

Vincent Trybou

Comprendre et traiter l'anxiété sociale

Nouvelles approches en TCC

• 2^e édition •



DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2023

1^{re} édition en 2018

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-084637-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>INTRODUCTION</i>	1
1. Comprendre l'anxiété sociale	4
Histoire de la maladie	4
Épidémiologie et comorbidités fréquentes	5
Les visages de l'anxiété sociale : symptômes classiques, formes et dimensions multiples de la pathologie	7
De la timidité à l'anxiété sociale	11
Portrait approfondi de l'anxiété sociale : plongeon dans le corps et l'esprit du patient	12
Le débat sur la personnalité évitante	15
Un réel déficit en habilités sociales ?	16
Diagnostic différentiel	17
2. Modèles explicatifs de l'anxiété sociale	20
L'inhibition comportementale de Kagan	20
Génétique et l'influence de l'environnement : une combinaison ?	21
Le cerveau et les neurotransmetteurs	22
Modèles psychologiques de l'anxiété sociale	23

3. La TCC classique de l'anxiété sociale	26
Présentation des grands axes de travail en TCC pour l'anxiété sociale	26
Le modèle le plus répandu : la thérapie de groupe selon Heimberg et Becker (2002)	29
<i>Présentation du modèle, 29 • Déroulé des activités par semaine, 30 • L'identification des distorsions cognitives, 31 • Repérage des mécanismes de pensées (ou « distorsions cognitives ») et des pensées automatiques, et contradiction par les alternatives de pensées (« pensées rationnelles »), 33 • L'exposition, 34 • Combinaison de l'exposition et de la restructuration cognitive en séance, 37 • Exercices entre les séances, 42 • Fin de la thérapie de groupe, 42 • Les brèches à éviter dans les expositions de groupe, 42</i>	
Le protocole de thérapie individuelle de Heimberg et Juster (1994), réactualisé par Hope <i>et al.</i> (2010)	44
<i>Présentation du modèle, 44 • Activités par séances, 45 • Les brèches à éviter dans les expositions de groupe, 46</i>	
Thérapie de groupe ou thérapie individuelle ?	48
Revue de la littérature : similitudes et différences du protocole de Heimberg avec les ouvrages disponibles	49
4. Accords et désaccords sur la configuration de la TCC de l'anxiété sociale	53
Quand les auteurs critiquent leurs modèles et leurs façons de faire	53
La peur des thérapeutes malgré certains constats. Revenir au vécu des patients	58
Christophe André, Eva Kischkel et les patients trop zélés	63
L'anxiété sociale, maladie de la honte : le « grand oubli »	67
Quelle place donner à l'acceptation émotionnelle ?	74
Les nouveaux protocoles pour l'anxiété sociale : exposition et acceptation de la honte, suppression de la thérapie cognitive	76
5. Thérapie neurocomportementale de l'anxiété sociale	82
Le modèle neurocomportemental de l'anxiété sociale	82
La thérapie neurocomportementale de l'anxiété sociale	86
Une thérapie plus facile à mettre en place pour les thérapeutes, un meilleur accès aux soins pour les patients	92

Les outils	99
<i>La psychoéducation, 100 • L'acceptation émotionnelle, 108 • Les consignes de l'exposition massive, 111 • Les exercices prêts à l'emploi, 113 • Créer de nouveaux exercices : utilisation de la trame de l'EPSL, 118 • Le rôle du thérapeute pendant l'exposition, 120 • Les composantes du débriefing, 123 • Combattre la segmentation : techniques et cas résistants, 124 • Concernant l'exposition progressive et hiérarchisée, 137 • Motiver par l'ACT, 139</i>	
Comprendre les blocages	145
Réflexions sur une configuration de groupe	148
6. Modules complémentaires	151
Les techniques de communication : travail sur les habilités sociales	151
<i>La confrontation au regard, 152 • Le 0 censure, 152 • Maintenir la communication avec fluidité, 154 • Commencer une conversation, s'immiscer dans une conversation, 158 • Le rôle de la voix, 162 • L'affirmation de soi, 162</i>	
La décentration	169
« L'effet de conférence » par le métro	172
La peur de rougir	174
La peur de draguer	175
La peur de vomir, de s'uriner dessus ou d'avoir la diarrhée en public	178
La parurésie	182
Recevoir la famille d'un adolescent	184
7. Parler et agir en public	187
La peur de parler et agir en public : un syndrome à la croisée des chemins	187
L'échec du cognitif	189
panorama des techniques spécifiques	190
<i>ANNEXES. ÉCHELLES ET QUESTIONNAIRES</i>	197
<i>NORMES ET COTATIONS</i>	199
<i>ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE DE LIEBOWITZ</i>	203
<i>TEST D'AUTO-ÉVALUATION DES PENSÉES EN INTERACTION SOCIALE (TAPIS)</i>	207

