*Le phobique social possède un niveau d'estime de soi bas.*

- Hypothèses secondaires :

- *L'aspect social de l'estime de soi est bas chez le phobique social.*
- *L'aspect familial de l'estime de soi est bas chez le phobique social.*
- *L'aspect professionnel de l'estime de soi est bas chez le phobique sociale.*
- *L'aspect général de l'estime de soi est bas chez le phobique sociale.*

### **3. Définition et opérationnalisation des concepts clés**

#### **3.1. Définitions des concepts clés**

- **Définition de la phobie sociale :**

Le terme de « phobie sociale » est venu consacrer en tant que « trouble » autonome une figure clinique très répondeuse, plus connue sous les appellations de « honte », de « timidité », de « trac », de « réserve excessive ». La phobie sociale concerne toute situation de crainte du contact avec autrui, que ce soit dans le simple commerce sociale avec les autres, ou dans les situations de présentation ou de performance en public (prendre la parole, participer à des réunions, mais aussi manger dans une collectivité, ou travailler sous le regard d'autrui). Elle implique des réactions d'anxiété, voire d'attaque de panique, lorsque le sujet se trouve en situation, et elle entraîne anxiété anticipatoire, inhibition et conduites d'évitement (Kapsambelis, 2012, p. 309).

- **Définition de l'estime de soi**

L'estime de soi est au centre d'une boucle : elle dépend de ce que chacun fait de son existence, en fonction et en conséquence de sa propre compréhension de ce qui est la vie. La véritable tâche morale consiste à devenir tous ce que l'on peut être avec ce que l'on est.

La mission de notre vie consiste en partie à assumer la responsabilité d'enrichir notre santé, notre bonheur, notre engagement et nos efforts dans le monde qui nous entoure et en nous-mêmes. C'est quand nous y arrivons que nous augmentons notre estime de soi (Dolan & Arselinault, 2009, p. 72).

- **La définition du comportement d'évitement**

Ne supportant pas de se sentir observé ou évalué, les phobiques sociaux sont dans l'incapacité d'effectuer certains actes précis, comme boire ou manger quand on les regarde.

Dans les cas graves, ils ne peuvent pas du tout fonctionner en présence d'une personne étrangère. La peur du jugement d'autrui pousse ces ultra-timides à multiplier les conduites d'évitement. En fuyant les contacts avec les autres, ils hypothèquent ainsi gravement leur qualité de vie. Et ils en souffrent car, si renoncer à une soirée les soulage sur le moment, ils regrattent profondément d'être inaptes à mener une vie sociale active. Face à ce gâchis relationnel et, parfois, au ratage de leur existence, les personnes touchées ont un risque accru de sombrer dans la dépression et l'alcoolisme. En effet, le pouvoir désinhibant de l'alcool est souvent recherché pour affronter plus facilement les situations sociales (Somaille, 2009, p. 101)

- **La confiance en soi :**

La confiance en soi n'est rien d'autre que cette expression naturelle, spontanée, forte, immédiate de nous-mêmes. Notre élan vital en quelque sorte

En réalité, la confiance que nous avons ou non en nous, existe indépendamment des réussites, des échecs, des atouts ou des handicaps (Famery, 2004, p. 13)

### **3.2. Opérationnalisation des concepts clés :**

- **La phobie sociale :** La phobie sociale se manifeste par :

- Une anticipation anxieuse des situations sociales caractérisées par la présence de pensées erronées de type :

- je vais perdre mes mots et l'autre me jugeras mal, j'ai peur de ne pas faire bonne impression, je deviendrais rouge et je serais ridicule, etc.

- Une peur intense lors des situations sociales avec La survenue de symptômes anxieux tels que : des rougissements, tremblements, transpiration, impression d'être étouffer et qui peuvent au maximum être une attaque de panique ;

- Une interprétation négative du regard et du jugement de l'autre ;

- Des évitements pathologiques des situations phobogènes.

• **L'estime de soi** : L'estime de soi se caractérise par :

L'estime de soi consiste en la relation que nous avons avec nous même. Plus cette dernière sera saine, plus nous vivons heureux et plus nous nous aimons, plus nous serons lucide et bienveillants envers nous-mêmes. L'estime de soi possède les caractéristiques suivantes et varie selon la façon dont nous nous traitons nous-mêmes :

- La possibilité et l'envie de se créer un cercle d'amis et un champ relationnel riche

- L'envie de se respecter et d'être bienveillant envers soi-même

- La volonté de s'accorder de l'attention et du temps à soi

- L'envie de prendre soin de soi autant que nous prenons soins de ceux qu'on aime

- L'indulgence que nous accordons à soi-même face aux défis et à l'adversité

- L'amour que nous octroyons à soi-même

- Le sentiment de fierté que nous avons de nous-mêmes

- La confiance que nous attribuons à soi-même afin d'atteindre nos objectifs.

- **Le comportement d'évitement**

- Les évitements du phobique sociale se manifestent par la Fuite de toute situation qui le rend mal à l'aise et qui provoque en lui une anxiété intense ;
- Eviter d'être sous le regard et l'observation attentive de l'autre ;
- Eviter toute situation où il sera évalué comme par exemple : exposer un travail, faire un compte rendu lors d'une réunion ;
- Eviter de se rendre aux magasins pour faire ses achats, de sortir avec ses amis pour déjeuner ou pour s'amuser ;
- Eviter toute rencontre sociale suspecte pouvant provoquer en lui une anxiété ;
- Eviter de croiser le regard de l'autre par peur de montrer sa vulnérabilité et sans malaise ;
- Eviter de prendre la parole, et toute situation où il doit s'affirmer ou s'exprimer par peur d'agir de façon embarrassante.



#### 4. Les objectifs de la recherche

Notre souhait était de ramener une nouveauté dans notre société de part notre intérêt grandissant dans le courant cognitif et comportemental ;

Le thème que nous avons choisi se range dans le domaine de la psychologie clinique ; un domaine qui ne cesse d'évoluer ;

Notre choix de recherche d'un des trouble anxieux nous a semblé évident, car c'est principalement du champ de la psychologie clinique que dépend à la fois le diagnostic et la prise en charge ultérieure ;

De ce constat née notre idée d'étudier l'un des concepts psychologique le plus important et le plus actuel ; il s'agit de « l'estime de soi chez l'adulte atteint de phobie sociale.

Notre recherche à la visée de :

1. Comprendre davantage ce trouble anxieux qui est la phobie sociale ;
2. Connaitre l'ampleur et la dangerosité de ce trouble et tous ce qui pourrait avoir comme conséquence sur l'équilibre et l'harmonie psychologique de chacun ;
3. Evaluer l'estime de soi de ces personnes phobiques sociales dans toutes ses dimensions (sociale, professionnelle, générale et familiale)
4. Elaborer un guide d'entretien dans le but d'avoir le plus de renseignements possible sur le cas, les circonstances d'apparition de son trouble sur sa phobie sociale et sur son estime de soi ;
5. Connaitre la symptomatologie de ce trouble et mettre l'accent sur les diverses situations source d'anxiété chez chacun de nos cas ainsi que les conduites adoptées ;

6. Mettre en évidence la relation existante entre la phobie sociale et l'estime de soi ;
7. Notre but ultime dans cette recherche était de faire cesser cette tendance à démystifier et à banaliser les troubles anxieux en général et plus précisément la phobie sociale car les conséquences sont fatales sur l'individu et surtout essayer d'inciter et de sensibiliser la société à l'exploration de l'apport de la thérapie cognitivo comportementale dans ce domaine, et ce n'est pas parce que un phobique social à tendance à s'isoler et à se marginaliser et qu'il ne nous pose pas trop de problème qu'on le laisse pour autant sombrer dans des pathologie bien plus graves.

## *Chapitre II*

# **La phobie Sociale**

---

## Préambule

Phobie sociale ! Un véritable handicap affectant la vie sociale, professionnelle et affective des personnes atteintes.

Ces sujets présentent une crainte d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement d'autrui au point d'éprouver une peur intense suite à l'exposition à des situations sociales ordinaires qui ne présente pas de réel danger et cette peur intense se traduit par un ensemble de symptômes tels que les tremblements ; sueurs, palpitations, bouffées de chaleur, rougissement pouvant aller jusqu'à l'attaque de panique.

Les phobiques sociaux ne sont pas de simple timides mais bien plus que cela, ils se font les plus discrets possible jusqu'à l'effacement et redoutent plus que tout le jugement négatif des autres

Pour tenter d'échapper à la vie sociale, les phobiques sociaux paient le prix fort. La peur du jugement des autres les conduit vers un comportement d'évitement entraînant l'isolement ce qui fait de l'anxiété sociale un contexte idéal pour l'éclosion de symptômes dépressifs et l'addiction aux substances (alcool, drogues).

Enfin, la phobie sociale est un trouble extrêmement répandu. la plupart des études internationales ont conclu à un taux de prévalence de 2 à 14% selon les populations étudiées et les outils de dépistage utilisés.

## 1. Historique :

On trouve dans la littérature, depuis Hippocrate, des descriptions de tableaux cliniques ou de personnages, par exemple le Phédon de la Bruyère, qui semble bien correspondre à notre phobie sociale actuelle et qui font penser que la phobie sociale a toujours existé. Le terme même de phobie sociale est dû à Janet, en 1903, à propos de l'éreuthophobie et les travaux du début du XX<sup>ème</sup> siècle seront centrés sur le rougissement pathologique. Très vite toutefois, la phobie sociale subit, en psychiatrie, une éclipse qui va durer plus de 50 ans. Peut-être faut-il l'attribuer à l'influence de la psychanalyse, avec la primauté donnée aux phénomènes intrapsychiques et à la sexualité vis-à-vis du monde extérieure et de l'adaptation sociale. L'étude de l'anxiété sociale survit pendant tout ce temps-là dans le domaine de la timidité.

Le renouveau de la phobie sociale est lié à la nouvelle classification des phobies par I. Marks et M. Gelder en 1966, puis I. Marks en 1970, qui distinguent l'agoraphobie des phobies spécifiques et de la phobie sociale. Phobie sociale est alors au singulier, et le terme est introduit tel quel dans le DSM-III en 1980\_ première apparition dans une nosographie psychiatrique\_ avec une définition « crainte d'une situation sociale », qui l'apparente à une phobie spécifique. Dès le DSM-III-R, la définition est rectifiée pour mieux correspondre à la fréquence prédominante, en clinique, de la phobie sociale type généralisé : « crainte d'une ou plusieurs situations sociales » (Boulenger & Lépine, 2014, p. 155).

## 2. Définition de la phobie sociale :

La phobie sociale appartient au groupe des troubles anxieux, qui réunit les diverses variétés de l'anxiété pathologique. La phobie sociale est une phobie, c'est-à-dire une crainte irraisonnée, infondée, non justifiée par son objet. Dans le cas de la phobie sociale, l'objet de la phobie est constitué par une ou des

situations sociales. Toutes les situations sociales ne sont pas anodines, et certaines, des mauvaises rencontres aux situations de harcèlement, peuvent susciter une crainte justifiée. Mais le sujet qui présente une phobie sociale craint des situations sociales banales, qui, normalement, ne suscitent pas grande crainte. Ces situations sociales, vécues ou anticipées, déclenchent chez lui une anxiété importante, apparemment injustifiée. Le thème de cette anxiété sociale pathologique est la crainte de se conduire de façon embarrassante ou humiliante sous le regard d'autrui, c'est la « peur des autres », la peur de leur jugement négatif.

Dès que l'anxiété devient un tant soit peu intense, elle a un pouvoir aversif considérable. C'est ce qui explique la seconde caractéristique majeure du trouble, qui est la tendance très forte à l'évitement des situations sociales phobogènes. L'anxiété pathologique en situation sociale fait l'inconfort de la phobie sociale. L'évitement des situations sociales en fait la gravité (Boulenger & Lépine, 2014, p. 155).

### **3. Modèles théoriques de la phobie sociale :**

Au cours des années, 1970, les concepts d'habilités sociales et d'anxiété sociale n'étaient pas clairement distingués dans la documentation scientifique. En fait, le modèle explicatif le plus répondu de l'anxiété sociale voulait que celle-ci soit tout simplement due à un manque d'habilités sociales .des recherches ultérieures ont montré que tel n'est pas toujours le cas. De plus, l'entraînement aux habilités sociales donnait des résultats relativement modestes dans le traitement de l'anxiété sociale. Les auteurs ont donc proposé d'autres Les modèles théoriques d'explication de l'anxiété et de la phobie sociale.

### 3.1. le modèle du conditionnement :

Ohmen (1986) présente un modèle intéressant pour expliquer le développement de la phobie sociale, modèle basé sur l'observation des primates. Selon lui, l'anxiété sociale se situe à une extrémité d'un continuum qui se caractérise, à l'autre extrémité, par la dominance sociale. Les groupes de primates établissent une hiérarchie sociale dans laquelle tout nouveau membre doit se situer. Les individus qui répondent à l'expression de la dominance par de la crainte ou de la soumission sont relégués à des positions inférieures dans la hiérarchie. De la même façon chez les humains, les adolescents et les jeunes adultes ont à établir leur place parmi leurs pairs. Leur comportement est évalué par les autres et une hiérarchie s'établit. Alors, ceux qui sont prédisposés à devenir anxieux dans les situations stressantes en arrivent, par un processus de conditionnement, à manifester des comportements d'anxiété ou de retrait et à craindre le jugement des autres (Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999).

Les stimuli inconditionnels qui peuvent engendrer la phobie sociale sont sans doute des situations sociales traumatisantes, comme une expérience d'échec sociale, d'humiliation ou le fait d'être la cible de la critique ou de la colère des autres ; d'ailleurs, environ la moitié des phobiques sociaux (et particulièrement ceux qui souffrent d'une phobie sociale spécifique) se rappellent avoir vécu une situation sociale traumatisante au moment où est apparue leur phobie sociale.

La phobie sociale peut aussi être acquise par conditionnement vicariant, c'est-à-dire par l'observation d'une personne qui manifeste de l'anxiété sociale. Des expériences en laboratoire avec des singes indiquent clairement qu'une phobie peut se développer de cette façon et se maintenir dans le temps (Mineka, 1987). Les enfants qui ont l'occasion d'observer des comportements de soumission dans leurs entourages peuvent ainsi apprendre à craindre la défaite et à manifester les mêmes comportements. Dans l'étude de Ost et Hugdahl (1981), il

Il y a, de fait, 13% des phobiques sociaux qui indiquent que leur phobie sociale est apparue à la suite de telles expériences d'apprentissages vicariants.

Plusieurs variables se présentant avant, pendant ou après une expérience de conditionnement peuvent avoir une influence sur le niveau de peur qui est vécu, conditionné et maintenu. L'étude de ces variables permet de comprendre pourquoi certaines personnes peuvent subir une expérience sociale traumatisante sans nécessairement développer une Phobie Sociale. Par exemple, l'observation antérieure d'un modèle socialement compétent peut diminuer la probabilité d'être conditionné par une expérience traumatisante. Il est aussi possible que certains individus présentent une prédisposition, d'ordre biologique ou psychologique à l'anxiété sociale.

Selon le modèle du conditionnement, l'anxiété ressentie dans des situations sociales est un élément d'un cercle vicieux dans lequel l'anxiété anticipatrice, qui se présente quand l'individu peut avoir à se retrouver dans des situations, mène à l'évitement de celles-ci. Cet évitement augmenterait ou maintiendrait, à son tour, l'anxiété anticipatrice, de même que l'anxiété dans les situations sociales (Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999).

### **3.2. Le modèle cognitif :**

Selon le modèle cognitif, lorsqu'un phobique social aborde une situation sociale anxiogène, il croit qu'il a de fortes probabilités de se conduire d'une façon ridicule et inacceptable et que cela aura des conséquences désastreuses en termes de perte de statut, de perte de valeur personnelle et de rejet par autrui.

Ces cognitions génèrent de l'anxiété et il s'ensuit différents processus qui maintiennent ou aggravent l'anxiété sociale. D'abord les symptômes anxieux (rougissement, tachycardie, etc.) deviennent eux-mêmes des signes de danger et génèrent encore plus d'anxiété. De plus, l'attention que le phobique social porte



à ses symptômes et à ses pensées négatives interfère avec ses capacités de traiter l'information sociale, ce qui renforce son impression qu'il y a menace et échec. Enfin, les comportements de retrait du phobique social suscitent, de la part des autres, des comportements moins amicaux qui confirment d'avantages ses craintes.

En entrant dans une situation sociale, le phobique sociale porte attention à lui-même et en particulier à ses symptômes d'anxiété. Il à tendance à sous-estimer sa performance sociale.il se construit donc une image exagérément négative de lui-même qui correspond, d'après lui, à l'impression qu'il crée chez autrui (Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999).

### **3.3. Le modèle de la présentation de soi :**

L'hypothèse de base du modèle de présentation de soi est qu'il y a phobie sociale lorsque deux conditions se présentent en même temps :(a) la personne est motivée à faire une impression particulière sur d'autres personnes, mais (b) elle doute de sa capacité de faire l'impression désirée. Plusieurs recherches ont montré que les personnes présentant de l'anxiété sociale évaluent plus négativement leurs habilités sociale que ne le font les autres, et ont une perception inférieure de leurs efficacité personnelle

L'impression que la personne veut faire peut être tout aussi négative que positive. De plus, la personne peut considérer qu'elle fait bonne impression, mais se sentir anxieuse parce qu'elle croit ne pas faire assez bonne impression pour atteindre ses but s'il est donc faut de croire que la PS dépend uniquement de la croyance qu'on a fait mauvaise impression.

Il est légitime qu'une personne se préoccupe de l'impression qu'elle fait sur les autres, cette impression ayant des conséquences importantes sur le plan sociale, amoureux, professionnel et il est donc normale qu'une personne qui se croit

incapable de faire l'impression jugée nécessaire pour atteindre un but important se sente anxieuse. L'anxiété a alors pour fonction d'avertir la personne de la présence d'un danger sur le plan social et de l'amener à modifier ses comportements.

Selon le modèle de la présentation de soi, les gens peuvent être préoccupés de l'impression qu'ils font pour une variété de raisons. Certains peuvent avoir un besoin excessif d'être approuvés par les autres, alors que d'autres s'évaluent eux-mêmes d'une façon exagérément négative. Certains peuvent avoir remarqué, avec justesse, qu'ils ont un déficit sur le plan des habilités sociales et d'autres, avoir développé une réponse émotionnelle conditionnée, à la suite d'expériences malheureuses. Ainsi, le modèle de la présentation de soi rejoint en quelque sorte les autres modèles théoriques et les englobe. De plus, ils suggèrent qu'un traitement individualisé, tenant compte des raisons qui sous-tendent la PS de la personne en particulier, sera plus efficace ; ceci reste toutefois à évaluer.

Étant donné que les personnes anxieuses socialement s'attendent à ne pas pouvoir faire l'impression désirée, elles adoptent des stratégies pour se protéger et pour éviter le rejet, plutôt que faire une impression favorable et obtenir l'approbation sociale. Ceci explique la tendance des phobiques sociaux à être réservés et réticents, à ne pas prendre de risques socialement et à adopter des comportements sécurisants. Ainsi, contrairement aux personnes non anxieuses, les phobiques sociaux ont tendance à ne pas s'accorder le mérite d'un succès, mais à endosser la responsabilité d'un échec, probablement pour éviter les moqueries, les critiques et le rejet. De plus, dans une interaction sociale, ils manifestent surtout des comportements inoffensifs : sourire, hocher la tête, poser des questions, faire peu d'affirmations. Ces comportements leur permettent de demeurer impliqués dans l'interaction tout en dirigeant l'attention sur les autres et en ne courant pas de risques sur le plan de l'image de soi (Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999).

### 3.4. Le modèle psychobiologique :

Trower et Gilbert (1989) se basent aussi sur le modèle du conditionnement d'Ohman (1986) pour affirmer que la PS est causée par un mécanisme de défense (qui s'est développé au cours de l'évolution des espèces) permettant aux membres d'une même espèce de faire face aux menaces qu'ils représentent les uns pour les autres. Ce mécanisme, qualifié d'« agonistique » (Chance, 1984) ou « compétitif », a une fonction très adaptative : en favorisant la subordination aux membres plus puissants de l'espèce, il permet d'éviter les luttes inutiles. Toutefois, il amène la personne socialement anxieuse à percevoir les autres comme des dominants hostiles, à craindre leur évolution négative, à privilégier des réponses de conciliation et de soumission et, à un niveau très grave, des réponses plus primitives comme la fuite et l'évitement. De plus, la personne socialement anxieuse semble incapable de miser sur l'autre mécanisme de réponse dans les relations sociales, que Chance (1984) le « mode hédonique ». Ce second mode fait appel à la coopération, à l'égalité et au soutien mutuel, tout en désactivant le mécanisme de défense. Il constitue donc un système de renforcement, alors que le mode agonistique est plutôt basé sur la punition.

La personne qui souffre de phobie sociale semble ignorer le caractère renforçant et agréable des interactions sociales, ses cognitions étant plutôt centrées sur la dominance et sur les risques potentiels. Elle souhaiterait être dominante et avoir un statut élevé que les autres, mais ne s'attend pas à pouvoir y arriver. Plus la distance entre le désir et l'attente est grande, plus il y a d'anxiété, diminution de la recherche de dominance et positionnement comme subordonné. La personne qui souffre de Phobie Sociale (généralisée) est alors constamment à l'affût d'indices sociaux pouvant signaler une évolution négative de la part des autres. Elle est en même temps centrée sur son incapacité de maintenir son statut social dans ce monde qu'elle perçoit comme hautement compétitif.

Ce modèle théorique présente des aspects qui pourraient se révéler importants pour la compréhension de la PS. Les études qui tentent de vérifier directement les hypothèses qui en découlent ne supportent que partiellement le modèle (Walters et Hope, 1998). cependant, Trower et ses collaborateurs (1998) confirment le modèle en se basant sur des auto-évaluations par des phobiques sociaux (Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999).

#### **4. Critères diagnostiques de la phobie sociale selon le DSM5 :**

A. Peur ou anxiété internes d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou boire) et des situations de performance (p.ex. faire un discours).

B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p.ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).

C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.

D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intense.

E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.

F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.

G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament), ni à une autre affection médicale.

I. La peur, l'anxiété l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.

J. Si une autre affection médicale (p.ex. maladie de parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

Spécifier si :

Seulement de performance : si la peur est limitée aux situations de performance ou de parler en public (Crocq & Guelfi, 2015, p. 237).

### **5. Prévalence :**

A défaut d'avoir des statistiques nationales ou par difficultés d'accès nous nous sommes contentés des statistiques internationales figurant dans le DSM 5

L'estimation de la prévalence sur 12 mois de l'anxiété sociale aux États-Unis est d'environ 7%. Les estimations de la prévalence sur 12 mois dans une grande partie du monde en utilisant le même instrument diagnostique sont inférieures, autour de 0,5-2,0 % ; la prévalence médiane en Europe est de 2,3 %. Les taux de prévalence sur 12 mois chez les enfants et les adolescents sont comparables à ceux des adultes. Les taux de prévalence diminuent avec l'âge. La prévalence sur 12 mois pour les adultes plus âgés varie de 2 à 5 %. En général, des taux plus élevés d'anxiété sociale sont retrouvés chez les femmes que chez les hommes dans la population générale, et la différence de prévalence entre les sexes est plus prononcée chez les adolescents et les jeunes adultes. Le ratio selon le sexe est identique ou légèrement supérieur pour les hommes dans les échantillons

cliniques, et il est supposé que le rôle lié au genre et les attentes sociales expliquent en grande partie l'augmentation des comportements de recherche d'aide chez les patients de sexe masculin (Crocq & Guelfi, 2015, p. 240)

## 6. Formes clinique de la phobie sociale :

On distingue :

- **Les formes limitées à une ou deux circonstances sociales** : il s'agit plus souvent de la peur de manger, de boire ou d'écrire devant autrui, ou de la peur panique de prendre la parole face à un groupe. Même si les autres situations peuvent être affrontées, il est tout de même fréquent que le patient y présente des petits signes d'anxiété sociale ou des évitements subtils (sous-tendus par la crainte de révéler son émotivité ou son incompétence) ;
- **Les formes généralisées** : toutes les situations sociales représentent des sources de peur et de honte intenses ;
- **Les formes confrontantes** : un certain nombre de patients arrivent toutefois à donner le change, au prix de beaucoup d'énergie et d'évitement subtils assez élaborés (froideur relationnelle, agressivité, humour et ironie systématiques en lieu et place de véritables échanges, etc.) et à préserver une activité sociale de façade, parfois à de responsabilité. Les émotions, surtout de peur, n'en sont pas moins intensément ressenties, le patient ayant à chaque confrontation le sentiment de frôler de peu la catastrophe et le risque d'être démasquer
- **Les formes associées à une personnalité évitante** : ces formes de phobie sociale vont s'avérer plus difficiles à traiter, en raison notamment de leurs caractères égocentrique marqué (Guelfi & Rouillon, 2012, p. 222).

## 7. Comorbidité :

L'anxiété sociale est souvent comorbide avec d'autres troubles anxieux, un trouble dépressif caractérisé, des troubles de l'usage d'une substance, et la survenue de l'anxiété précède généralement celle des autres troubles, à l'exception de la phobie spécifique et de l'anxiété de séparation. L'isolement social chronique au cours d'une anxiété sociale peut entraîner un trouble dépressif caractérisé. La comorbidité avec la dépression est également élevée chez les personnes âgées. Les substances peuvent être utilisées comme automédication pour les peurs sociales mais les symptômes liés à une intoxication ou à un sevrage, comme le tremblement, peuvent également être une source (supplémentaire) de peur sociale. L'anxiété sociale est souvent comorbide avec un trouble bipolaire ou une obsession d'une dysmorphie corporelle concernant la préoccupation par une légère irrégularité de son nez, et une anxiété sociale en raison d'une peur sévère de paraître stupide. La forme général de l'anxiété sociale, mais pas l'anxiété sociale seulement de performance, est souvent comorbide avec une personnalité évitante (Crocq & Guelfi, 2015, p. 244)

## 8. Diagnostic différentiel

### 8.1. La timidité :

« *La timidité a été le fléau de ma vie* » Montesquieu

Un peu comme le mot « stress », le terme « timide » recouvre des réalités très différentes. Son emploi, pour caractériser des personnes « craintives, pleines d'appréhension », manquant d'assurance, de hardiesse », discrètes dans les relations sociales », s'est généralisé au XVIII<sup>e</sup> siècle. La « timidité » en est venue à désigner toutes les formes d'embarras qu'il est possible de ressentir en présence

d'autrui. il n'existe pas à ce jour de définition scientifique univoque de la timidité (ou plutôt, il en existe trop puisque près d'une vingtaine ont déjà été proposées).

Pourtant, il faut réserver cette appellation à un type particulier d'anxiété sociale, exprimant une manière d'être durable et habituelle, marquée par une tendance prononcée, lors des situations nouvelles, à se tenir en retrait et à éviter de prendre l'initiative, malgré un désir relatif d'échanges avec l'entourage.

La timidité renvoie à la double existence d'un malaise intérieur et d'une maladresse extérieure en présence d'autrui. Elle n'exclut toutefois pas des capacités à s'adapter beaucoup plus développées que dans les formes pathologiques d'anxiété sociale (André & Légeron, 2003, p. 230).

- **De quoi ont peur les timides :**

La timidité est chronique et durable. Le timide développe une façon d'être marquée par l'inhibition dans un grand nombre de situations sociales ; il évite donc ces situations chaque fois que possible. Il redoute en particulier les "premières fois", alors que son angoisse s'apaise au fil des rencontres, alors que c'est précisément l'inverse qui se produit dans les formes pathologiques d'anxiété sociale. C'est pourquoi la timidité ne peut être considérée comme une maladie : à la différence du phobique social, le timide s'adapte, souvent bien, après une période d'inhibition initiale. (André & Légeron, 2003, p. 232)

- **Comment se manifeste la timidité :**

Il existe un certain nombre de signes comportementaux caractéristique lors des interactions sociales. Une étude portant sur une population d'étudiants a filmé ceux-ci alors qu'ils dialoguaient avec un expérimentateur ; la bande vidéo était ensuite analysée par des observateurs indépendants. Il apparut clairement que les sujets timides parlaient moins souvent, souriaient moins, regardaient moins dans les yeux, mettaient plus longtemps à répondre ou à relancer la conversation, que



les temps de silence étaient plus fréquents dans leurs discours. On retrouve aussi un registre de mimiques et d'expressions moins riche (André & Légeron, 2003, p. 236).

**8.1.1. Différence entre timidité et phobie sociale :**(André & Légeron, 2003, p. 249)

<b>Timidité</b>	<b>Phobie Sociale</b>
<b>Peur d'être ignoré</b>	<b>Peur d'être humilié ou agressé</b>
<b>Désir d'être accepté</b>	<b>Désir d'être oublié</b>
<b>Inhibition les premières fois, puis relative aisance au fur et à mesure des nouveaux contacts</b>	<b>La répétition des contacts ne met pas toujours plus à l'aise, au contraire à cause de la peur d'être démasqué au fur et à mesure que l'intimité s'accroît.</b>
<b>Gene en situation sociale</b>	<b>Véritable panique en situation sociale</b>
<b>Sentiment de déception après les présentations sociales jugées insatisfaisantes</b>	<b>Sentiment de honte après les présentations sociales jugées insatisfaisantes</b>
<b>Le désir de contact est supérieur à la crainte de l'échec</b>	<b>La crainte de l'humiliation est supérieure au désir de contact</b>
<b>En cas de gêne sociale, conduites d'inhibition, et observation des autres</b>	<b>En cas de gêne sociale, conduites de dissimulation de son malaise, et auto-observation</b>
<b>Les attitudes sociales amicales et accueillantes rassurent.</b>	<b>Les attitudes sociales amicales et accueillantes peuvent embarrasser ou angoisser.</b>

**Tableau n° 01: tableau représentant la différence entre timidité et phobie sociale**

## 8.2. Le Trac :

Le trac est une sensation d'anxiété intense mais passagère, limitée à une situation et à un moment donné ;

Le trac ou l'anxiété de performance peut être un phénomène ponctuel. Le sujet n'est pas dans une situation relationnelle proprement dite. Il est seul face à d'autres personnes pendant la situation de performance (prendre la parole lors d'une réunion, présenter un exposé, faire un entretien d'embauche.....). Il est tout à fait normale de ressentir cette anxiété ou ce trac avant ou pendant la situation de performance mais cette anxiété peut se transformer en véritable problème lorsqu'elle devient intense ou chronique et aussi lorsqu'elle devient inhibitrice et handicapante. chapitre 1 trac et appréhension (André & Légeron, 2003, p. 202)

**8.2.1. les différences entre trac et phobie sociale :**(André & Légeron, 2003, p. 220)

<b>Trac</b>	<b>Phobie sociale</b>
L'anxiété est forte peu avant la situation.	L'anxiété est très forte longtemps avant la situation.
L'anxiété diminue assez vite dès que le sujet commence à parler.	L'anxiété ne diminue pas lorsque le sujet commence à parler, parfois même elle augmente.
Même si l'anxiété est forte et gênante, le sujet continuera à parler.	L'anxiété peut atteindre le niveau d'une attaque de panique incontrôlable, et oblige le sujet à quitter la situation.
Le sujet se sentira soulagé après avoir terminé son intervention.	Le sujet se sentira honteux après avoir terminé son intervention.
Le sujet va récupérer ses forces assez vite ensuite.	Le sujet se sentira épuisé ensuite.
Si le sujet a régulièrement l'occasion de prendre la parole dans les mêmes circonstances, son anxiété diminuera peu à peu. (« habitude »)	Même si le sujet est régulièrement contraint de prendre la parole dans les mêmes circonstances, l'anxiété ne diminue pas, et il aura l'impression qu'elle augmente. (« sensibilisation »)

**Tableau n°02 : tableau représentant la différence entre le trac et la phobie sociale**

### 8.3. *La Personnalité évitante:*

Le trouble de la personnalité évitante est apparue, en 1980, dans le DSM-III où il succéda au « caractère phobique » des approches psychodynamiques, et aux « personnalités névrotiques évitant les contacts interpersonnels » de la psychanalyste K.Horney, en se différenciant des personnalités dépendantes et schizoïdes. Dans le DSM-IV, la personnalité évitante fait partie des troubles du cluster C de l'axe II, c'est-à-dire des personnalités anxieuses et névrotiques. Ceci permet d'indiquer tout de suite qu'elle repose sur des mécanismes anxieux et non d'émoussement affectif et de méfiance, contrairement aux personnalités du cluster A (schizoïdes, schizotypiques paranoïaques). Dans la classification CIM-10, « la personnalité anxieuse » correspond par beaucoup de points à la personnalité évitante du DSM-IV. Ces troubles sont très présents, aussi bien en population générale que clinique, mais restent encore insuffisamment étudiés. (Guelfi & Rouillon , 2012, p. 414)

La personnalité évitante y est décrite comme un « mode général d'inhibition sociale, de sentiment de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui ». ces éléments doivent être apparus au début de l'âge adulte et s'exprimer dans des contextes divers, avec notamment la présence de quatre critères diagnostiques sur les sept proposés :

1. Le sujet évite les activités professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté.
2. Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé.
3. Est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule
4. Craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales.

5. Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur.
6. Se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres.
7. Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras (Guelfi & Rouillon , 2012, p. 414)

### 8.3.1. Différence entre une personne souffrant d'une personnalité évitante ou/et d'une phobie sociale :(André & Légeron, 2003, p. 271)

Personnalité évitante	Phobie sociale
Évitement rationalisé : la personne ce trouve des justifications afin d'éviter le contact sociale « j'évite car je n'ai pas envie, ça ne vaut pas la peine, je suis trop fatigué »	Évitement culpabilisé : la personne ce culpabilise après chaque évitement « j'évite et je ne devrais pas, mais je ne me sens pas capable, je ne suis pas assez fort, j'ai honte de moi »
Attribution de responsabilité externe : « c'est la faute des autres, ils ne sont pas assez accueillants »	Attribution de responsabilité interne : « c'est de ma faute, je ne fais pas assez d'efforts, je suis trop émotif, je m'écoute trop »
Peu demandeur d'aide pour son anxiété sociale	S'il est informé, demandeur d'aide pour son anxiété sociale
Conscience flou de son anxiété sociale	Conscience claire de la souffrance due à son anxiété sociale
Anxiété sociale égo-syntonique : « je suis comme ça »	Anxiété sociale ego-dystonique : « j'aimerais ne pas être comme ça »

**Tableau n°3 : tableau représentant la différence entre la personnalité évitante et la phobie sociale**

## 9. La neurobiologie de la phobie sociale :

Cliniquement, la phobie sociale se caractérise par une peur persistante et excessive des situations sociales ou des situations de performance où le sujet est potentiellement soumis au regard critique de des autres.

D'un point de vue neuro-anatomique, la plupart des données suggèrent une hyperactivation de l'amygdale dans la phobie sociale. En effet, une réponse exagérée de l'amygdale a été mise en évidence lors de tâches de prise de parole en public, lorsque les patients doivent anticiper cette prise de parole en public, lorsqu'ils sont soumis à des commentaires négatifs ou lorsque leur sont présentés des visages exprimant la colère, le mépris, et même la joie ou la neutralité. En outre, il a été montré que le niveau d'activation amygdalienne est corrélé positivement à la peur subjective rapportée par les patients ainsi qu'à la sévérité des symptômes d'anxiété sociale. Par ailleurs, l'activation amygdalienne lors d'une prise de parole en public diminue après traitement efficace. Ainsi la plupart vont-ils dans le sens d'une hyperactivation amygdalienne dans la phobie sociale.

La plupart des études vont également dans le sens d'une hyperactivation de l'insula dans la phobie sociale, que ce soit lors de l'anticipation d'une prise de parole en public ou en réponse à des visages émotionnels. Notons que quelques études néanmoins rapportent plutôt une diminution de l'activation de l'insulaire.

Les données concernant les régions préfrontales sont globalement un peu moins claires. Certaines études rapportent une hyperactivation du cortex cingulaire dans sa région rostrale en réponse à des expressions faciales de dégoût, ou en réponse à des images de personnes non désirables en termes d'interaction sociale. De même, des études rapportent une hyperactivation du cortex cingulaire dans sa région dorsale, que ce soit lors de l'exposition à des visages exprimant des émotions négatives, ou lors de l'exposition à des commentaires



négatifs. De même, M.Stein et al ont mis en évidence une hyperactivation du cortex préfrontal dorsomédial en réponse à des visages à valence émotionnelle négative. A l'inverse, d'autres études rapportent une diminution de l'activation au niveau du cortex préfrontal ventromédial. D'autres encore ont mis en évidence une diminution de l'activation de la partie dorsale du cortex cingulaire lors de l'anticipation d'une prise de parole en public (Boulenger & Lépine, 2014, p. 114)

### **10.Facteurs de risque et pronostic :**

- **Tempéramentaux** : les traits sous-jacents qui prédisposent les individus à l'anxiété sociale incluent l'inhibition comportementale et la peur d'être jugé négativement.
- **Environnementaux**: le développement de l'anxiété sociale ne peut pas être attribué à des taux élevés de maltraitance dans l'enfance ou d'autres difficultés psychosociales précoces. Cependant, la maltraitance ou des difficultés psychosociales durant l'enfance sont des facteurs de risque d'anxiété sociale.
- **Génétique et physiologique** : Des traits prédisposant les individus à une anxiété sociale, tel que l'inhibition comportementale, sont fortement influencés génétiquement. L'influence génétique dépend de l'interaction gène-environnement ; en d'autres termes, les enfants ayant une inhibition comportementale élevée sont plus sensibles aux influences de l'environnement, par exemple au modèle d'anxiété sociale présenté par les parents. De même, l'anxiété sociale est héritable (alors que l'anxiété sociale seulement de performance l'est moins). Les parents au premier degré ont deux à six fois plus de risques de souffrir d'anxiété sociale, et la susceptibilité à ce trouble implique l'interaction des facteurs génétiques spécifiques du trouble (Crocq & Guelfi, 2015, p. 241)

### **11.Retentissement fonctionnelle de la phobie sociale :**

L'anxiété sociale est associée à des taux élevés d'abandon scolaire et à une perte de bien être, d'emploi, de productivité au travail, de statut sociaux économique et de qualité de vie. L'anxiété sociale est également associée au fait d'être seul, célibataire, divorcé ou de ne pas avoir d'enfant, en particulier chez les hommes. Les personnes d'un certain âge peuvent négliger leurs responsabilité de dans les soins à leurs proches et manquer d'intérêt pour les activités de bénévolat. L'anxiété sociale interfère également avec les loisirs. Malgré l'ampleur de la détresse et du handicap social associés à l'anxiété sociale, la moitié seulement des individus présentant ce trouble dans les sociétés occidentales sont soignés, et cela seulement après 15 à 20 ans d'évolution de symptômes. Ne pas avoir un travail est un fort facteur prédictif de la chronicité de l'anxiété sociale (Crocq & Guelfi, 2015, p. 241; Cottraux, 2001).