<i>QUESTIONNAIRE DE TEMPÉRAMENT CYCLOTHYMIQUE</i>	211
<i>QUESTIONNAIRE DE TEMPÉRAMENT CYCLOTHYMIQUE – HYPERSENSIBILITÉ</i>	213
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	215

Introduction

LA PRISE EN CHARGE de la phobie sociale, maintenant appelée « anxiété sociale » a bien évolué en quelques décennies. Cette pathologie revient de loin ! Presque absente des livres au début du xx^e siècle, il aura fallu attendre les travaux de Marks en 1970 pour qu'elle soit prise en compte et apparaisse enfin dans le DSM-III en 1980. Depuis le tout début des années quatre-vingt-dix, des auteurs comme Heimberg et Hope ont construit tout un protocole comportemental et cognitif complet cousu main pour les thérapeutes. Ils ont mis en place les premières fondations.

L'anxiété sociale reste souvent handicapante et résistante malgré ces techniques éprouvées scientifiquement.

Presque 30 ans après, où en sommes-nous ? Y a-t-il des éléments importants à mettre en lumière, des manières de faire compliquées à simplifier ? La troisième vague, dite des « thérapies émotionnelles » (pleine conscience, ACT), a-t-elle une place à prendre dans la prise en charge de l'anxiété sociale ? Pouvons-nous faire un protocole plus ergonomique pour les thérapeutes et les patients ? Plus facile à mettre en place dans nos pratiques hospitalières ou libérales ? Peut-être plus rapide ?

C'est en partant d'une relecture de la littérature et de notre expérience clinique depuis presque 20 ans que nous proposons un nouvel éclairage de la maladie. Cette réflexion s'inscrit dans la droite lignée du modèle dit « neurocomportemental » développé dans notre ouvrage conjoint en 2013 avec Anne-Hélène Clair sur les TOC et qui fête sa troisième édition (2022) : revenir à une compréhension

fine des mécanismes de la maladie, construire une psychoéducation du patient à partir de la biologie du cerveau, et y adjoindre des techniques déjà existantes à l'efficacité reconnue afin de faire des protocoles plus pertinents, répondant spécifiquement à l'architecture de la pathologie. Il n'est nullement question de créer *ex nihilo* de nouvelles techniques alors que la boîte à outils TCC est déjà là. Il suffit juste de repenser l'intérêt de certaines composantes, en abandonner d'autres, et de cibler au plus juste. Ce modèle dit « neurocomportemental » est devenu notre cheval de bataille depuis dix ans, que cela soit sur le traitement des TOC (2013, 2016, 2018, 2022), l'anxiété sociale (première édition de cet ouvrage en 2018), la prise en charge des automutilations (2018), les ruminations d'injustice (2022), notre ouvrage grand public sur l'intrication entre cerveau et psychologie (2021), et la prise en charge de l'accumulation pathologique (2023).

Cette deuxième édition ajoute des modules sur la prise en charge de la peur de vomir (émétophobie), de s'uriner dessus ou d'avoir la diarrhée en public (cystophobie et laxophobie), la peur de rougir (éreurtophobie) et la complexité de la peur de parler ou agir en public (dite « peur de performance »). Ces différents troubles semblent répondre à une intrication d'anxiété sociale, de phobie simple, de trouble panique et d'autres composantes, et résistent au protocole standard.

Nous espérons que cette reconfiguration des différents outils disponibles en un modèle allégé, plus maniable et ciblé spécifiquement vers le cœur de la pathologie, permettra à chacun de se sentir mieux armé pour aider ces patients en souffrance.

Des compléments en ligne sont téléchargeables à l'adresse suivante :

www.dunod.com/EAN/9782100846375

*« Quelqu'un m'a dit un jour : "Si tu n'as pas d'ombre,
c'est que tu ne te tiens pas dans la lumière" »
(Lady Gaga, 2011, MTV)*

À Albert Ellis (1913-2007)

Chapitre 1

Comprendre l'anxiété sociale

HISTOIRE DE LA MALADIE

Les écrits décrivant l'anxiété sociale sont déjà anciens, mais la pathologie n'était pas forcément clairement identifiée. Regardons ce que nous dit Hippocrate :

« En raison de sa timidité, de son caractère suspicieux et timoré, il ne pourra être dévisagé, il aimera vivre dans l'ombre et ne pourra supporter la lumière ou s'asseoir au grand jour ; son chapeau cachant toujours son regard, il ne pourra ni être vu malgré ses bonnes intentions. Il n'osera pas aller en compagnie de peur d'être abusé, ridiculisé, dépassé par ses gestes ou ses paroles, de paraître malade, il pense alors que tout le monde l'observe » (cité par Robert Burton, 1854).