### **12.Prise en charge psychologique de la phobie sociale :**

La phobie sociale comme nous l'avons déjà définie est un trouble anxieux qui engendre une souffrance marquée par sa persistance et son intensité, ce trouble se caractérise par la présence d'un ensemble de croyances irrationnels et d'un raisonnement émotionnel de la part du phobique sociale et qui ce résulte par des comportements d'évitements, qui ses derniers en pour conséquence la chronicité du trouble. Afin d'aider le patient à s'en détacher de cette souffrance, la mise en place d'une psychothérapie adéquate est nécessaire. Dans notre recherche, nous avons voulu mettre en lumière l'une des psychothérapies les plus répons dans le traitement de la phobie sociale, qui est la prise en charge cognitive et comportementale.

### **12.1. Présentation de la thérapie comportementale et cognitive:**

Les thérapies comportementales et cognitives représentent l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. Ces thérapies font référence aux modèles issus des théories de l'apprentissage : conditionnement classique et opérant, apprentissage sociale qui mettent l'accent sur la modification des comportements observables, mais elles font aussi référence aux modèles cognitifs fondés sur l'étude du traitement de l'information: processus de pensée conscients et inconscients qui filtrent et qui organisent la perception des événements qui se déroulent dans l'environnement du sujet

Les techniques utilisées interviennent à ces trois niveaux : comportementale, cognitif et émotionnel (Cottraux, 2001, p. 1)

### **12.2. Prise en charge en thérapie comportementale :**

**L'exposition comportementale graduelle** : comme pour tout exercice d'exposition comportementale, les exercices sont débutés par les situations pouvant amener une anxiété acceptable. Si toutes les situations présentées par le patient sont évaluées avec une forte anxiété, il convient de trouver des stratégies pour en réduire l'intensité au début. De par la multiplicité et la complexité des situations auxquelles les personnes sont confrontées, nous distinguerons deux catégories :

**Les situations d'exposition comportementale d'observation** : les patients sont amenés à se confronter à des situations d'observation génératrice d'angoisse. Par exemple croiser le regard des autres. Dans cet exercice, la personne est amenée à croiser (brièvement) le regard de personnes qu'elle rencontre ,en marchant dans la rue, en se positionnant à la sortie d'une station de bus ou de magasin , etc. un ensemble d'autres exercices peut être réalisé en individuel, mais plus aisément en thérapie de groupe, comme rougir ( la

personne est amené à rougir après avoir fait un effort physique) ou trembler (volontairement trembler en tendant une feuille ou un verre d'eau). Selon le cas, il peut aussi être proposé de réaliser des tâches spécifiques sous le regard des autres comme : écrire, cuisiner, manger, travailler.

**Les situations d'interactions sociales** : les exercices sont établis pour favoriser le contact avec les autres et les échanges. Dans cette catégorie nous incluons, la prise de parole lors de conversations, engager une discussion, exprimer une opinion.

Afin d'être efficace en thérapie comportementale, de nombreuses situations du quotidien doivent être utilisées pour aider le sujet à sortir de sa peur. Ainsi, les personnes sont poussées à croiser leurs voisins dans la cage d'escalier, se rendre à la machine à café avec des collègues, lever la tête en marchant dans la rue et croiser le regard des autres, regarder les autres dans les yeux lors de conversations...Le but est de sortir les patients de leurs évitements et d'affronter progressivement des situations qui sont source d'angoisse (Chapelle, Monié, Poinot, Rusinek, & Willard, 2014, p. 50)

### **12.3. Prise en charge en thérapie cognitive :**

La première étape en thérapie cognitive est d'aider les sujets à repérer leurs cognitions. Les situations problèmes étant nombreuses, bien souvent ils ne repèrent plus leur discours interne et fonctionnent en mode automatique. Il faut donc attirer l'attention des patients sur les situations qui leur posent problème et sur le discours qu'ils se tiennent à eux-mêmes. L'utilisation du tableau à trois colonnes (situation, émotion, cognition) est parfaitement adaptée pour repérer les pensées. Les personnes utilisent les moments où ils ressentent une sensation d'angoisse pour repérer ce qu'ils disent dans cette situation. Par exemple, dans le cas de l'éreuthophobie, un sujet pourra ainsi décrire une situation où il est en train de parler avec une collègue pour laquelle il ressent une certaine attirance,

associée à une anxiété empreinte de honte et de culpabilité, et des pensées telles que : « je rougis, cela va se voir », « je dois être ridicule », « elle a dû remarquer que j'étais gêné ». Nous retrouvons la une pensée de focalisation et des pensées d'interprétation sur ce que les autres peuvent penser de lui. Dans l'auto-focalisation, les personnes sont centrées sur ce qu'elles ressentent, oubliant d'avoir conscience de ce qui se passe autour d'elles. Il faut donc les engager à chercher activement à s'intéresser à ce qui se passe autour en focalisant leur attention sur ce qui est pertinent (le discours de la personne en face, ce qu'ils sont en train de faire.)

Dans l'anxiété sociale, les personnes font une interprétation particulière de ce qui se passe, une interprétation empreinte d'erreurs de logique (distorsion cognitive telles l'inférence arbitraire, la personnalisation, la généralisation. Le but va être d'aider ces personnes à remettre en question leur interprétation. C'est un travail de restructuration cognitive. Ce travail cognitif se réalise en thérapie individuelle ou de groupe. La personne est aidée à reconsidérer ce qu'elle pense de la situation en cherchant des alternatives. Dans certaines situations, par exemple lors d'une présentation orale à une réunion professionnelle, la personne pourra même demander à son entourage l'opinion qu'ils ont eue de l'intervention.

De la même façon, le repérage des PIC (pensées inhibitrices de comportement) et le recours aux POC (pensées orientées vers le comportement) peuvent être utiles. Dans ce cas, les patients recherchent les cognitions qui limitent leurs actions ( par exemple : « je vais être ridicule si je lui demande de m'accompagner » ( tirer d'une conclusion sans preuve) et la personne n'agit pas et se prive de quelque chose, se renvoyant une mauvaise image d'elle-même), pour chercher des pensées qui poussent à agir ( par exemple : « je fais ma demande et je verrai bien ce que la personne me répond », permettant ainsi un rapprochement social et d'obtenir éventuellement des réponses favorables).

**L'affirmation de soi :**

Elle est une partie intégrante de la prise en charge de l'anxiété sociale. L'affirmation se travaillera en individuel avec une mise en place d'exercices au cabinet et réalisation de tâches au domicile ou dans le cadre de groupe de thérapie (Chapelle, Monié, Poinso, Rusinek, & Willard, 2014, p. 51)

**13. Traitement de la phobie sociale :(pharmacologique)**

- **Les psychotropes** : dans l'anxiété sociale, les psychotropes permettent de débloquer une situation, de démarrer un processus de changement personnel. Ils peuvent aussi servir de béquille, en facilitant ce changement tant que le sujet n'est pas vraiment capable de le prendre en charge seul. Mais il est rare que les médicaments se suffisent entièrement à eux-mêmes. Dans les formes gênantes d'anxiété sociale, qui nécessitent un traitement médicamenteux, la meilleure façon de se servir des psychotropes c'est de les accompagner d'une psychothérapie adaptée, qui accélérera leur action et empêchera les rechutes à l'arrêt du traitement (André & Légeron, 2003, p. 407)

- Trois principaux groupes de médicaments psychotropes sont utilisés dans la prise en charge de la phobie sociale :

**13.1. Les antidépresseurs :**

- Les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine), ces molécules sont aussi appelées « sérotoninergique », car elles augmentent au niveau des synapses cérébrales les taux de la sérotonine, un neurotransmetteur très important. Ces sérotoninergiques, au départ conçus et utilisés comme des antidépresseurs, ont aussi manifesté de remarquables effets anti-anxiété dans le trouble panique et dans le toc (trouble obsessionnel compulsif), pour lesquels ils sont officiellement recommandés depuis plusieurs années. Récemment, plusieurs travaux ont montré leur utilité dans la phobie sociale

- IMAO : certains imao (inhibiteurs de la monoamine-oxydase, petite enzyme cérébrale impliqué dans la régulation de l'humeur et donc dans la dépression) sont particulièrement adaptés au traitement des formes sévères de l'anxiété sociale (André & Légeron, 2003, p. 418).

### **13.2. Les anxiolytiques (les tranquillisants):**

Les anxiolytiques et plus particulièrement les benzodiazépines (BZD) sont souvent utilisés mais ne constituent pas le meilleur choix pour traiter la phobie sociale. Le principal avantage des benzodiazépines réside dans leur rapidité d'action qui permet de réduire dans un temps très court l'anxiété ainsi que certains symptômes physiques comme la tension musculaire (André & Légeron, 2003, p. 415)

### **13.3. Les bêtabloquants :**

Les bêtabloquants demeurent un outil pratique pour réduire certaines manifestations physiologique liée à l'anxiété sociale, comme la tachycardie, les tremblements, etc., .cependant, les bêtabloquants ne peuvent être prescrit que par un médecin puisqu'ils comportent un certain nombre de contre-indications : certains troubles cardiaques, l'asthme, l'association à certains autres médicaments, etc.

Ils sont indiqués lorsque l'anxiété sociale est une anxiété de performance, c'est-à-dire déclenchée par une situation bien précise, limité dans le temps et l'espace, et dont les symptômes physique sont importants et gênant. Ils sont donc peu efficaces dans les cas de phobie sociale généralisée, de personnalité évitante, d'appréhension sans trac. En tout état de cause, il convient de prendre une dose une à deux heures avant la situation qui pose problème. L'effet dure quelque heure, en fonction des molécules utilisées (André & Légeron, 2003, p. 408).

**Synthèse générale :**

La phobie sociale n'est pas une simple timidité, ni une simple peur sociale, ni un moment de trac avant de présenter un travail qui diminuera graduellement, mais un vrai état de panique, un vrai handicap ! Le sujet ayant une phobie sociale est envahi par des pensées illogiques qui se déclenchent automatiquement avant ou lors des situations sociales. Ces pensées négatives qui tournent autour de la peur du regard de l'autre, la peur de son jugement, la peur d'être trahi par son corps et la peur d'être humilié freine son développement et son évolution, que ce soit sur plan relationnel, familiale ou professionnel et l'empêche d'être un agent actif dans la société. Cette distorsion cognitive accompagnée par des évitements répétitifs a pour conséquence l'aggravation et la chronicité du trouble, c'est pour cela une prise en charge adaptées aux besoins du sujet phobique sociale est nécessaire afin de l'aider à diminuer ses peurs et à modifier ses pensées irrationnelles et les remplacées par d'autres plus logique et plus adapté à la réalité qui l'entoure.



## *Chapitre III*

### **L'estime de soi**

---

## Préambule

L'estime de soi est une évaluation qui reflète le degré selon lequel la personne croit qu'elle réussit bien dans les domaines où elle aspire à bien faire.

L'estime de soi est la manière dont une personne s'évalue généralement ; dans ce chapitre nous allons procéder à une meilleure compréhension de ce concept tant convoité.

### 1. Historique

Cet historique a été réalisé en référence et suivant la chronologie adoptée dans l'ouvrage intitulé « l'estime de soi à l'estime du soi » de Monbourquette Jean, pour mettre en évidence tous les auteurs qui se sont consacré à l'étude et à la compréhension du concept de l'estime de soi et tous ceux qui ont porté leur pierre à l'édifice pour la compréhension de ce sujet. Ce retour au passé nous a semblé important et primordial afin de comprendre et marquer les débuts des recherches autour de ce thème. Il est en effet important de connaître les avancées réalisées dans ce domaine et les lacunes rencontrées. L'échine dorsale de notre travail est le concept de l'estime de soi, cela impose donc une bonne connaissance et bonne compréhension de ce dernier ; cela demande aussi de connaître toutes les définitions de ce concept et les divergences qui ont existé ou qui subsistent encore. Cet historique nous a permis de connaître l'évolution de ce concept au fil du temps ainsi qu'une définition plus exhaustive de ce dernier.

#### 1.1. William James (1842-1910) :

Le pionnier de la psychologie américaine a définie l'estime de soi comme suit « L'estime que nous avons de nous-mêmes dépend entièrement de ce que nous prétendons être et faire. », pour lui l'estime de soi correspond au taux de réussite que la personne a atteint au cours de sa vie

## **1.2. SIGMUND Freud (1856-1942):**

S. Freud s'est intéressé au MOI qui est selon lui tiraillé entre les tentations du ÇA et les interdictions du SURMOI ce qui le rend éphémère et le conduit à des accès d'angoisse et pour atténuer ces angoisses Freud a expliqué cela par le recours à des mécanismes de défense. Freud a considéré le MOI comme l'égo et selon lui l'estime de soi ne se développe jamais car le MOI est constamment sur la défensive et sachant que l'estime de soi n'a pas d'assise spirituelle et religieuse elle serait donc fragile et instable. A partir de ce moment et dans le but d'assurer l'équilibre entre le MOI et le SOI, apparaît une dichotomie bien distincte ; celle de Freud qui considère l'inconscient comme une menace d'instincts libidinaux, Jung considère le MOI inconscient comme l'organisateur de l'activité psychique et à partir de là Freud attribue un rôle très réducteur à la spiritualité ce qui désavantage lourdement la conception de l'estime de soi et du SOI

## **1.3. Alfred Adler (1870-1937) :**

Pour lui l'être humain cherche constamment à lutter contre le sentiment d'infériorité en développant un sentiment de supériorité, et selon sa théorie de la personnalité, plus la personne est affaiblie par ce sentiment d'infériorité plus il rêve d'une puissance démesurée et d'un sentiment de domination ; pour lui la personne née avec une basse estime de soi et aspire à une haute estime de soi en devenant dominant et orgueilleux ce qui est faux car cette théorie ne reconnaît pas une estime de soi acceptable, normale et juste

## **1.4. Carl Rogers (1902-1987) :**

Sur ce sujet, il écrit « Dans la grande majorité des cas, ils se méprisent et se considèrent dénués d'importance et indignes d'amour. » donc pour lui les clients ont tendance à ne pas s'accepter et à se détester ; et l'acceptation

inconditionnelle du client par le psychothérapeute va l'aider à s'accepter et mieux accepter ses défauts.

### **1.5. Virginia Satir (1916-1988) :**

Selon elle l'estime de soi est un excellent et important paramètre dans la thérapie familiale et un critère de santé mentale, ainsi elle estime que la réussite d'une famille se trouve dans la reconnaissance mutuelle de ses membres de l'estime de soi et elle affirme que dans une famille saine, la liberté laissée à ses membres pour exprimer leurs émotions est un paramètre d'une bonne estime de soi

### **1.6. Éric Berne (1910-1970) :**

Selon lui et dans son ouvrage « *Des jeux et des hommes* », le comportement d'affection et d'attention et les remarques positives des éducateurs pourraient augmenter l'estime de soi et la confiance en chez les enfants; il précise qu'une personne qui a une faible estime de soi aurait tendance à manipuler son entourage soit en se faisant passer pour une victime, soit en devenant dominant, par contre la personne qui a une bonne estime d'elle-même reste honnête et sait se défendre.

### **1.7. La psychologie analytique de Carl G. Jung (1875-1961)**

Ce psychologue a essayé de faire ressortir un lien entre l'estime de soi et l'estime du soi ; il a été l'un des premiers à montrer la relation entre la psychologie et la spiritualité mais les travaux qui ont suivis ont été hélas peu concluant. Carl Jung a défini le Soi comme l'*imago Dei*. Il en a fait la clé de voûte de sa psychologie, laquelle vise en définitive à faire qu'un individu devienne « Soi-même ».

### **1.8. Nathaniel Branden :**

Fut l'un des premiers à s'intéresser au concept d'estime de soi et cela dès les années cinquante. Au début, il a travaillé sur les effets négatifs de l'absence d'estime de soi comme l'anxiété, la dépression, l'abus d'alcool, etc. Pour lui, l'estime de soi reflète les aptitudes et les compétences et l'importance à accorder à sa valeur personnelle ; il parlera aussi « de la confiance à réussir et à être heureux, du sentiment de notre valeur personnelle, du pouvoir d'affirmer nos besoins et nos volontés, de la possibilité de réaliser nos valeurs et de jouir du fruit de nos efforts ». Ce psychologue explique aussi les moyens pour acquérir cette estime de soi et place la spiritualité loin du MOI qui se croit très fort mais qui devient finalement très vulnérable.

### **1.9. Les auteurs contemporains français**

Le 22 février 2001, apparaît un article qui explique comment une vague d'épanouissement personnel a inondé la France. Plusieurs chercheurs ont contribué dans l'éclaircissement du concept de l'estime de soi parmi eux : Christophe André et François Lelord avec leur livre « l'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres » qui sera largement utilisé dans notre travail ainsi que le livre « estime de soi, confiance en soi » de Josiane de Saint Paul (Monbourquette, 2013, p. 17).

Ce bref historique témoigne de l'intérêt et l'importance accordés au concept de l'estime de soi et ce depuis très longtemps ainsi il que les divergences apparues lors de son étude ; il apparaît très clairement que l'estime de soi est un concept qui a fait couler beaucoup d'encre et qui n'est pas une découverte récente ; bien au contraire et les études contemporaines à son égard en témoignent.

## 2. La définition cognitive du soi

Tout individu dispose d'un ensemble d'informations ou de croyances sur lui-même. Ces éléments peuvent être de nature très divers (attributs, intérêts, activités etc.) et c'est à eux que l'on se réfère lorsqu'on souhaite se définir ou éventuellement se présenter. ,

Dans une perspective cognitiviste, ces différentes informations constituent le soi qui peut alors se définir comme la représentation cognitive que nous avons de nous même. Il s'agit d'une structure dans la mesure où les éléments qui la composent sont inter-reliés. C'est une structure cognitive parce qu'elle est constituée d'éléments de connaissance relatifs à l'individu. A partir de ces postulats, plusieurs questions sont posées.

- La première d'entre elles concerne la formation de telles structures cognitives. pour y répondre, Mead (1934, 1963) suggère l'existence d'un processus d'intériorisation du jugement d'autrui. Ce serait donc l'interaction sociale et le feed-back auquel elle donne lieu qui serait à l'origine de la construction du soi. Mais pour d'autres auteurs comme Markus, l'individu joue un rôle actif dans la construction de la connaissance qu'il a de lui-même, il est notamment capable de s'opposer au feed-back social ou bien de le filtrer en fonction de ses aspirations. Enfin, dans une autre perspective, la connaissance de soi se développerait à partir des inférences que l'individu réalise à propos de ses propres comportements. Selon ce point de vue, on peut évidemment supposer que les processus de comparaison sociale, d'auto-attribution ou d'auto-catégorisation jouent un rôle non négligeable.

- Une autre question concernant la connaissance de soi porte sur son organisation et son stockage en mémoire. Ainsi que la note Martinot, la représentation de soi comporte de très nombreux éléments (aspect physique, gout, souvenirs, capacité, ct.), ce qui empêche probablement l'individu d'y avoir

accès en une seule fois à un moment donné. Il résulte de ce constat que, pour être utile, la représentation de soi se doit être structurée. Une première façon d'envisager cette structuration consiste à supposer l'existence de plusieurs facettes ou niveaux du soi. Ce ne sont finalement pas les mêmes aspects du soi qui paraissent saillants ou utiles, et qui seront donc activés ou exprimés par l'individu.

- Une troisième question relative aux représentations de soi concerne leur rôle dans le traitement de l'information. Ici, il nous paraît particulièrement pertinent d'évoquer les conceptions de Sedikides et Strubelson qui le traitement de l'information liée à soi est soumis à quatre motivations.

- La première concernerait la valorisation de soi et pousserait les individus à élaborer des représentations positives, par le biais de sélection ou de transformation de l'information disponible.

- La seconde concernerait la vérification. Elle conduirait les individus à rechercher des confirmations de ce qu'ils pensent déjà d'eux-mêmes, dans un souci de cohérence ou de stabilité.

- La troisième motivation renverrait à la qualité de l'évaluation de soi et conduirait les individus à rechercher des situations leur permettant de réaliser les évaluations de soi les plus exactes possibles.

- La quatrième concernerait l'amélioration de soi.

Le soi peut donc s'envisager à la fois comme une structure stable, un filtre cognitif modulant les perceptions de toute information contradictoire, et comme une structure souple en évolution constante (Deschamps & Moliner, 2010, p. 77).

### 3. La formation de l'image de soi

La reconnaissance du rôle de l'interaction avec les autres et de l'entourage, dans la construction de l'image de soi a été très tôt affirmée. Cooley en 1902, l'un des premiers théoriciens des processus de l'interaction sociale, a fortement marqué la psychologie sociale avec sa conception du soi comme miroir. Prise dans le sens global de personnalité psychologique, la notion de soi, reprise et réélaborée par Meed en 1934, incluait pour Cooley, comme l'un de ses aspects particuliers, l'image externe que l'on donne et l'évaluation que l'on s'en fait. La notion de soi comme miroir intègre trois éléments dans le concept de soi social

1. L'image de notre présentation aux autres
2. La conscience du jugement qu'ils portent sur nous
3. Les sentiments positifs ou négatifs qui en résultent

L'image de notre présentation aux autres se développe au sein de ce que l'on appelle les groupes primaires constitués par l'entourage proche, familial ou amical, auquel l'individu est rattaché par le sentiment d'appartenance communautaire, s'y rapportant en termes de « nous ». Les groupes secondaires sont constitués sur la base d'une similitude de pratique (travail, religion, organisation politique, etc.), et l'individu ne s'y trouve relié que par la participation à une entreprise commune. Il va de soi que ces deux types de groupes ont une incidence différente selon l'âge et l'engagement social dont résultent les fonctions diverses assignées, comme nous l'avons vu plus haut, à l'apparence corporelle (Moscovici, 2000, p. 51).



#### **4. La confiance en soi**

En ce qui concerne la confiance en soi, les choses sont un peu plus simples. La plupart des gens s'accordent à dire que c'est ce que ressent une personne qui sait qu'elle peut compter sur elle-même.

Alors que l'estime de soi est le produit d'un jugement, d'une évaluation cognitive de nous même, la confiance en soi est sentiment. Si la confiance est définie par Larousse comme : « un sentiment d'assurance et de sécurité » la confiance en soi est donc « un sentiment d'assurance et de sécurité à propos de soi ». La confiance en soi renvoie particulièrement à l'un des aspects essentiels de l'estime de soi : une agréable certitude de posséder les capacités nécessaires pour compter sur soi, prendre soin de soi et faire face aux aléas de l'existence. On la définira donc comme le sentiment d'assurance et de sécurité de celui qui peut se fier à lui-même (De saint paul, 1999, p. 08).

#### **5. Définition de l'estime de soi**

L'une des manifestations les plus spectaculaires du rôle du filtre que joue la représentation de soi se rencontre très probablement dans les activités d'auto-évaluation. Globalement, les nombreux travaux portant sur cette question renforcent le postulat avancé par Tajfel et Turner en 1979 dans la théorie de l'identité sociale. Selon ce postulat, les individus s'efforceraient de préserver ou de promouvoir leur estime d'eux-mêmes. Dans la théorie de l'identité sociale, cette motivation repose en partie sur l'évaluation que nous faisons de notre groupe d'appartenance. Mais sur le plan de l'identité personnelle, la valorisation du soi repose aussi sur des comparaisons à autrui, sur l'explication que nous apportons à nos succès ou à nos échecs ainsi que sur la manière dont nous envisageons l'avenir.

En matière de comparaison à autrui, plusieurs travaux mettent en évidence des stratégies permanente d'auto-valorisation. Par exemple, les individus auront tendance à se comparer aux autres en utilisant des critères qui leur sont à priori favorables (Tesser, 1988). Dans le même sens, lorsqu'il s'agit de porter un jugement sur autrui, ce qui est une forme indirecte de comparaison, nous aurions tendance à sélectionner les critères que nous estimons les plus désirables pour nous même. Enfin, de façon assez irréaliste, la majorité d'entre nous pense être au dessus de la moyenne des membres des différents groupes auxquels elle appartient, et ce autant en ce qui concerne ses traits de personnalité que ses compétences.

On retrouve la même tendance à s'auto-valoriser lorsqu'il s'agit d'expliquer succès et échec. En premier lieu, nous nous rappelons mieux des premiers que des seconds et nous leur accordons beaucoup plus d'importance. Ensuite, nous manifestons un biais d'auto-complaisance quasi systématique en attribuant les premiers à des causes internes et les seconds à des causes externes.

Ces stratégies de valorisation de soi se manifestent aussi dans l'optimisme peu réaliste dont, en général, nous faisons preuve en pensant à l'avenir. Par exemple, la plupart des automobilistes pensent courir moins de risques d'accidents que les autres (Deschamps & Moliner, 2010, p. 81).

Donc, l'estime de soi est avant tout une auto-évaluation de nous même et nos compétences ainsi que notre considération portée sur notre groupe d'appartenance mais pas seulement c'est aussi la comparaison à autrui et notre ressenti envers nos succès et nos échecs. Si nous avons tendance à nous mettre au dessus des personnes de notre groupe et de mettre l'accent davantage sur nos succès plutôt que nos échecs ; cela voudrait dire que notre estime de soi est haute mais si au contraire nous minimisons nos succès et focalisant que sur nos échecs, cela voudrait expliquer que notre estime de soi est faible. Cette auto-

valorisation est aussi évidente dans la façon dont nous envisageons notre avenir qui serait davantage orientée vers un registre plutôt optimiste.

## **6. La différence entre le concept de soi et estime de soi**

Une des questions les plus débutantes dans la recherche sur le soi à été celle de la distinction conceptuelle entre le model du concept de soi et celui d'estime de soi, pour certains chercheurs comme Brinthaupt et Erwin en 1992, d'un point de vue conceptuel, les deux termes représentent des aspects différents du système de soi. Tandis que le concept de soi paraît être un modèle relativement large comprenant des aspects cognitifs, affectifs et comportementaux, l'estime de soi est supposée être un composant évaluatif, et donc affectif plus limité à l'intérieur du concept de soi. Les chercheurs cités plus haut ont ramené la distinction entre ces deux modèles à la différence entre description de soi et évaluation de soi. Pour Rosenberg, l'élément clé pour mettre cette distinction est le degré d'importance dans un domaine aux yeux du sujet. Un élève en éducation physique et sportive par exemple, peut se décrire lui-même comme n'étant pas très bon en sport et donc avoir un concept de soi physique bas. Cependant, s'il considère le domaine de la compétence en sport comme ayant peu d'importance pour lui, son estime de soi en sera très peu affectée. L'estime de soi est donc, étroitement liée au sentiment de valeur de soi. Considérer l'importance accordée à un domaine particulier du concept de soi est donc fondamental pour la compréhension de l'estime de soi, il n'est pas surprenant que l'anxiété est dans ce cas fortement reliée à l'auto-évaluation.

Les notions d'évaluation d'importance et de mesure d'écart importance/réalité trouvent leur origine dans l'affirmation de James (1909-1963) selon laquelle les évaluations de soi spécifique à un domaine sont intégrés selon leur importance perçue, leur saillance, leur certitude et leur relation aux idéaux, pour construire l'estime de soi global.

Malgré ces déclarations conceptuelles qui renforcent le caractère distinctif des concepts de soi et estime de soi, la recherche empirique n'a pas été à ce jour en mesure de démontrer une claire séparation entre ces deux notions (Famose & Guérin, 2002, p. 97).

### **7. La différence entre confiance en soi et estime de soi**

C'est une chose que d'avoir confiance en soi. C'en est une autre que d'avoir confiance en autrui, envers l'avenir et l'humanité, S'ajoute à ces deux notions celle de la confiance ou de la loyauté que l'on inspire soi-même à autrui. En revanche, nous avons tendance à faire confiance aux autres et à les juger en fonction de notre propre niveau de confiance en notre propre niveau de confiance en soi et d'estime de soi. Toutefois, la confiance en soi n'est pas synonyme d'estime de soi. La confiance est une valeur importante, pure, intrinsèque, un choix stratégique courageux. Il faut avoir confiance ou en autrui lorsqu'on décide de prendre le risque de se rendre vulnérable aux conséquences de son propre comportement ou de celui des autres sans se sentir intimidé, sans crainte inhibitrice des conséquences (Dolan & Arselinault, 2009, p. 91).

### **8. Les composantes de l'estime de soi**

L'estime de soi s'appuie sur trois composantes

- Une composante comportementale : l'estime de soi influence les capacités d'action et se nourrit en retour des succès
- Une composante d'auto évaluation : l'estime de soi dépend étroitement de la façon dont on s'évalue et cette évaluation l'entretient à la hausse ou à la baisse ;

- Une composante émotionnelle : l'estime de soi de l'humeur de base qu'elle influence fortement en retour

Comme on peut dire qu'il ya plusieurs formes d'intelligence, on peut également dire qu'il ya plusieurs formes d'estime de soi :

- L'aspect physique : est-ce que je me plais, est-ce que je plais aux autres ?
- La réussite scolaire puis le statut social : est-ce que j'ai réussi mes études et ma vie professionnelle et sociale ?
- Les compétences athlétiques : est-ce que je suis fort, rapide ?
- La conformité comportementale : les autres m'apprécient-ils ?
- La popularité : est-ce qu'on m'aime bien ?

Il existe certainement d'autres formes d'estime de soi : les formes créatives, spirituelles, artistiques par exemple. Chacun accorde à celles-ci plus ou moins d'importance et de valeur. Tous ces aspects prennent vie dans la culture et dans les codes culturels, qu'ils soient physiques, artistiques, comportementaux ou vestimentaires. La façon de s'estimer s'inscrit aussi dans les valeurs morales, esthétiques ou les diktats de la mode ou des médias

Parfois, en famille, on met la barre haute, d'une manière plus ou moins inconsciente. On demande à nos enfants de se dépasser, d'être forts, créatifs, adaptables, logiques, intuitifs, tout en ayant de bons résultats scolaires, et tout en étant sociables. Cela ne fait beaucoup ! pas étonnant que certains choisissent le repli, la fuite, l'agressivité pour se protéger de tant de pression...

D'où la grande nécessité d'accompagner nos enfants à entretenir leur équilibre et d'écouter ce qu'ils ont à nous dire : « tu ne me fais pas confiance... », « Ne t'inquiète pas, je gère... », « Laissez-moi tranquille... », « De toute façon, si

c'est pour travailler autant que vous, ça ne m'intéresse pas ...». Derrière ces phrases lancées à la volée, il ya juste un besoin d'autonomie, de respect, d'indépendance, ainsi qu'une volonté de s'affirmer et de grandir (Nicoulaud-Michaux & Couzon, 2012, p. 19)

## **9. Les bases de l'estime de soi**

### **9.1. L'amour de soi :**

Cette notion repose sur l'acceptation de ses défauts et de ses limites, avec l'existence d'une conviction intérieure d'être digne de l'amour des autres et de celui de nous même et c'est ce sentiment qui nous permet de nous relever face à l'adversité et d'avoir confiance en nous. Cet amour est procuré avant tout des parents et de la famille et l'altération de cette base est particulièrement difficile à corriger.

### **9.2. La vision de soi :**

Cette notion définit le regard qu'on attribue à soi même et ce dernier est souvent subjectif et est modulé par l'environnement familial ou social. La connaissance, la prise de conscience et l'équilibre de cette vision est primordial car c'est grâce à elle que l'individu pourra avancer.

### **9.3. La confiance en soi :**

Cette notion est souvent corrélée à l'estime de soi, elle est la conséquence de l'amour de soi et la vision de soi. Cette notion est facilement retrouvée lors des défis que rencontrent l'individu et sa réaction face à ces derniers (André & Lelord, 2008)

## **10. Théories de l'estime de soi.**

### **10.1. La première théorie ;**

Provient de William James, médecin et philosophe américain, mais également l'un des pionniers à travailler sur l'estime de soi. Il s'est rendu compte qu'une absence de lien existait entre les qualités objectives d'une personne et le degré de satisfaction qu'elle a d'elle-même. Il en a conclu que la satisfaction ou non de soi dépend bien sûr de nos réussites, mais particulièrement des critères sur lesquels nous la jugeons. Prenons par exemple un étudiant reçu au bac avec la mention «bien». Ce résultat sera un succès pour l'étudiant qui craignait de ne pas y arriver, mais un échec pour l'étudiant qui visait la mention «très bien». Donc, dans le premier cas, l'estime de soi se voit augmentée et dans l'autre diminuée.

### **10.2. La deuxième théorie ;**

Repose sur une analogie avec le domaine de la finance. Des psychologues en sont venus à la conclusion que la quantité d'amour reçu à l'enfance est une sorte de capital de l'estime de soi et qui sera déterminante plus tard. Tout comme les investisseurs qui disposent d'un bon capital de départ, il s'agit de jouer gros pour gagner gros. La peur de perdre est moins grande pour ces derniers puisqu'ils disposent de beaucoup d'argent. Les moins nantis quant à eux ont peur de perdre le peu qu'ils possèdent, ils seront donc beaucoup plus prudents, mais les gains seront en conséquence. Le modèle financier de l'estime de soi explique donc les stratégies différentes adoptées par les sujets à haute et à basse estime.

### **10.3. La troisième théorie ;**

Suggère l'estime de soi comme un socio mètre étant donné son étroit rapport avec la critique et l'approbation des autres. L'estime de soi serait donc un moyen de mesurer la perception que nous avons de notre popularité puisqu'elle fluctue dans le même sens que l'acceptation sociale. La peur du rejet qui se cache derrière l'importance accordée à l'évaluation des autres provoquerait l'adoption d'un conformiste social.

### **10.4. La quatrième théorie ;**

Est en rapport avec nos idéaux. En effet, il est plutôt rare d'atteindre ses idéaux dans la vie et c'est pourquoi nous nous appuyons sur des modèles pour nous en rapprocher. Tant qu'il n'y a pas de compétition avec les personnes qui représentent nos modèles, leur fréquentation nous permet d'imiter leurs compétences et d'augmenter notre savoir-faire et notre estime de soi. Les anti-modèles aussi peuvent augmenter notre estime puisqu'en comparaison avec eux, nous nous sentons mieux lotis. Cultiver les deux permettra donc à l'estime de soi d'être rassuré vers le bas et stimulé vers le haut. (André & Lelord, 2008, p. 10).

## **11.L'évolution de l'estime de soi**

L'estime de soi est un processus qui se construit tout au long de notre vie. Ce n'est pas le cadeau de naissance que nous aurions reçu non mais un jardin qui se cultive et s'entretient au fil des ans

L'estime de soi est la relation que nous entretenons avec nous même. Elle n'est jamais établie définitivement, elle se développe tout au long de notre vie avec les expériences que nous vivons et la maturité que nous gagnons. Nous évoluons parce que le monde évolue, parce que l'environnement est de plus en plus



mouvant, parce que les turbulences font partie de la vie, parce les réussites comme les échecs nous permettent de grandir.

Il est important d'être acteur de sa vie pour être bien dans son corps et dans sa tête ; de développer une philosophie de vie qui permet :

- De vivre le présent, d'être juste là, dans l'évènement. Laisser le passé ou il est parce qu'aucune de ces moments ne redeviendra pareil et laisser le futur parce que le futur n'est pas prévisible
- D'agir par petits pas, simples, réalistes et accessibles ;
- De conserver sa capacité à s'étonner, s'émerveiller, rêver comme un enfant sait si bien le faire.

Nous évoluons :

- Quand nous quittons la maison familiale pour voler de nos propres ailes ;
- Quand nous fondons un couple, une famille ; quand l'amour est là ;
- Quand nous évoluons dans notre travail avec confiance ;
- Quand nous avons des enfants qui nous poussent à être présent ;
- Quand les turbulences professionnelles nous rattrapent ;
- Quand les turbulences personnelles nous obligent à faire des choix, parfois de séparation ;
- Quand nos enfants grandissent, quittent le foyer et que nous les laissons libres de leur choix et de leur vie ;

- Quand nous accompagnons nos parents âgés sans culpabilité et avec respect ;
- Quand nous prenons notre retraite pour profiter d'une nouvelle étapes de vie ;
- Dans chaque événement de la vie, tout simplement

L'environnement est parfois facilitateur : la famille, les amis, les collègues sont là et répondent présent et c'est très bien ainsi. Mais il est quelque fois plus difficile et nous oblige à aller chercher au plus profond de nous mêmeles ressources pour créer ou recréer de la vie en nous et autour de nous. Il peut être nécessaire de se faire aider parce que l'isolement n'est jamais bon dans ces moments là. Les périodes de crise permettent aussi d'avancer, de prendre conscience des changements à effectuer, des bilans à adresser et tout changement, il ya

- Les pertes réelles : à ne pas confondre avec les pertes imaginaires
- Les bénéfices : avec toujours à la clé le cadeau caché à découvrir (Nicoulaud-Michaux & Couzon, 2012, p. 15).

## **12. Les obstacles de l'estime de soi**

Les obstacles de l'estime de soi se regroupent en :

### **12.1. Avoir un idéal de soi inaccessible :**

Lorsque l'idéal de soi est trop éloigné de la réalité, il ne permet pas de s'estimer et l'image de soi n'est jamais satisfaisante : les succès sont vécus comme des demi-échecs et il émerge une impression de ne jamais en faire assez, d'où le cercle possible de la culpabilité. Peut être l'enfant a-t-il eu une interprétation des paroles ou des attentes des adultes qui éduquaient, peut être n'a-t-on pas occupé

la place idéale que les parents désignaient, peut être est- on chargé de « réparer » la propre estime de ses parents. la vie est aussi dominée par les médias qui imposent une représentation une représentation sociale idéalisée : que ce soit l'image du couple, de la famille ou celle de la réussite professionnelle

### **12.2. Etre perfectionniste ou mettre la barre trop haute :**

Le perfectionnisme se traduit par une insatisfaction et une critique inférieure, ainsi que par le fait qu'on ne se donne pas le droit à l'erreur. Cela s'accompagne d'une certaine rigidité, d'une exigence excessive, de stress et d'émotion.

### **12.3. Se dévaloriser**

La liste de tous les défauts que l'on se trouve peut être longue. L'imagination et la créativité sont toujours fertiles dans ce domaine ! Ce défaitisme est l'expression de la timidité, du manque d'assurance, plutôt que d'une vision lucide de soi. Les autres nous voient d'une manière plus globale que nous le faisons devant le miroir ou face à la difficulté. C'est pour autant comme cela que naissent les complexes sur le plan physique ou intellectuel. Se regarder globalement et un peu loin du miroir, c'est mieux. Se regarder à travers les yeux de ceux qui nous aiment, c'est encore mieux !