Cette description comporte déjà presque tout ce que nous pouvons dire spontanément d'un patient souffrant d'anxiété sociale. Si quelques auteurs classiques évoqueront par-ci par-là l'anxiété sociale principalement sous le vocable « timidité », il faudra attendre Casper en 1846 (rapportée par Pitres et Regis en 1878) pour une première description scientifique de l'éreutophobie.

En 1903, Janet parle de « phobie des situations sociales » et tient à ce que les différentes phobies connues à l'époque soient bien différenciées les unes des autres.

En 1970, Marks, identifie et sépare l'agoraphobie, les phobies simples, et les phobies sociales, et le DSM-III en 1980 reconnaît la phobie sociale comme une entité à part entière.

En 1985, Liebowitz et ses collègues publient un article intitulé « la phobie sociale. Revue de littérature d'un trouble anxieux négligé » dans lequel ils soulignent l'importance d'étudier plus vastement cette pathologie et de mettre en place de nouveaux procédés thérapeutiques.

Le DSM-IV-TR (2000) parle encore de « phobie sociale ». Le DSM-5 (2013) transforme le trouble en « anxiété sociale ».

ÉPIDÉMIOLOGIE ET COMORBIDITÉS FRÉQUENTES

L'anxiété sociale toucherait, dans sa forme grave et généralisée, 2,3 % de la population, et jusqu'à 13 % pour ses formes plus mineures (anxiété sociale spécifique, timidité). Pour le DSM-5 (2013, p. 240), la prévalence est de 7 % sur un an aux États-Unis, et une prévalence médiane de 2,3 % en Europe, avec prédominance féminine dans la population générale (1,5 à 2,2 pour 1), et légèrement plus élevée pour les hommes que pour les femmes dans les populations cliniques. Narrow *et al.* (2002) trouvent 2,1 % dans la population générale.

Le début d'apparition de l'anxiété sociale se retrouve dans 75 % des cas dans l'enfance, entre 8 et 15 ans pour le DSM-5, avec une médiane à 13 ans. Le trouble apparaît parfois sur un terrain d'inhibition sociale ou de timidité précoce. De nombreux patients disent en effet avoir été des enfants timides et réservés (Servant, Parquet, 1997, p. 10). Seule la moitié des patients auraient une prise en charge et ce, après 15 à 20 ans d'évolution de la maladie (DSM-5, 2013, p. 242).

Dans l'étude d'Amies *et al.* (1983), les symptômes les plus fréquemment rapportés par les personnes atteintes d'anxiété sociale sont les palpitations (79 %), les tremblements (75 %), la tension musculaire (64 %), un poids sur l'estomac (63 %), une sécheresse de la bouche (61 %), une sensation de chaud et de froid (57 %), un rougissement (51 %). Nous avons ici tous les éléments classiques de l'envahissement physique provoqué par l'anxiété massive.

D'après Magee *et al.* (1996), 39,6 % des patients souffrant d'anxiété sociale ont aussi un abus ou une dépendance à un toxique, 37,2 % ont présenté un épisode dépressif caractérisé, et 14,6 % une dysthymie.

À l'inverse, dans l'étude de Servant *et al.* (1990), 15,1 % des patients hospitalisés pour un sevrage alcoolique présentent une anxiété sociale. Il est souvent indiqué, dans les prises en charge pour les addictions, de bien investiguer la possible présence d'une anxiété sociale préexistante au début des addictions et ayant pu

entraîner le début des prises de substances pour se désinhiber et faciliter les relations interpersonnelles.

Selon le DSM-5 (2013, p. 241), les femmes souffrant d'anxiété sociale ont une forte comorbidité avec les troubles dépressifs, bipolaires et anxieux. Les hommes auraient plutôt une comorbidité avec le trouble oppositionnel, l'abus d'alcool et la difficulté à uriner en présence d'autres personnes (parurésie).

Nous allons prendre le temps de nous appesantir un peu sur la comorbidité de l'anxiété sociale avec les troubles bipolaires, comme notée par le DSM-5, et présenter quelques données importantes issues de Perugi et Akiskal (2002) centrées sur cette forme plus particulière et plus fréquente qu'est le trouble cyclothymique :