### **12.4. Anticiper l'échec ou la difficulté**

Face à des enjeux forts, certains se mettent eux-mêmes en difficulté en anticipant les difficultés ou l'échec. C'est comme s'ils bâtissaient leur propre scénario catastrophe avec des images, du son, des sensations... et tout ce film imaginaire les envahit et leur fait perdre leurs compétences intellectuelles et cognitives impossible alors de se respecter et de s'apprécier dans ce cadre là.

### **12.5. Etre inhibé social**

Parfois, c'est comme si une partie de soi refusait d'avancer, de dire, de faire, de poser des actes, de se mettre en valeur. Comme si l'émotion nous bloquait. Porter notre attention sur nos soucis, nos peurs, nos manques favorise l'anxiété et induit la difficulté et un déficit d'estime de soi qui empêche d'aller de l'avant.

### **12.6. Avoir un processus de pensée inapproprié**

Certains processus de pensée sont plus ou moins appropriés pour se mettre en mouvement et en confiance par rapport à l'avenir. Penser en terme de « tout ou rien » crée plus de difficultés pour s'estimer, s'apprécier et résoudre les problèmes. La généralisation est un processus qui se repère avec l'emploi de mots ou d'expressions comme : « jamais », « encore », « toujours », « tous les hommes sont... ». Cela entraîne un mode de pensée erroné vers un mode culpabilisant ou passif. Comment est-il possible alors de se respecter soi même.

### **12.7. Manquer de conscience de soi**

Entendre les secrets des périodes difficiles, écouter son corps et les messages qu'il nous adresse : voilà la clé de la sagesse ! Il s'agit d'apprendre à accueillir les doutes, les questions, les difficultés, à leur donner leur place et à les respecter sous peine qu'ils nous submergent davantage. La première chose à faire est de se poser, de s'écouter sans rien juger afin de mieux s'occuper de soi et de se respecter. D'accueillir aussi le présent, les petits et grands bonheurs, les cadeaux de la vie... bien se connaître, accéder à ses sentiments et ses désirs, c'est retrouver le chemin de l'estime de soi (Nicoulaud-Michaux & Couzon, 2012, p. 22)

### **13. La Co-morbidité de la mauvaise estime de soi**

L'altération de l'estime de soi peut engendrer beaucoup d'autres atteintes comme :

**13.1. La dépression** : est l'une des pathologies les plus répandues lorsqu'il y'a un mauvais terrain d'estime de soi ; d'ailleurs, les travaux des Beck ont démontré que lors de l'altération des deux paramètres de l'estime de soi qui sont ; le sentiment d'être aimé et le sentiment d'être autonome ; le passage à la dépression est très aisé.

**13.2. Le complexe** : les personnes qui présentent des complexes se trouvent être des personnes avec une mauvaise estime de soi ce qui entretient ce complexe et fait entrer le sujet dans le registre de la dysmorphophobie avec l'apparition d'un sentiment d'infériorité constant.

**13.3. L'alcoolisme** : bien que temporairement ; l'alcool procure un pouvoir de désinhibition et un sentiment d'euphorie que recherche le sujet à basse estime de soi pour pouvoir échapper à ce sentiment d'échec.

**13.4. Les traumatismes psychologiques** : pourraient être à la fois la cause et la conséquence d'une mauvaise estime de soi, les sujets à basse estime de soi sont habités par un sentiment de honte, d'humiliation et de culpabilité, ce qui accentue davantage leur problème d'estime de soi et renforce leur sentiment de mal-être et provoque une souffrance encore plus profonde (André & Lelord, 2008, p. 11).

### **14. Les indicateurs de l'estime de soi**

#### **14.1. Les indicateurs d'une bonne estime de soi**

Une bonne estime de soi ne dépend pas seulement des objectifs que vous avez déjà atteints dans votre vie. Malgré vos succès ou vos diplômes universitaires,

peut-être faites-vous partie de la foule des personnes angoissées, stressées, doutant facilement d'elles-mêmes.

La confiance en soi, socle de l'estime personnelle, dépend largement de la perception intérieure (sensations, sentiments, impressions, intuition...). Or apprendre à faire confiance à ses « sens intérieurs » ne figure pas au programme de l'université ! ce manque d'assise psychologique conduit bien souvent à juger le monde extérieur hostile, peuplé d'individus dont il faut se méfier sous peine de souffrir. Plus la carapace de protection se développe et plus notre confiance personnelle diminue. L'individu ne peut plus, alors, rayonner sur le monde extérieur et affirmer ses qualités humaines. Son pouvoir d'action est entravé et son aptitude à l'estime personnelle est à peu près totalement inhibée.

Voici maintenant les quatre indicateurs d'une bonne estime de soi

- La confiance en soi : croire en soi est le point de départ essentiel de toute stratégie efficace de développement personnel.
- L'ouverture aux autres : bâtir une bonne estime de soi et développer une bonne assertivité n'aurait guère de sens pour un individu décidé à passer son existence seul en haut d'un piton rocheux. L'un des buts de la self esteem est de créer des relations positives avec l'entourage personnel et professionnel.
- Le pouvoir d'action : la réflexion est absolument indispensable pour réussir, mais en aucun cas elle ne doit se substituer à l'action. La réalité concrète est le terrain d'expérience des techniques de développement personnel et bien sûr d'assertivité
- La gestion positive du changement : la vie sociale impose des mutations à la fois profondes et rapides. Une image positive de soi renforce l'adaptabilité et la créativité. Deux qualités que les tops managers se

plaignent de trouver trop rarement chez leurs collaborateurs (Prod'Homme, 2003, p. 35).

#### **14.2. Les indicateurs d'une mauvaise estime de soi**

- Le défaut chronique de confiance en soi : la personne ne se sent pas le droit de réussir, manque de respect et de considération envers son propre pouvoir créateur. Elle survalorise les réalisations des autres et sous-estime ses succès en les attribuant notamment, à des causes fortuites.
- Le pouvoir d'action limité : le manque de foi inhibe singulièrement le nécessaire passage à l'action. L'individu en défaut d'estime personnelle masque souvent son inertie sous de multiples projets, calculs et plans ne débouchant sur aucune concrétisation. De ce constat d'incapacité à agir, la personne tire généralement argument pour justifier son inaction future. Le piège est total et la personne ne tarde pas à se poser en éternelle victime (des autres, des circonstances, d'elle-même)
- Le repli et la méfiance excessive : ne pas s'estimer à sa juste valeur, ne pas savoir reconnaître ses atouts et talents, provoque un repli sur soi incompatible avec les échanges extérieurs. L'individu tourne en circuit fermé au lieu de s'enrichir des connaissances et des expériences des autres.
- La crainte du changement : c'est le critère le plus visible dans le comportement de l'individu à l'estime personnelle insuffisante. Il se juge inapte à tirer parti des aspects positifs inhérents à tout changement et voudrait en rester à une situation de statu quo (Prod'Homme, 2003, p. 36).

## 15.L'importance de l'estime de soi

- Tous les théoriciens et praticiens spécialisés dans le développement personnel insistent sur l'importance de l'estime de soi au point d'en faire la pierre angulaire du progrès intérieur. Selon eux, la réussite d'une stratégie de développement personnel dépend largement de l'acquisition d'une bonne estime de soi et ce parce que :

- Le fait de croire en sa propre valeur, conditionne largement le succès dans le développement personnel en général. En fait, l'estime personnelle est le respect qu'un individu se porte à lui-même en tant que sujet autonome, responsable et, bien sur, capable d'évolution. La fait d'avoir confiance en sa propre évolution permet de :

- Bâtir une image positive de soi
- Soutenir cette dynamique indispensable dans la durée
- Ainsi, l'adepte de l'assertivité se projette constamment dans une vision constructive et valorisante de lui-même. Cette croyance positive personnelle facilite considérablement l'action concrète développée au quotidien. Plus que d'une technique ou d'un exercice, il s'agit là d'une attitude générale à adopter envers soi-même, les autres et l'existence.

- Contrairement à une objection quasi systématique, l'estime de soi n'a strictement rien à voir avec l'outrecuidance ou l'égoïsme. La découverte du sentiment de notre importance personnelle va de pair avec celle de l'importance d'autrui. En fait à un certain niveau de compréhension, les deux aspects sont indissociables. Bref, on passe du fonctionnement sur le mode « Moi OU les autres » à un schéma, nettement plus subtil du type « Moi ET les autres ». en outre, un individu doué d'estime personnelle est à la fois conscient de ses talents comme de ses limites (Prod'Homme, 2003, p. 28).



## 16. Stratégies de développement de l'estime de soi

- Une conception de soi positive est un signe de succès thérapeutique. À l'inverse, les troubles psychologiques présentés par nos patients sont souvent associés à une faible estime de soi.

- L'estime de soi est comprise ici dans le sens global de sentiment de valeur personnelle mais aussi de sentiment d'efficacité personnelle, associés à l'habilité d'accomplir des tâches spécifiques

- Une faible estime de soi peut s'être formée précocement et résulter de l'internalisation de messages négatifs adressés par autrui. Ces messages sont ensuite renforcés par la répétition interne. De plus, ce sentiment d'amoindrissement personnel peut provenir de croyances irrationnelles, d'une image corporelle négative ou biaisée, ou d'informations erronées portant sur soi-même.

- L'auto-observation est une activité qui demande au patient une évaluation objective de certaines de ses caractéristiques personnelles et un enregistrement des résultats de ses observations. L'information en retour (feedback) fournie par les autres peut être une source de connaissance de soi très valable et très souvent sous-utilisée

- Contrer la critique intérieure est une méthode visant à éliminer les autocritiques improductives ou trop négatives. Elle constitue souvent la suite logique à l'auto-observation. Une fois que le patient a réussi à identifier son dialogue intérieur autodestructeur, celui-ci doit être remis en cause et discuté d'une manière compatible avec son système de croyances plus général.

- L'entraînement à l'affirmation de soi est un terme assez général pour décrire l'apprentissage d'un ensemble d'habilités sociales qui aident à construire l'estime de soi. Les habilités qui nous intéressent surtout ici consistent à savoir

recevoir des critiques ou à les faire formuler de façon acceptable et constructive, d'une manière à pouvoir en retirer l'information utile sur soi mais aussi à ce qu'elle ne viennent pas renforcer le langage intérieur autocritique.

- Enfin, toute technique qui permettra d'élargir et d'enrichir la perception de soi, de reconnaître en soi des parties jusqu'alors cachées ou rejetées, d'intégrer ses différentes polarités, de retrouver son intégrité et sa plénitude, permettra de libérer de nouvelles énergies de mieux s'accepter, de renforcer son sentiment de richesse et de force intérieure, et celui de sa propre singularité (sans tomber dans la surestimation de soi).

## *Chapitre IV*

# **Méthodes et techniques utilisées**

---

## 1. La pré-enquête

Nous avons organisé notre travail en fonction du temps impartis et les moyens mis à disposition.

Initialement, nous avons décidé de nous intéresser à l'un des trouble anxieux et nous nous sommes déplacés sur le terrain de stage afin d'observer ces trouble et en sélectionner un.

Au cours de notre immersion, nous avons remarqué une patiente qui venait consulter chez un psychiatre psychothérapeute mais qui était assez gênée, qui restait dans un coin sans adresser la parole à quiconque mais le plus troublant c'est quand nos regard se croisaient par pure hasard, elle devenait subitement toute rouge et détourne immédiatement le regard, cela nous à sembler très curieux et nous nous sommes demandé : est ce une timidité ? Un complexe peut être pas apparent ?ou bien un manque de confiance. Ce comportement nous a laissé perplexes et nous avons voulu avoir davantage d'explications sur ce qu'on a observé en s'adressant à son médecin traitant qui nous clarifie son cas ; le diagnostic tombe c'est une patiente qui présente un trouble anxieux qui est la phobie sociale avec une éreutophobie.

Désormais, commence notre travail d'investigation car, suite à nos observation, cette conduite nous a pousser à nous interroger sur son estime de soi et décidé de comprendre le regard qu'elle porte sur elle-même pour arriver à un tel état de malaise et d'essayer d'énumérer tous les prodromes que présente ce trouble et le devenir de ce dernier.

## **2. Présentation du lieu de recherche**

Notre étude s'est déroulée au sein du Centre Hospitalo Universitaire de Béjaïa ; annexe ancien hôpital « frantzfanon », pendant un stage qui a débuté le 02/01/2017 au 30/05/2017 et avec l'accord du directeur général et le directeur des ressources humaines ;

C'est au cœur de cet hôpital qui s'implante le service de psychiatrie de Béjaïa ; le seul et l'unique au niveau de toute la wilaya. Ce service possède un pavillon d'urgences, deux services distincts ; celui d'hospitalisation pour Hommes et Femmes ainsi que deux autres services d'isolement contenant des cellules individuelles. Il possède aussi une salle de colloque où se déroulent les débriefings ainsi que les séances de travaux dirigées auxquelles nous avons assisté régulièrement ainsi qu'une grande salle destinée à la consultation bi hebdomadaire qui se tient avec la présence de tous les corps médical, paramédical et psychologues.

## **3. L'échantillon de l'étude**

Pour notre recherche, nous avons recruté un échantillon contenant quatre cas dont deux hommes et deux femmes âgés entre 20 et 40 ans et nous les avons reçus au niveau de l'hôpital frantzfanon de Béjaïa

## **4. Méthode utilisée**

Dans notre recherche, nous nous sommes appuyés sur la méthode de l'étude de cas (ou méthode du cas unique selon Serban-Lonescu et Alain Blanchet dans leur ouvrage, la méthodologie de la recherche en psychologie clinique en 2013) qui nous a permis de mieux connaître le sujet anxieux ou phobique social et de décortiquer davantage ses émotions, cognitions et son comportement. À travers cette méthode, nous avons pu avoir une audience avec nos cas dans un cadre

théorique bien structuré où le sujet était entendu avec grand intérêt et nous avons réussi à passer des échelles ainsi que des guides d'entretien dans le but de collecter plus d'information.

#### **4.1. La méthode descriptive**

La méthode clinique remonte à l'antiquité avec Hippocrate qui fonde la médecine sur l'observation. Ses descriptions de cas restent près de deux mille cinq cents ans après toujours aussi saisissantes. La clinique est l'art de l'observation et du repérage des signes obtenus directement au chevet du malade et non après des spéculations théoriques ou sur la foi de témoignages invérifiables. Le mot « clinique » vient du grec *klinein* qui veut dire « pencher, incliner » et qui a donné *klinikos* qui signifie « ce qui concerne le lit ». C'est en 1626, que l'adjectif désigne la médecine pratiquée au chevet du malade et la notion de médecine clinique apparaît vers 1696 (A. Rey). La clinique se définit donc comme une méthode d'observation permettant ensuite une description fine des choses observées.

« La clinique (psychologique, psychanalytique, psychiatrique) se fonde sur l'observation fine des individus et sur la retranscription de leur histoire sous forme d'étude de cas (Lonescu & Blanchet, 213, p. 55)

#### **4.2. La méthode de l'étude de cas**

Présenter la méthode de cas nécessite d'entreprendre une réflexion fondamentale sur la démarche clinique, d'exposer les bases théoriques sur lesquelles cette méthode repose pour rendre compte, malgré la diversité des situations auxquelles elle peut s'appliquer, de la cohérence, de la pertinence et de la spécificité de cette méthode. Le modèle de la démarche clinique a d'abord été expérimenté en médecine avant que d'autres disciplines, dont la psychologie,

ne s'en inspirent. Pour autant la méthode du cas en médecine et celle pratiquée en psychologie sont bien différentes. Dans ce chapitre, il sera question de la méthode du cas en psychologie clinique. Même si elle est utilisée dans d'autres sous-disciplines de la psychologie (psychologie sociale, psychologie du développement, psychologie du travail), c'est bien en psychologie clinique qu'elle trouve son plein épanouissement, sa plus forte légitimité.

Le cas unique (l'étude de cas) a une valeur scientifique. La méthode clinique qui organise et met en forme l'observation sur laquelle elle se fonde obéit à des règles strictes. Elle permet de tenir compte de variables individuelles et de comprendre divers types de fonctionnement dont la singularité constitue un apport considérable à la connaissance de la vie psychique. La méthode du cas est appropriée pour étudier de façon approfondie des situations cliniques isolées, rares, qu'aucune méthode statistique ne peut permettre d'appréhender (Lonescu & Blanchet, 2013, p. 53)

Cette méthode a occupé et occupe une place centrale dans l'évaluation des psychothérapies. Souligne la force persuasive de l'étude de cas et démontre qu'elle est plus convaincante qu'une foule de statistiques. Le caractère concret de l'étude de cas fait qu'elle s'impose face au phénomène de dépersonnalisation caractéristique aux statistiques abstraites. Un cas précis, habilement présenté, qui parle à notre imagination, aurait davantage qu'un tableau rempli de chiffres le pouvoir de nous faire penser à d'autres personnes ou situations plus ou moins semblables.

L'intérêt pour l'étude de cas a bénéficié, notamment dans une perspective cognitivo-comportementale, de l'élaboration des protocoles de cas individuels initiés par Shapiro en Angleterre jusqu'à Bouvard et Cottiaux en 2002.

## 5. Intérêt du choix de la méthode de l'étude de cas

Dans notre recherche, nous avons jugé plus pertinent de choisir la méthode de l'étude de cas car notre sujets'articule autour de la phobie sociale et les patients qui présentent ce trouble anxieux ont peur intense à se mêler à la société voire même d'aller consulter ; cela nous sembler un vrai challenge a relever et à essayer de capter ces sujets malgré leurs volonté d'isolement. Notre défi initial était premièrement, de recruter ces cas puis secondairement de comprendre leur trouble et leur fonctionnement ainsi que leur évitement social qu'il perfectionne particulièrement.

Cette méthode nous a semblé la plus adéquate car pour les raisons que nous avons cité précédemment, le recrutement d'un plus grand échantillon est très laborieux et une étude corrélacionnelle ou statistique ne sera pas concluante et parce que les outils de recherche que nous avons utilisé sont plus adapté pour cette méthode et notre variable dépendante qui est l'estime de soi sera mieux étudiée par le biais de cette méthode ; pour toutes ces raisons nous avons opté pour cette méthode.

Cette technique d'étude nous a permis d'avoir des audiences avec nos patient où nous avons pu réalisé des entretiens structurés grâce a un guide d'entretien préétablie selon des axes bien spécifique : « dans le cadre de l'évaluation, l'entretien clinique est un moyen et une méthode pour accéder à des informations sur les troubles actuels( et éventuellement passés) d'un individu, sur sa personnalité, sur son mode de fonctionnement psychologique, mais aussi sur ses aptitudes ou ses difficultés à apprécier le changement.



## 6. Les techniques utilisées

### 6.1. L'entretien clinique :

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines : c'est notamment le cas de la psychologie clinique. Compte tenu des spécificités de cette discipline, la recherche dans ce domaine a pour objectif de créer des connaissances nouvelles et de permettre des généralisations.

Le schéma de la recherche en psychologie clinique est le suivant :

- On s'appuie sur des situations cliniques particulières, situation souvent provoquées par les cliniciens chercheurs
- Celui-ci pose une question, censée être pertinente, et essaie d'y répondre en mettant en place une procédure pour justifier ses affirmations le choix de la procédure de recherche est déterminé par l'objectif de la recherche et par les hypothèses de travail : il peut s'agir de recherches sur des cas singuliers, d'observations systématiques de plusieurs individus, de comparaisons de groupes ou bien d'études longitudinale.
- L'entretien clinique s'inscrit à ce moment, c'est-à-dire qu'il peut faire partie des outils cliniques destinés à recueillir les données au cours de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles cliniques ou à l'observation directe avec les méthodes vidéo.
- Après le recueil des données, qui donnent lieu à la constitution de document de travail (entretien intégralement retranscrits), le clinicien chercheur rentre dans la phase de l'analyse en donnant une série de

significations au corpus ainsi obtenu et en le restituant au sujet et sa problématique.(Chahraoui & Benony, 2013, p. 61)

Selon A. blanchet :

L'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes etc.). Ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implicitation). Dire et faire dire(Chahraoui & Benony, 2013, p. 64)

### **L'entretien semi-directif**

Où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit(Chahraoui & Benony, 2013, p. 65)

- **Guide d'entretien**

L'entretien clinique de recherche est souvent associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer »

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle généralement soigneusement préparée, et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. A. Blanchet (1985) distingue deux types de consignes :

- Celles qui induisent un discours d'opinion : « j'aimerais que vous me parliez de ... », « ce que cela représente pour vous » ;

- Et celles qui induisent un discours de narration : « j'aimerais que vous me parliez de ... », « comment ça s'est passé ? »

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directives ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien.

La préparation de ces questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu (Chahraoui & Benony, 2013, p. 69)

Dans notre recherche, nous avons utilisé un guide d'entretien contenant quatre axes thématiques répartis comme suit :

- Axe 1 : renseignements personnels ;
- Axe 2 : Biographie ;
- Axe 3 : phobie sociale
- Axe 4 : Estime de soi

Ce guide a été élaboré en fonction des caractéristiques propres au thème de la phobie sociale ainsi qu'à l'estime de soi, afin de repérer les situations anxiogènes ainsi que les cognitions qui accompagnent ces dernières et les jugements qui portent d'eux même

Ce guide d'entretien a été soumis en présentiel avec nos cas phobiques sociaux, répartis en trois séances et en langue française.

## **6.2. Les tests et échelles**

La majorité des praticiens s'accorde pour considérer que les tests ne sont que l'une des composantes de l'examen psychologique, un complément, mais ne dispensent en rien de la clinique. Le psychologue doit non seulement connaître

les avantages et limites inhérentes aux outils qu'il utilise mais aussi avoir une connaissance approfondie des modalités de passation du test et des processus que le test explore et révèle.

Pour Pichot : « on appelle test mental une situation expérimentale standardisée servant de stimulus à un comportement. Ce comportement est évalué par une comparaison avec celui d'autres individus placés dans la même situation, permettant ainsi de classer le sujet examiné, soit quantitativement, soit qualitativement (Capdevielle & Doucet, 2004, p. 77).

### **6.2.1. Les échelles d'évaluation**

Les échelles ont été construites pour répondre à un besoin particulier d'évaluation. Par exemple, en médecine comportementale ou psychopathologie, le clinicien peut être amené à évaluer la symptomatologie spécifique à la boulimie et à l'anorexie ou à la prise de boissons alcoolisées. D'autres échelles évaluent l'agoraphobie et les attaques de panique, l'anxiété, les phobies sociales et les troubles sexuels, les événements vitaux, l'estime de soi, pour n'en citer que quelques-unes (Capdevielle & Doucet, 2004).

### **6.2.2. L'échelle de CooperSmith**

L'Inventaire de Coopersmith ou SEI (1981, France 1984) se présente sous deux versions :

- Forme scolaire (S) : sujets de 8 à 25 ans en situation de scolarité ;
- Forme adultes (A) pour de sujets de 17 à 66 ans en situation professionnelle

Il est composé de 58 items à questions fermées et à réponse binaire : en cochant la case « *me ressemble* », ou la case « *ne me ressemble pas* » ; ce qui oblige le

sujet à se déterminer franchement. Il propose 4 champs de mesure de l'estime de soi, en deux registres :

- L'estime générale (G) ou intrinsèque qui dépend, selon nous, davantage de l'histoire du sujet qu'à la situation présente.
- L'estime extrinsèque, plus en rapport avec la situation présente, s'exprime selon trois champs différents et complémentaires :

L'Estime sociale (Soc) mesure l'image de soi renvoyée par les pairs.

L'Estime familiale (Fam) : image renvoyée par la famille (surtout parentale).

L'Estime scolaire (Sco) : image renvoyée par l'école.

Un indice de mensonge (Def) exprimant le positionnement défensif du sujet au test.

L'Estime totale (T) qui somme les différents champs (hors l'indice de défense).

Le nombre des questions est différent selon les champs :

champs	Total	général	social	familial	scolaire	Défense
nombre	50	26	08	08	08	26

Tableau n 4 : Tableau récapitulatif des différents facteurs de l'estime de soi et leur score généraux

Toutefois, le nombre de questions des deux registres (intrinsèque et extrinsèque) s'équilibre (26 et 24).

Nous n'avons pas fixé de seuil de validité des réponses en fonction du résultat à l'indice de mensonge, car il importait de mesurer l'amplitude et la fréquence de ce paramètre.

L'étalonnage de la note d'Estime Totale se répartit en cinq classes et en indique les limites :

Classe	Limite	Estime total
5	46-50	Très élevée
4	39-45	Elevée
3	31-38	Moyenne
2	19-30	Basse
1	< = 18	Très basse

**Tableau n° 5 : Tableau représentant les classes et limites de l'échelle de coopersmith**

L'inventaire a été Conçu par S. Coopersmith(1981,1984), cet inventaire se donne pour but la mesure des attitudes évaluatives envers soi même dans les domaines sociale, familial, personnel et professionnel. Selon la conception de l'auteur, le terme « estime de soi », renvoie à un jugement que les individus portent sur eux-mêmes, qu'elles que soient les circonstances. C'est en ce sens, une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et personnelle, qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courante (vie sociale, familiale et professionnelle).l'inventaire a donc été élaboré pour fournir une mesure fidèle et valide de l'estime de soi.

Cet inventaire existe sous deux formes (scolaire et adulte) et comporte 58 items, décrivant des sentiments, des opinions et des réactions d'ordre individuel.

**Mode de passation** : Auto-passation. Le sujet doit répondre en cochant une case « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ». Cet inventaire comporte plusieurs échelles : échelle générale, (26 items), échelle sociale (8 items), échelle familiale (8 items), échelle professionnelle (8 items), échelle de mensonge (8 items)

**Validation** : Le manuel de S. Coopersmith (traduit en 1984) indique qu'il faut retenir comme indice de fiabilité la limite de 33. Une de 33 ou moins peut être considérée comme une estime de soi très basse. Valeurs normatives : moyenne : 42 ; (Mirabelle-Sarron & Vera, 2004) 46 écart type : 6,01 étendue : de 0 à 50

Quelques items du questionnaire se présentent de la manière suivante :

- En général, je ne me fais pas de soucis
- Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe
- Il y'a en moi un tas de chose que je changerais si je pouvais
- J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés
- On s'amuse bien en ma compagnie (Mirabelle-Sarron & Vera, 2004, p. 47).

### 6.3. L'observation

En psychologie clinique et psychopathologie, l'observation se répartie schématiquement autour de deux paradigmes : l'observation expérimentale et l'observation issue de la référence à la psychanalyse

L'observation expérimentale issue du positivisme vise à la description des faits indépendamment de celui qui les perçoit. Cette observation décrit les relations de cause à effet, soit ce que l'on s'attend à observer dès lors que l'on met en jeu

tel stimulus. Dans ce cadre, l'observateur dresse une barrière entre lui et l'objet observé.

L'observation en psychologie peut être plus ou moins objectivante ou plus ou moins implicite, selon les objectifs qui lui sont fixés. Dès lors, les types d'observation varient entre une observation directe expérimentale et l'observation d'interaction affective et fantasmatique. Le style de formalisation des observations recueillies en découle. Il peut se présenter sous forme standardisée selon un code \_ application et restitution d'une grille d'observation ou dans une formalisation qui privilégie le sens perçu par l'observateur

L'observation clinique plus spécifiquement sur le monde interne du sujet, c'est-à-dire la réalité psychique telle que promue par la psychanalyse. Freud renonce à rechercher les événements traumatiques passés, jugés de moindre importance, pour leurs substituer la réalité psychique \_ le fantasme\_ déterminante dans la constitution du psychisme. Or, la réalité psychique n'est pas observable en tant que telle, elle est audible car tissée dans la trame du discours. Seuls les effets qu'elle produit peuvent faire l'objet d'observation : parmi eux, le symptôme et toutes les formations de l'inconscient. Dès lors, le clinicien ou le chercheur qui situe son activité en référence à la psychanalyse considère ces phénomènes, en tant que faits de discours, comme les objets privilégiés de son étude.

Si l'observation est une méthode qui présente certaines limites (la nécessité de cibler le phénomène à observer au détriment d'autres concomitants, la difficulté de traduire dans un langage univoque le phénomène observé ou encore le hiatus qui demeure entre le fait observé et son interprétation), elle reste un outil indispensable dans le champ de psychologie, à condition de préciser les conditions de sa réalisation (Mirabelle-Sarron & Vera, 2004)



Après toutes ces définitions de l'observation en tant que méthode de collecte de données en psychologie clinique, nous avons étayé notre recherche par une grille d'observation réalisée par nos soins afin de cibler des comportements spécifiques énumérés au préalable sur une base théorique confirmée et une approche cognitivo-comportementale (Capdevielle & Doucet, 2004, p. 80)

Notre grille d'observation détient huit axes principaux qui sont :

- Aspect général : propre, correct, incurie
- Aspect comportemental : symptômes anxieux (agitation, rougissement, tremblements, transpiration, poursuites oculaires, regard craintif, respiration rapide, yeux agrandis), état comportemental (attitude d'écoute, posture rigide du corps, sthénique, sthénique).
- Etat de vigilance durant l'entretien : présent, absent, attentif, occupé, indifférent, gêné, hyper-vigilant, distrait.
- Contact : absent, impossible, familier, distant, réticent, méfiant, syntone, hyperémotif
- Humeur : dépressive, joviale, expansive, neutre, gaie, anxieuse, adaptée aux propos.
- Mimique : souriante, anxieuse, détendue, crispée, figée inexpressive, hyper expressive
- Discours : absent, inhibé et peu loquace, fait de réponses laconiques, riche, pauvre, clair, adapté, cohérent, incohérent avec une voix ( basse, à peine audible)
- Contenu : phobie, pensées automatique négatives, peur persistante (regard de l'autre, jugement de l'autre, réagir de façon embarrassante, d'être observé, de présenter des symptômes anxieux, attaque de panique), obsession, obsession d'une dysmorphie corporelle, peu des espaces clos ou ouvert.

Tout au long de nos séances d'entretien nous avons relevé tous les comportements et symptômes apparents en relation avec notre thème en cochant ces derniers sur la grille préétablie.

## *Chapitre V*

### **Analyse et interprétation des résultats**

---

## Préambule

Dans ce chapitre, nous allons procéder à l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus lors de passation de l'échelle de coopersmith ainsi que les résultats de l'entretien clinique, puis nous allons les confronter aux différentes hypothèses que nous avons supposées en amont.

### 1. Analyse des résultats

#### 1.1. Résultats et analyse de l'échelle de coopersmith du cas 1 :

Résultats Du test	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge	Niveau D'estime De soi
Cas1 : M.K	10	04	07	05	26	01	Très basse : ( < 33)

**Tableau n° 6 : Tableau représentant les résultats de l'échelle de coopersmith du cas 1**

- **Analyse et interprétations des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 1 :**

D'après les résultats obtenus de l'échelle de « COOPER SMITH » ; nous constatons qu'elle présente une très faible estime de soi. La note totale de 26 témoigne sa sous-estimation et son sentiment d'infériorité.

A l'échelle générale, la patiente a obtenu la note de 10 points sur 26 ce qui démontre une insatisfaction et une dysharmonie dans sa vie en général déclarée en cochant sur la case « me ressemble » « tout est confus et embrouillé dans ma vie » , « j'ai une mauvaise opinion de moi-même » ; « ne me ressemble pas » « quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis »

A l'échelle sociale, elle obtenu un score de 04 sur 08 ce qui montre que la patiente se trouve dans la moyenne concernant ses relations sociales ce qui rend difficile le contact social en dehors de la famille. Elle le déclare, en cochant sur la case « me ressemble » « on s'amuse beaucoup en ma compagnie » «ne me ressemble pas » « j'ai généralement de l'influence sur les autres »

A l'échelle familiale, elle a obtenu une note de 07 sur 08 ce qui prouve qu'elle vit dans un climat familial favorable et bénéficie d'un soutien de la part des membres de sa famille et cela se déclare en cochant sur la case « me ressemble » « mes parents me comprennent » «ne me ressemble pas » « personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison »

A l'échelle professionnelle, elle a obtenu la note de 05 sur 08. Cette note est justifiée du fait qu'elle trouve une certaine difficulté dans ses études supérieures qui est démontrée en cochant la case « me ressemble » «il m'est très difficile de prendre la parole en classe », « ne me ressemble pas » « j'aime être interrogé en classe »

Nous constatons chez cette jeune femme qu'elle bénéficie d'un soutien familiale favorable et optimal alors que du côté social et professionnel on note un déséquilibre et une difficulté à entreprendre de nouvelles relations sociale ce qui provoque chez elle une certaine inhibition comportementale et une anxiété qui explique sa phobie sociale.

## **1.2. Présentation et analyse du cas 1**

### ***Présentation du cas :***

Notre cas a été vu au sein du centre hospitalo-universitaire de Bejaia, au service de psychiatrie et en présence d'un psychiatre psychothérapeute qui a supervisé notre travail.

Mademoiselle M.K âgée de 25 ans, étudiante en 6eme année médecine, célibataire ; sans antécédent médical ni chirurgical, ne présentant aucune hérédité psychologique mais avec la notion de timidité dans la famille.

### ***Analyse de l'entretien :***

La patiente a cité qu'elle a vécu une enfance normale, avec une éducation souple, des parents et des frères compréhensifs, elle à parler sur les déménagements répétitifs qu'elle a vécu durant son enfance à cause du travail de son père, ce qui la perturbé puisqu'elle prenait énormément de temps pour s'adapter à un nouvel endroit.

Sur le plan scolaire elle a toujours états excellente, sage et avait une bonne relation avec ses camarades. Sa souffrance a débuté lors du passage à l'université où elle a commencé à avoir des préoccupations excessive à propos de ce rougissement persistant et incontrôlable qui la mettait dans des situations de tristesse et de culpabilité.

Au cours de la première entrevu, M<sup>elle</sup> M.K se plaint de rougir facilement sans pouvoir se contrôler ce qui provoque chez elle une anxiété et une crainte excessive de manifester des symptômes anxieux comme trembler, suer et d'agir d'une façon embarrassante et que les autres puissent s'en apercevoir et la jugé négativement en déclarant « *je deviens rouge sans me contrôler* », « *lorsque je rentre en conversation avec quelqu'un que je ne connais pas je deviens rouge et je me bloque* ». Cette éreuthophobie et cette anticipation anxieuse la mène vers un comportement d'évitement lors des situations d'interaction sociale ou d'affirmation de soi, « *avant de sortir de la maison j'ai toujours à la tête cette idée de devenir rouge, alors j'évite presque tout le temps les endroits et les personnes que je ne connais pas vraiment* ».

Tout au long de la première entrevu, nous avons observé chez elle quelques symptômes anxieux tels que : tremblement des mains, rougissement et sueurs, ces symptômes ont diminué au cours de l'entretien, la patiente était à l'écoute, présente et attentive, un peu anxieuse et peu loquace, son discours était cohérent et claire. Consciente de sa souffrance.

Grace au guide d'entretien qu'on a préparé et qui contient un ensemble de questions concernant les situations source d'anxiété et les différentes pensées qu'ils lui surviennent avant ou pendant l'exposition a une situation anxiogène, ainsi qu'un ensemble de questions sur l'affirmation de soi et l'estime de soi. Cet entretien nous a permis à mieux cerner son problème et avoir plus d'informations concernant sa phobie sociale en rapportant « *je me sens anxieuse lorsque j'essaie de m'exprimer ou lorsque je suis en pleine conversation avec les autres* », « *lorsque je rentre en conversation avec quelqu'un, je ressens une chaleur qui monte, mes mots je deviens très rouge et je perds* », et sur son estime de soi « *des fois je ne m'aime pas à cause de mon problème* », « *je me sens*

*dépendante des avis des autres ,et je ressens un certain manque de confiance en moi »*

Lors de la deuxième entrevu, la patiente déclare encore une fois sa souffrance et tout ce qu'elle endure suite à cette anxiété excessive lors des situations sociale avec la crainte de devenir rouge, d'agir de façon embarrassante ce qui a diminué son champ relationnel « *je n'accepte pas le fait de rougir* », « *je me sous-estime à cause de mon problème* ». La patiente rapporte aussi la difficulté d'entreprendre une discussion ou d'en mettre fin, elle déclare aussi qu'elle ressent un certain manque de confiance et une dépendance vis-à-vis des autres ce qui développe chez elle un sentiment de honte qui entrave son quotidien.

Lors de de la troisième entrevu, la patiente décrit une situation qu'elle a vécu lors de sa visite à ses proches où elle a éprouvé une anxiété « *durant la discussion, j'avais des pensées négatives, j'ai senti une chaleur qui m'envahie puis je suis devenue rouge ; cet état a duré quelques instants mais malgré cela j'ai continué ma discussion avec difficulté* »

Dans la thématique de notre recherche, qui consiste à évaluer l'estime de soi, nous avons soumis l'échelle de l'estime de soi de « COOPER SMITH » : la passation du test s'est bien déroulée sans difficulté particulière qui a duré 14 minutes et qui a abouti à une estime de soi basse retrouvée à l'échelle Cooper Smith, ce qui explique la mauvaise vision d'elle-même et son manque de confiance en elle et en ses compétences sociales et qui pourraient être l'un des principaux facteurs contribuent à la persistance de sa phobie sociale et son éreuthophobie.

### **1.3. Analyse fonctionnelle (grille SECCA) du cas 1**

*Dans le but de donner une allure plus objective à notre travail de recherche et grâce aux informations récoltées au cours de l'entretien, nous avons voulu*



*réaliser une analyse fonctionnelle via la grille SECCA qui nous a permis d'identifier les situations source d'anxiété de notre sujet ainsi que les cognitions survenant à ce moment-là et le comportement qui en découle.*

### ***Situation***

Mademoiselle M.K rougit en de nombreuses circonstances : si elle doit parler en public, lorsqu'on lui fait un compliment, lorsqu'elle doit parler d'elle-même ou se présenter ou bien lorsqu'elle doit s'affirmer. Cette appréhension anxieuse de devenir rouge développe chez elle une peur du jugement et du regard de l'autre ce qui l'inhibe et l'empêche d'être spontanée, d'exprimer son opinion ou de faire des compliments et d'en recevoir sans la présence d'une anxiété marquée.

### ***Émotion***

Elle se sent souvent anxieuse avant ou lors des situations d'affirmations de soi ou d'interaction sociale, elle a le trac et la peur de devenir rouge ou bien de manifester un symptôme anxieux et que les autres s'en rendent compte ce qui l'inhibe et l'empêche d'être à son naturel.

### ***Cognition***

Les monologues antérieurs sont de type : « *j'ai peur de devenir rouge devant les gens* » « *j'appréhende de devenir rouge lorsque je suis en pleine conversation* » « *j'ai peur que les autres se rendent compte de mon anxiété* » « *j'ai des pensées négatives avant de devenir rouge comme je vais perdre mes mots, l'autre vas interpréter sa négativement, je vais me mettre dans une situation très embarrassante* ».