- Le trouble cyclothymique touche environ 5 à 6 % de la population générale et plus de 30 % de l'ensemble des patients dépressifs qui consultent les cabinets médicaux.
- De nombreux soignants ignorent le trouble cyclothymique et traitent uniquement la plainte actuelle (le plus souvent la dépression) en prescrivant des antidépresseurs, ce qui risque d'induire des virages de l'humeur, voire l'induction d'idées et d'envies suicidaires.
- Il est rare de rencontrer un patient cyclothymique « pur », c'est-à-dire ne présentant que les traits typiques du trouble cyclothymique : la majorité présente des épisodes dépressifs caractérisés en plus du trouble cyclothymique (contrairement au critère C du DSM-5 qui estime que « les critères pour un épisode dépressif caractérisé, maniaque ou hypomaniaque n'ont jamais été réunis »), 64 % d'entre eux souffrent de trouble panique ou d'agoraphobie, 45 % d'anxiété sociale, 42 % de dysmorphophobie (« obsession de dysmorphie corporelle » dans le DSM-5), 42 % de troubles obsessionnels compulsifs, 40 % d'état de stress post-traumatique, et plus d'un tiers présente un trouble du comportement alimentaire (notamment la boulimie). Selon Mirabel-Sarron *et al.* (2016, p. 44-45), citant une enquête américaine (NCS-R), 92 % des personnes présentant un trouble bipolaire auraient un ou plusieurs troubles associés : 75 % de troubles anxieux, dont 38 % d'anxiété sociale, 35 % de phobie spécifique, 30 % de trouble d'anxiété généralisée, 24 % de trouble de stress post-traumatique, 14 % de troubles obsessionnels compulsifs, 63 % troubles du contrôle des impulsions, 42 % de troubles liés à une substance, 30 à 48 % de trouble de la personnalité borderline.

Pour revenir sur abus d'alcool et anxiété sociale, selon Beacco et Gay (2016), « la comorbidité avec l'abus de substances concerne jusqu'à 60 % des bipolaires » (p. 22). On serait alors dans un triple diagnostic.

Aussi, il nous a paru pertinent de mettre le questionnaire de cyclothymie en annexes afin de permettre aux thérapeutes de mieux dépister cette comorbidité. Les thérapeutes souhaitant creuser la question du trouble cyclothymique peuvent se référer à Hantouche et Trybou (2011).

LES VISAGES DE L'ANXIÉTÉ SOCIALE : SYMPTÔMES CLASSIQUES, FORMES ET DIMENSIONS MULTIPLES DE LA PATHOLOGIE

- ➔ *Les personnes atteintes d'anxiété sociale ont une perception fondamentalement négative d'elles-mêmes.* Elles se trouvent inintéressantes, inadaptées, inadéquates, molles, sans répondant, peu pertinentes, peu spirituelles, peu drôles. Elles se vivent comme déficientes dans leur capacité à gérer une interaction sociale.
En face d'un interlocuteur, elles se sentent vite jugées et cataloguées, à cause de ce qu'elles disent, de leurs attitudes, de leurs gestes, de leurs silences, de leur regard, de leur anxiété montrant leurs défauts au grand jour.
- ➔ *Chaque rencontre va entraîner une anxiété par anticipation* plusieurs heures voire plusieurs jours à l'avance. Avant même d'être dans une situation, les personnes atteintes d'anxiété sociale prévoient qu'elles n'arriveront pas à gérer l'interaction, et que cela va entraîner qu'on va les juger et les rejeter. Ces pensées, ces « croyances » sur elles-mêmes et leurs capacités entraînent une majoration de l'anxiété, une tendance à l'évitement des situations redoutées, ou une conduite d'alcoolisation pour se désinhiber.
- ➔ *Quand les personnes atteintes d'anxiété sociale ne peuvent pas éviter une interaction, elles se mettent en chemin vers ce « piège social » avec des ruminations du pire* qui va arriver et une tentative d'extrême planification de comment elles devraient se comporter, c'est-à-dire ce qu'elles vont dire et ne pas dire, comment elles vont bouger leur corps. Plus elles ruminent et planifient, plus l'anxiété augmente, provoquant une tétanie des sphères cognitive et comportementale. Complètement bloquées dans leur anxiété et leurs tentatives de contrôle, les personnes atteintes d'anxiété sociale ont alors une apparence artificielle, gauche, avec des phrases plaquées ou de grandes difficultés à

suivre la conversation, y prendre part et rebondir. Leurs ruminations, l'anxiété et leur hypercontrôle les ont piégées.

- *Pendant la discussion avec leur interlocuteur*, elles s'observent, se jugent, analysent les réactions des autres à l'affût de la moindre moue indicatrice d'un jugement négatif, laissant de côté tous les signaux plutôt positifs. Elles sont aux aguets de tout geste pouvant les trahir et pensent que si elles le voient, tout le monde le voit aussi et en déduit quelque chose. Elles ont recours à une multitude d'évitements pour empêcher tout ce qui pourrait entraîner une catastrophe : leurs opinions, leur identité, leur regard, leur corps, le but étant de diminuer l'anxiété et le risque que la catastrophe ne survienne. Elles pensent tellement à leurs ressentis et sont tellement dans l'auto-observation qu'elles se déconnectent du contenu de la conversation, et perdent le fil de la discussion.

Plus rarement, les personnes atteintes d'anxiété sociale seront distantes (absence de contact) et irritables (