### *Comportement*

Mademoiselle M.K adopte pour un comportement d'évitement ; elle évite les personnes qu'elle ne connaît pas ou qui d'après elles vont la jugée mal, et si elle est dans l'obligation elle affronte mais avec détresse.

### *Anticipation*

Lors des situations d'affirmation de soi ou d'interaction sociale, elle a toujours cette peur de devenir rouge, ou de présenter des symptômes anxieux, et que l'autre puisse s'en apercevoir aggrave ce rougissement et augmente son anxiété.

#### **2.1. Résultats de l'échelle de coopersmith du cas 2 :**

Résultats du test	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge	Niveau D'estime De soi
Cas 2 N :	09	04	06	03	22	05	très basse (<33)

**Tableau n° 7 : Tableau représentant les résultats de l'échelle de coopersmith du cas 2**

Conformément aux résultats de l'échelle de « Cooper Smith », nous avons noté que le sujet a obtenu la note totale de 22 points ce qui témoigne de son manque de confiance d'elle-même et son sentiment d'inefficacité.

A l'échelle générale, elle obtient la note de 09 sur 26 et cela reflète un manque d'équilibre notable dans sa vie en général, elle répond alors à la case « me ressemble » « cela ne me plaît vraiment pas d'être (un garçon, une fille) »

et à la case « ne me ressemble pas » « quand j'ai quelque chose à dire en général, je le dis »

A l'échelle sociale, elle obtient 04 sur 08 ce qui est moyen et cela prouve qu'elle est relativement insérée dans la société mais avec une certaine réticence. Elle répond à la case « me ressemble » « je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi » et à la case « ne me ressemble pas » « je suis très appréciée par les garçons et les filles de mon âge »

A l'échelle familiale, elle obtient la note de 06 sur 08 ce qui reflète sa bonne entente avec sa famille et le soutien et la compréhension qu'ils lui procurent suite aux épreuves qu'elle a subi, son divorce notamment, elle les considère alors comme son seul refuge, elle exprime cela en répondant à la case « me ressemble » « mes parents et moi passons de bons moments ensemble » et à la case « ne me ressemble pas » « personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison »

A l'échelle professionnelle, elle obtient 03 sur 08. En effet cet aspect l'affecte beaucoup car elle n'arrive pas à décrocher un poste de travail, elle rapporte qu'elle a 35 ans et plus la chance d'avoir une place dans le monde de travail, elle répond à la case « me ressemble » « en classe, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais » et à la case « ne me ressemble pas » « j'aime être interrogée en classe »

Suite à ces résultats, il paraît évident que ce sujet manque d'estime de soi dans toutes les sous-échelles hormis le niveau familiale ce qui la met dans la classe de basse estime de soi.

## 2.2. Présentation et analyse du cas n 2:

- **Présentation du cas:**

*Notre cas a été vu au sein du centre hospitalo-universitaire de Bejaia, au service de psychiatrie et en présence d'un psychiatre psychothérapeute qui a supervisé notre travail.*

Melle N, âgée de 35 ans, diplômée en commerce à l'université de Bejaia, est actuellement au chômage depuis l'obtention de son diplôme, divorcée et sans enfants d'une fratrie de six et issue d'une famille dont les parents sont décédés ; le père a succombé à un pic de fièvre et la mère était diabétique.

On ne note aucun antécédent médical ni chirurgical, en revanche elle rapporte qu'elle est suivie par un psychiatre à l'EPSP de Bejaia et est mise sous antidépresseurs (depretine, deprex, 1 cp le matin) , ainsi qu'un suivi psychologique de désensibilisation qui a eu le mérite de l'aider à affronter et à diminuer son anxiété lors des situations phobogènes telle que la présentation de son travail de fin d'étude.

- **Analyse de l'entretien:**

La patiente a déclaré avoir vécu une enfance normale avec une éducation souple, des parents et des frères compréhensifs « *avec mes parents, mes frères et sœurs tout se passait bien* », elle débute sa scolarité à six ans où elle entretenait de bonnes relations avec ses camarades et un rendement scolaire moyen.

Au cours de la première entrevue, M<sup>elle</sup> N souligne la survenue de maux de ventre et de nausées lors de sa quatrième année pendant les heures de classe et cela disparaissaient dès qu'elle quitte la classe, elle dit alors « *je me rappelle, lorsque j'étais en quatrième année, j'avais mal au ventre et envie de vomir et je demandais à mon enseignant de sortir, et dès que je sors ça disparaissait* » ; ses

demandes incessantes de sortie par peur de vomir en classe ont conduit son professeur à se comporter de manière agressive et humiliante déclara-t-elle « une fois ,j'avais très mal au ventre et envie de vomir puis mon prof ma crier dessus de manière agressive et puis j'ai commencé à avoir peu de lire et d'écrire au tableau » . Cet évènement a déclenché chez elle la peur de trembler lorsqu'elle est interrogée pour lire ou écrire au tableau ou bien de vomir par excès de peur ; « *quand je passe au tableau, je commence à trembler et ma voix tremble aussi* ». Au début, ces symptômes ne se manifestaient qu'en classe et qu'en présence de ce professeur mais au fil du temps cela a persisté et s'est généralisé avec le restant des professeurs et tout au long de son cursus éducatif.

La patiente échoue trois fois à l'examen de baccalauréat, elle arrête ses études et se marie avec un militaire et cohabite avec sa belle-famille pendant que lui reprend son travail ou elle précise qu'elle avait quelques problèmes d'affirmation de soi et quelques soucis relationnels et familiaux ce qui se termine par un divorce « *mon divorce ma rendu fragile et je me sens très faible et inférieure aux autres filles du même âge qui ont réussis leurs mariages et ont des enfants* ». Cet échec conjugal a altéré l'opinion qu'elle a d'elle-même ce qui a diminué son estime de soi et à accentué son problème d'affirmation de soi et de phobie sociale

Dix ans après son divorce, elle décide de reprendre ses études, accède à l'université et précise que son problème persiste toujours vu qu'elle n'a jamais pu présenter un travail oral où elle serait en situation d'observation et ou de performance, elle déclare « *j'évite toujours de présenter un travail à la fac, une fois mon prof ma obligé à exposer, j'ai commencé à trembler, à avoir les mains moites et mon cœur battait très fort, ensuite j'ai quitté la classe et j'arrêtais pas de pleuré* » de ce fait , elle adopte une stratégie d'évitement en demandant aux

enseignants de lui épargner la présentation d'un travail ou elle serait observée ou évaluée ; situation qu'elle qualifie d'anxiogène.

Lors de la deuxième entrevue, par le biais de l'entretien qu'on a préparé et qui contient un ensemble de questions concernant les situations sources d'anxiété et les multiples pensées automatiques qui surviennent avant ou pendant les situations anxieuses ainsi qu'un ensemble de questions sur l'affirmation de soi et l'estime de soi ce qui nous a permis de rassembler le maximum d'informations à propos de sa phobie sociale en rapportant : « *quand je suis observé par des gens, ou bien quand je dois présenter un travail j'ai des idées négatives comme ; je vais dire n'importe quoi, et à ce moment je ressens une boule dans le ventre qui monte, c'est vraiment dure !!!* », cela explique que la patiente souffre d'une phobie sociale allant jusqu'à l'attaque de panique et du côté de son estime de soi, elle nous dit « *je m'aime mais j'ai un manque de confiance en moi et je ne me sens pas heureuse* » « *je regrette beaucoup de chose dans ma vie* » « *je pense que je mérite mieux* »

Dans le but d'évaluer son estime de soi, nous lui avons soumis l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith, qui s'est révélé une fois cotée, très basse et qui correspond à son discours auto-dévalorisant lors de l'entretien.

### **2.3. Analyse fonctionnelle :**

#### **Situation**

Mademoiselle N, ressent de l'anxiété dans de multiples situations, quand elle doit présenter un travail, lorsqu'elle est observée surtout en situation de performance ou lorsqu'elle doit s'exprimer devant des personnes qu'elle ne connaît pas. Cette appréhension de trembler de perdre ses mots de devenir rouge et que les autres s'en aperçoivent l'inhibe et l'empêche de réaliser ce qu'elle souhaite faire ou devenir.

**Emotion :**

Elle se sent souvent anxieuse avant ou lors des situations de performance, d'observation et d'affirmation de soi, elle a le trac et la peur de trembler, de rougir, de transpirer

**Cognitions :**

Les monologues antérieure sont de type « j'ai peur de trembler, de transpirer et de rougir lorsque je présente un travail », « je pense toujours que je vais faire une attaque de panique et je vais dire n'importe quoi lorsque mon prof m'interroge devant tout le monde »

**Comportement:**

Mademoiselle N, adopte pour un comportement d'évitement "j'évite de croiser le regard des autres", "j'évite de travailler en étant observé"

**Anticipation :**

Lors des situations de performance et d'observation par l'autre, elle a toujours eu cette peur de perdre ses mots et de présenter des symptômes anxieux, et l'idée que l'autre puisse s'en rendre compte augmente son anxiété qui a son acmé peut atteindre une attaque de panique.

### 3.1. Résultats et analyse de l'échelle de coopersmith du cas 3:

Résultats du test	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas 3 : X B	05	02	01	01	09	03	Très, très basse (< 33)

**Tableau n° 8 : Tableau représentant les résultats de l'échelle de coopersmith du cas 3**

Suite aux résultats de l'échelle « Cooper Smith ». Nous remarquons qu'il présente une très faible estime de soi. En effet la note totale obtenus est de 09 témoigne de sa mauvaise estimation de lui-même.

A l'échelle générale, il a obtenu la note de 05 sur un total de 26 ce qui montre son mal être dans sa vie globale et sa frustration en général et cela se manifeste dans les items suivant : « me ressemble » « il y a en moi, un tas de choses que je changerais, si je le pouvais » et pour la case « ne me ressemble pas » « en général, je ne fais pas de souci »

A l'échelle sociale, il a obtenu la note de 02 sur un total de 08 ce qui démontre que la nature de ses relations sociale est médiocre et que son cercle d'échange social est très restreint ; il a alors répondu a la case « me ressemble »



par « la plupart des gens sont mieux aimés que moi » et à la case « ne me ressemble pas » il répond « on s’amuse beaucoup en ma compagnie »

A l’échelle familiale, il a obtenu la note de 01 sur un total de 08 ce qui très très bas et cela signifie que les relations que notre sujet entretient avec sa famille est très détériorée à cause du manque d’écoute de la part de ses proches ; cela énormément affecté et a formé un fossé considérable entre lui et sa famille et a davantage sombré dans la solitude et l’isolement. Il note cela en répondant à la case « me ressemble » par « a la maison, je suis facilement contrarié » et à la case « ne me ressemble pas » il répond « en général, mes parents sont attentifs à ce que je ressens »

A l’échelle professionnelle, il a obtenu la note de 01 sur un total de 08 ce qui reflète le climat professionnel hostile du sujet et sa difficulté à s’épanouir dans son travail et pour ce fait il déclare pour la case « me ressemble » « il m’est très difficile de prendre la parole en classe » et pour ce qui est de la case « ne me ressemble pas » « je suis fier de mes résultats scolaires »

Pour ce qui de ce cas, il apparaît que les résultats des sous échelles sont très très faible ce qui traduit sa mésestime de soi et son incapacité à tisser des liens sociaux, professionnels et familiaux notamment et le résultat de 09 la classe dans une est estime de soi très basse.

### 3.2. Présentation et analyse du cas n 3:

- *Présentation du cas:*

Notre cas a été vu au sein du centre hospitalo-universitaire de Bejaia, au service de psychiatrie et en présence d'un psychiatre psychothérapeute qui a supervisé notre travail.

Mr X.B âgé de 36 ans, boucher de formation, sans emploi, célibataire, avec un niveau d'instruction de 9 AF, ne déclare aucun antécédents médical ni chirurgical néanmoins, il a présenté un épisode dépressif qui s'est soldé par une tentative de suicide.

- *Analyse de l'entretien:*

Lors de la 1<sup>ère</sup> entrevue, il déclare avoir eu une éducation religieuse avec une mauvaise entente familiale « *mes parents sont assez sévère, et ma relation avec mes frères n'est pas très agréable* »

Sur le plan scolaire, le sujet rapporte qu'il était turbulent à l'école et son rendement scolaire était faible avec de bonnes relations de camaraderie. A l'adolescence, il commence à faire l'école buissonnière et prête davantage attention à son apparence physique ce qui a engendré une anorexie. En ce qui concerne la prise de toxiques, il déclare avoir pris le tabac dès l'âge de 9 ans ;

Sa souffrance remonte à une rupture amoureuse qui l'a beaucoup affecté et sombre dans une dépression et tente même de mettre fin à ses jours « *j'ai vraiment souffert après la séparation avec ma fiancée, je me sentais seule, tout était noir pour moi et j'évitais tout contacte social* »

Nous avons observé chez lui une tendance à rougir ainsi qu'une poursuite oculaire et des yeux agrandis, il a été présent, attentif et hyperémotif.

Le patient exprime son sentiment de détresse et la peur d'agir de façon embarrassante, de présenter des symptômes anxieux tels que les tremblements, transpiration, palpitations, et étouffement lors des situations d'observation par les autres et les situations d'interaction sociale, ainsi qu'une crainte excessive que les autres s'en rendent compte accompagnée de pensées automatiques négatives comme : « *les gens vont se rendre compte de mon anxiété* », « *je vais être ridicule* », « *les gens vont mal me juger* »...

La 2<sup>ème</sup> entrevue nous a permis de recueillir plus d'informations concernant son estime et son affirmation de soi où il nous livre sa difficulté à s'intégrer aisément dans un groupe social « *j'ai le trac lorsque je suis observé par l'autre* », « *être en groupe me parait difficile* » et l'impact de son vécu qui a influencé négativement la vision qu'il a de lui-même « *après la séparation avec ma fiancée , j'étais déprimé ,j'ai perdu espoir* », « *cette séparation ma rendu faible, et a vraiment réduit mes relations* »

Au cours de la 3<sup>ème</sup> entrevue nous lui avons soumis l'échelle de Cooper Smith, cela a duré environ 12 minutes, sans difficultés avérées. Les résultats de ce dernier étaient très très bas ce qui peut être l'une des conséquences de son vécu difficile notamment sa déception amoureuse et son milieu familial assez rigide.

Dans le but de donner une allure plus objective à notre travail de recherche et grâce aux informations récoltées au cours de l'entretien, nous avons voulu réaliser une analyse fonctionnelle via la grille SECCA qui nous a permis d'identifier les situations source d'anxiété de notre sujet ainsi que les cognitions survenant à ce moment-là et le comportement qui en découle.

### **3.3. Analyse fonctionnelle :**

#### ***Situation :***

Monsieur X.B éprouve de l'anxiété lorsqu'il est en contact avec les autres, lorsqu'il est observé par crainte d'agir de façon embarrassante et de présenter des symptômes anxieux. La persistance de toutes ses idées négatives l'isole et réduit sans champ relationnel et aussi freine sa vie

#### ***Emotion :***

Il se sent souvent anxieux, avant ou lors des situations d'observations par les autres et les situations d'interactions sociales, il a peur du regard de l'autre et de son jugement s'il devient rouge ou s'il tremble.

#### ***Cognition :***

Les monologues intérieurs sont du genre : « je crains de dire n'importe quoi devant tout le monde », « je vais devenir rouge, je vais trembler, et les gens vont me juger mal »

#### ***Comportement :***

Monsieur X.B adopte pour un comportement d'évitement, il évite de rentrer en contact avec des personnes qu'il ne connaît pas, ou à être dans des situations où il sera observé.

#### ***Anticipation :***

Lors des situations d'observation ou lors des situations d'interaction social, il est envahi par sa peur de ne pas être à la hauteur, de ne pas agir de manière convenable et que les autres un mauvais apriori à propos de lui

#### 4.1. Résultats et analyse de l'échelle de coopersmith du cas 4:

Résultats Du test	Général	Social	familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas 4 : XY	06	06	01	02	15	02	Très très basse ( $< 33$ )

**Tableau n° 9 : Tableau représentant les résultats de l'échelle de coopersmith du cas 4**

Selon les résultats obtenus à l'échelle « Cooper Smith », nous observons que ce sujet présente une faible estime de soi car il a obtenu que 15 points ce qui prouve la mauvaise vision qu'il a de lui-même et l'opinion néfaste qui se contribue ainsi que le manque de confiance de lui-même.

Il a obtenu à l'échelle générale la note de 06 sur 26 ce qui témoigne d'un seuil d'épanouissement très bas dans sa vie en général car il répond à la case « me ressemble » par « j'ai une mauvaise opinion de moi-même » et à la case « ne me ressemble pas » quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis »

A l'échelle sociale, il obtient la note de 06 sur 08 ce qui signe son intégration relative dans la société sans pour autant être dépourvu de tous complexes et difficultés car il garde constamment cette méfiance par rapport aux autres et cette mauvaise interprétation du jugement des autres dans ses monologues intérieurs. Il répond à la case « me ressemble » « la plupart des

gens sont mieux aimés que moi » et à la case « ne me ressemble pas » « j'ai généralement de l'influence sur les autres »

A l'échelle familiale, il obtient que 01 sur 08 ce qui montre la nature médiocre des relations qu'il entretient avec sa famille car c'est un enfant abandonné né sous X et élevé par des parents adoptifs avec un père adoptif alcoolique puis décédé suite à une tumeur au cerveau et mère dont l'éducation était très rigide et pour ce fait il répond à la case « me ressemble » « il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison » et à la case « ne me ressemble pas » « en général, mes parents sont attentifs à ce que je ressens »

A l'échelle professionnelle, il obtient la note de 02 sur 08 attestant que dans son domaine de travail son estime de soi est toujours très faible ce qui reflète son insatisfaction professionnelle et son manque d'investissement au travail. Il répond à la case « me ressemble » « en classe je me laisse souvent décourager » et à la case « ne me ressemble pas » « je suis fiers de mes résultats scolaires »

D'après tous ces résultats, nous constatons que ce sujet fait des efforts sur le plans social mais cela reste en vain car son estime de soi est très altérée sur les autres plans ce qui le place dans une situation d'estime de soi très basse

#### **4.2. Présentation et analyse du cas n 4:**

- **Présentation du cas:**

Notre cas a été vu au sein du centre hospitalo-universitaire de Bejaia, au service de psychiatrie et en présence d'un psychiatre psychothérapeute qui a supervisé notre travail

Il s'agit de Mr X, âgé de 32 ans, célibataire, possédant un niveau d'instruction de 9 AF, il exerce la profession d'agent de sécurité. Sans antécédent médical ni

chirurgical, son père décède suite à une tumeur au cerveau et sa mère est atteinte d'HTA.

- **Analyse de l'entretien:**

Notre sujet est un enfant adoptif né sous X, il a évolué au sein d'un environnement familiale assez perturbé avec un père alcoolique et une mère rigide d'éducation ; intègre l'école à l'âge de six ans et il était turbulent et son rendement scolaire était moyen ; ses relation avec ses camarades étaient bonnes. A cet effet, il déclare que « *mon père était alcoolique et ma mère me frappait* »

Au cours du 1<sup>er</sup> entretien, Mr X, se plaint d'une préoccupation excessive autour de la mort et une peur intense de faire un accident vasculaire cérébral ce qui provoque chez lui des attaques de panique ; ces dernières contribuent dans l'apparition d'une appréhension anxieuse de faire une autre attaque de panique en situation sociale ; d'ailleurs, il nous répond que « *quand on me parle, je me sens mal à l'aise au point de ne plus comprendre la voix de la personne qui me parle* », et aussi à la question « *sentez-vous capable d'exprimer vos besoins* » il rétorque « *non, je ne peux pas* »

Tout au long du 1<sup>er</sup> entretien, le sujet présente un rougissement, des sueurs ainsi qu'une poursuite oculaire suffisante avec des yeux agrandis, sans ignoré qu'il était d'humeur dépressive et son discours était clair, cohérent, adapté et peu loquace. Nous avons aussi remarqué que lors de son discours il regardait constamment son torse ce qui confirme son hantise de la mort.

Lors de la 2<sup>ème</sup> entrevue, nous avons pu cibler les situations problèmes et avoir une idée générale sur le jugement qu'il porte sur lui-même. Ce patient déclare avoir une stratégie d'évitement des situations sociales et rapporte aussi des difficultés d'affirmation de soi comme : « *je suis incapable de défendre droits*

*ou de dire non » ; « j'ai honte de moi et je suis malheureux » et cela renvoie à une éventuelle faible estime de soi*

Au cours de la 3<sup>ème</sup> entrevue, nous lui avons soumis l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith afin de mieux connaître l'état de son estime de soi ; la passation s'est bien déroulé et a duré 14 minutes où le patient était intéressé et s'est investi pour mieux connaître son trouble. Selon les résultats de cette échelle, le patient présente une très faible estime de soi que nous avons soupçonné tout au long de notre entretien *« je n'ai pas confiance en moi-même, j'ai honte de moi, je sens que je suis faible »*

### **4.3. Analyse fonctionnelle :**

#### **Situation :**

Mr D ; souffre d'une anxiété intense et est envahie par des idées par des pensées négatives envers lui-même et par rapport aux autres, subit aussi des attaques de panique qui a affecté ses compétences sociales et ses champs relationnels.

#### **Emotion**

Il se reconnaît une « tendance générale » à une anxiété avant et pendant les situations d'observation par les autres et d'interaction sociale, il a peur de faire une attaque de panique lors de ces dernières, il ressent de la tristesse et de la faiblesse.

#### **Cognitions**

Les monologues intérieurs sont de type « j'ai peur d'être ridicule, on va se moquer de moi », « j'ai peur de faire une attaque panique devant tout le monde » et « je me sens faible »



## **Comportement**

Mr D, adopte un comportement d'évitement ou affrontement avec une détresse significative comme ce qu'il a rapporté lors d'un évènement où il était sollicité pour remettre un prix à une personne dans le cadre de son association qu'il a qualifié de situation très anxiogène néanmoins il a pu remettre ce cadeau mais avec une certaine détresse et retenue.

## **Anticipation**

Dès lors que ce patient est exposé à des situations source d'anxiété et anticipe la survenue d'attaque de panique.

## **Discussion es hypothèses**

- **Hypothèse générale :**

D'après les résultats de l'échelle de Cooper Smith que nous avons soumis à un échantillon contenant 04 cas, âgés entre 20 à 40 ans, leur score est inférieur à 33, ce qui confirme notre hypothèse générale qui correspond à une basse estime de soi chez tous nos sujets phobiques sociaux. Cela peut expliquer leurs sentiment d'infériorité et d'incapacité lors des situations sociales ; chose qui a été révélée durant nos entretiens.

Pour ce qui est de la première hypothèse secondaire qui suppose que l'aspect sociale de l'estime de soi de nos cas est bas ; cette dernière est infirmée pour le cas 1 et le cas 2 qui ont obtenu un score moyen de 04 sur 08, et le cas 4 qui récolte un score de 06 sur 08 ce qui est conforme à leur propos lors des entretiens où ils déclarent qu'ils manifestent des difficultés dans diverses situations sociales mais avec la volonté de dompter leurs anxiété ;

En outre, cette hypothèse est confirmée pour le cas 3 qui a obtenu un score de 02 sur 08; d'après les entretiens, ce dernier retrouve d'énormes difficultés lors des interactions sociales avec la persistance des évitements pathologiques.

Concernant la deuxième hypothèse secondaire qui s'articule autour de l'abaissement du facteur familial de l'estime de soi ; elle semble être confirmée pour le cas 1 et le cas 2 et est infirmée pour les cas 3 et 4 avec un écart très important où les deux premiers cas(cas 1, cas 2) ont obtenu respectivement un score de 07/08 et de 06/08 ce qui démontre un soutien et un milieu familial sain déclaré par les deux cas lors des entretiens, cela peut constituer l'une des raisons de l'absence des symptômes anxieux en milieu familial . Pour ce qui est des deux autres cas (cas 3 et cas 4) leurs score familial est médiocre avec un score de 01/08 ce qui reflète leurs mauvaise entente familiale notamment le cas 4 qui a été élevé par des parents adoptifs agressifs.

Pour l'hypothèse qui suggère que l'estime de soi professionnel est bas ; les cas 2, 3 et 4 confirme cela en ayant obtenu les scores respectifs de 03 sur 08, 01 sur 08 et 02 sur 08, cette dévalorisation de leurs compétences professionnelles accompagnée par la crainte de l'évaluation négative de l'autre, confirme leurs incapacité à affronter des situations dites de performances(phobie sociale de performance) et tout ce qu'ils subissent durant ces dernières avec la présence de symptômes anxieux aigue qui peuvent au maximum être une attaque de panique . Pour ce qui est du cas 1 qui a obtenu un score professionnel moyen de 05 sur 08, cela s'explique par sa réussite professionnelle mais avec la persistance de symptômes anxieux.

Pour l'hypothèse qui suggère que l'aspect général de l'estime de soi de nos cas est bas, elle semble être confirmée pour l'ensemble des cas ; cela explique la difficulté retrouvée pour réaliser les tâches les plus anodines du quotidien que ce

soit sur le plan social, familial ou professionnel et qui pourrait être un vecteur dans le maintien de leurs phobie sociale .

### **Synthèse générale :**

A partir de tout ce qui a été révélé tout au long de notre recherche, nous constatons que l'estime de soi de notre échantillon est très basse évidente lors des entretiens ; nos cas témoignent un profond malaise et un sentiment d'infériorité par rapport aux autres, avec une incapacité à retrouver une certaine sérénité dans leurs vie.

A travers notre recherche et via l'échelle de Cooper Smith, nous avons remarqué que malgré que leur estime de soi globale est basse, cela reste relatif puisque chaque cas possède un niveau d'estime de soi de certains facteurs plus altéré que d'autres, et cela s'explique par l'histoire de leurs vécu et les circonstances d'apparition de leurs trouble

Notre recherche nous a aidés à comprendre la souffrance des phobiques sociaux conjuguée à une faible estime de soi, et les conséquences désastreuses sur leur évolution et épanouissement personnel, professionnel et social.

## *Conclusion*

---

## **Conclusion**

Notre travail nous a permis d'avoir une meilleure compréhension de l'un des troubles anxieux les plus déstabilisant vu ses répercussions néfastes dans différents domaines. Ce travail nous a aidés à découvrir et d'approfondir nos connaissances, tant sur le plan théorique que pratique.

Dans le volet théorique nous avons appris que la phobie sociale est une forme d'anxiété pathologique lors des situations sociales, elle se caractérise par la persistance de pensées négatives et d'émotions pénibles qui se manifestent par un sentiment de honte accompagnés d'évitements, et pour ce qui est de l'estime de soi elle s'avère être l'appréciation bonne ou mauvaises que nous portons sur nous-mêmes, elle englobe l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi.

Dans le volet pratique, et par le biais d'une grille d'observation et d'entretiens réalisés avec nos cas, nous avons pu observer chez eux une similitude dans la symptomatologie anxieuse et une variation des situations phobogènes et une estime de soi très basse évaluée par l'échelle de Cooper Smith.

La combinaison de tous ce qui a était recueillis nous a permis d'atteindre la conclusion que l'estime de soi est très basse pour tous les cas et l'altération des facteurs qui compose l'estime de soi diffère d'un cas à un autre, chose qui peut être le résultat d'un vécu propre à chaque cas et de l'impact que ce dernier a laissé chez ces sujets.

Nous pouvons dire que cette mauvaise estime de soi occupe une place prépondérante dans la phobie sociale, et il existe une conformité entre les situations où l'anxiété est à son acmé et les facteurs altérés de l'estime de soi, nous remarquons ainsi que la phobie sociale est souvent relié à un sentiment de dévalorisation de soi.

Enfin nous suggérons qu'une prise en charge axée sur l'estime de soi est nécessaire dans le processus thérapeutique des phobiques sociaux, en vue d'une perspective de modification des pensées erronées portées sur soi.

## Références bibliographiques :

1. André, C. (2006). *Imparfais, libres et heureux pratique de l'estime de soi*. Paris: Odile Jacob.
2. André, C., & Légeron, P. (2003). *La peur des autres : Trac, Timidité et phobie sociale*. Paris: Odile Jacob.
3. André, C., & Lelord, F. (2008). *l'estime de soi S'aimer pour mieux réussir*. Montréal: Université du québec à Montréal.
4. Bénony, H., & Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris: Dunod.
5. Boulenger, J.-P., & Lépiine, J.-P. (2014). *Les troubles anxieux*. Paris: Béatrice Brottier.
6. Capdevielle, V., & Doucet, C. (2004). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris: Armond Colin.
7. Chahraoui, K., & Benony, H. (2013). *L'entretien*. Paris: Dunod.
8. Chapelle, F., Monié, B., Poinot, R., Rusinek, S., & Willard, M. (2014). *Thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Dunod.
9. Chapelle, F., Monié, B., Poinot, R., Rusinek, S., & Willard, M. (2014). *Thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Dunod.
10. Cottraux, J. (2001). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.
11. Couzon, E., & Nicoulaud-Michaux, A. (2012). *S'estimer pour mieux réussir sa vie*. Paris: Virginie Hamelin.
12. Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5: Manuel Diagnostique Et Statistiques Des Troubles Mentaux*. Paris: Elsevier Masson.
13. De saint paul, J. (1999). *Estime de soi, confiance en soi*. Paris: InterEdition.
14. Deschamps, J.-C., & Moliner, P. (2010). *l'identité en psychologie sociale*. Paris: Armand Colin.
15. =Dolan, S. L., & Arsenault, A. (2009). *Stresse Estime De Soi Santé Travail*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
16. Famery, S. (2004). *Avoir confiance en soi*. Paris: Eyrolles.
17. Famose, J.-P., & Guérin, F. (2002). *la connaissance de soi en psychologie de l'éducation physique et du sport*. Paris: Armand Colin.
18. Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2012). *Manuel de psychiatrie*. Paris: Elsevier Masson.
19. Kapsambelis, V. (2012). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte*. Paris: Presse Universitaire de France.
20. Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J.-M. (1999). *Les troubles anxieux: approche cognitive et comportementale*. Paris: Masson.
21. Lelord, <., & André, C. (1999). *S'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Paris: Odile Jacob.
22. Lempière, T., Féline, A., Adès, J., Hardy, p., & Rouillon, F. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Paris: Elsevier Masson.
23. Lonescu, S., & Blanchet, A. (213). *méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris: Presses universitaire de France .
24. Mirabel-Sarron, C., & Vera, L. (2004). *l'entretien en thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Dunod.
25. Monbourquette, J. (2013). *l'estime de soi à l'estime du soi*. Montréal: Novalis.
26. Moscovici, S. (2000). *Psychologie sociale des relations à autrui*. Paris: Nathan.
27. Nicoulaud-Michaux, A., & Couzon, E. (2012). *S'estimer pour réussir sa vie*. Paris: esf.
28. Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2015). *l'observation clinique et l'étude de cas*. Paris: Armond Colin.



29. Prod'Homme, G. (2003). S'affirmer sans s'imposer. Paris: Dunod.

30. Somaillé, S. (2009). L'anxiété et les troubles anxieux. PARIS: Médecine et Hygiène.

## *Grille d'observation*

Aspect générale et comportemental	Etat de vigilance Durant l'entretien	Contact	Humeur	Mimique	Discours	Contenu
_ Propre <input type="radio"/> _ Correcte <input type="radio"/> _ Incurique <input type="radio"/>	_ Présent _ Absent <input type="radio"/> _ Attentif _ Occupé <input type="radio"/>	_ Absent <input type="radio"/> _ Impossible <input type="radio"/> _ Familier <input type="radio"/> _ Distant <input type="radio"/> _ Réticent <input type="radio"/> _ Méfiant <input type="radio"/> _ Syntone <input type="radio"/> _ Hyperémotif <input type="radio"/>	_ Dépressive <input type="radio"/> _ Joviale <input type="radio"/> _ Expansive <input type="radio"/> _ Neutre <input type="radio"/> _ Gaie <input type="radio"/> _ Anxieuse <input type="radio"/> _ Adaptée aux propos <input type="radio"/>	_ Souriante _ Anxieuse _ Détendue _ Crispée _ Figée _ Inexpressive _ Hyper - expressive	_ Absent <input type="radio"/> _ Inhibé <input type="radio"/> Peu loquace _ Fait des réponses laconiques <input type="radio"/> _ Riche / pauvre <input type="radio"/> _ Claire _ Adapté <input type="radio"/> _ Cohérent _ Incohérent <input type="radio"/> voix (basse, haute, à peine audible)	_ Phobie <input type="radio"/> _ Pensées automatiques négatives _ Peur persistante <ul style="list-style-type: none"> <li>• regard de l'autre <input type="radio"/></li> <li>• jugement de l'autre</li> <li>• de réagir de façon embarrassante <input type="radio"/></li> <li>• d'être observé <input type="radio"/></li> <li>• de présenter des symptômes anxieux</li> <li>• attaque de panique <input type="radio"/></li> <li>_ Obsessions <input type="radio"/></li> <li>_ Obsession d'une dysmorphie corporelle <input type="radio"/></li> <li>_ Peur des espaces clos ou ouverts <input type="radio"/></li> <li>_ Timidité</li> </ul>
_ Symptômes anxieux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitation <input type="radio"/></li> <li>• Rougissement</li> <li>• Tremblement <input type="radio"/></li> <li>• Transpiration</li> <li>• Poursuites oculaires</li> <li>○ Suffisantes <input type="radio"/></li> <li>○ Insuffisantes <input type="radio"/></li> <li>• Regard craintif <input type="radio"/></li> <li>• Respiration rapide <input type="radio"/></li> <li>• Yeux agrandis <input type="radio"/></li> </ul>	_ Indifférent <input type="radio"/> _ Gêné <input type="radio"/> _ Hyper-vigilent <input type="radio"/> _ Distrait <input type="radio"/>					
_ Aspect comportemental <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attitude d'écoute</li> <li>• Posture rigide du corps <input type="radio"/></li> <li>• Sthénique <input type="radio"/></li> <li>• asthénique <input type="radio"/></li> </ul>						

# *Grille d'observation*

## **Axe 1 : Renseignements personnels**

- Nom et prénom :
- Date et lieu de naissance :
- Situation familiale :
- Nombre d'enfants :
- Niveau d'instruction :
- Activité professionnelle :
- Conditions socio-économique
- Antécédents familiaux (hérédité psychopathologique)
- Antécédents personnels (médico-chirurgicaux, psychiatrique, médico-légaux, habitudes toxiques, thérapeutiques et traumatiques)

## **Axe 2 : biographie :**

- Quel est le type de votre éducation, a-t-elle été rigide, souple ou religieuse ?
- Comment est votre relation avec frères ?
- A quel âge avez-vous intégré l'école ?
- Comment était la relation avec vos camarades, a-t-elle été bonne, moyenne ou mauvaise ?
- Comment était votre rendement scolaire ?
- A l'école, étiez-vous sage, introverti ou turbulent ?
- Aviez-vous des absences répétitives et souffert de fléchissement scolaire
- Comment était le passage au lycée et l'université et à la vie professionnelle ?
- Consommez-vous des substances toxiques :( tabac, alcool, psychotropes, kif) ?

## **Axe 3 : Estime de soi**

- Est-ce que vous vous aimez ?
- Avez-vous confiance en vous-même et en vos compétences ?
- Pensez-vous que vous avez de la valeur ?
- Pensez-vous que vous êtes digne d'être aimé ?
- Avez-vous l'impression d'être libre et indépendant ?
- Avez-vous honte de vous-même ?
- Avez-vous le sentiment d'être différent des autres ?

- Tracez-vous des objectifs dans la vie et en avez-vous de l'énergie pour relever les défis ?

#### **Axe 4: Phobie sociale**

- Qu'elles sont les situations les plus redoutées ?
- Quelles sont les sensations et les symptômes que vous présentez suite à l'exposition à une situation anxiogène ?
- Quelles sont les pensées qui vous viennent à l'esprit avant et pendant l'exposition à une situation phobogène ?
- Qu'elles sont les stratégies que vous adoptez afin d'atténuer l'intensité de votre anxiété ?
- Avez-vous la capacité de vous affirmer, d'exprimer votre opinion, vos besoins et de défendre vos droits ?
- Tôlez-vous les critiques des autres et comment les interprétez-vous ?
- Sentez-vous capable d'engager une conversation et d'en mettre fin ?

*Annexe*

---

**INVENTAIRE DE COOPERSMITH  
FORME SCOLAIRE  
SEI**

NOM: PRENOM :

AGE: SEXE: CLASSE

NOM et ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE:

DATE de L'EXAMEN :

**CONSIGNES**

**LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE**

Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lirez attentivement chacune de ces phrases.

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulée « Me ressemble ».

Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « Ne me ressemble pas ».

Efforcez-vous de répondre à **toutes les phrases**, même si certains choix vous paraissent difficiles.

**TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ**

Me	ne me
ressemble	ressemble pas

1. En général, je ne me fais pas de souci
2. Il m'est très difficile de prendre la parole en classe
3. Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais. . .
4. J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté
5. On s'amuse beaucoup en ma compagnie
6. A la maison, je suis facilement contrarié
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau
8. Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge
9. En général, mes parents sont attentifs à ce que je ressens
10. Je cède très facilement aux autres
11. Mes parents attendent trop de moi
12. C'est très dur d'être moi
13. Tout est confus et embrouillé dans ma vie
14. J'ai généralement de l'influence sur les autres
15. J'ai une mauvaise opinion de moi-même
16. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison
17. Je me sens souvent mal à l'aise en classe
18. Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens
19. Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis
20. Mes parents me comprennent
21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi
22. J'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents
23. En classe, je me laisse souvent décourager
24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre
25. Les autres ne me font pas souvent confiance
26. Je ne suis jamais inquiet
27. Je suis assez sûr de moi
28. Je plais facilement
29. Mes parents et moi passons de bons moments ensemble
30. Je passe beaucoup de temps à rêvasser
31. J'aimerais être plus jeune
32. Je fais toujours ce qu'il faut faire
33. Je suis fier de mes résultats scolaires
34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire. . . .
35. Je regrette souvent ce que je fais
36. Je ne suis jamais heureux
37. Je fais toujours mon travail du mieux que je peux
38. En général, je suis capable de me débrouiller tout seul
39. Je suis assez content de ma vie
40. Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi
41. J'aime tous les gens que je connais
42. J'aime être interrogé en classe
43. Je me comprends bien moi-même
44. Personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison
45. On ne me fait jamais de reproches
46. En classe, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais
47. Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir
48. Cela ne me plaît vraiment pas d'être {un garçon ; une fille
49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.
50. Je ne suis jamais intimidé
51. J'ai souvent honte de moi
52. Les autres viennent souvent m'embêter
53. Je dis toujours la vérité
54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants
55. Je me moque de ce qui peut m'arriver



56. Je réussis rarement ce que j'entreprends
57. Je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches.
58. Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens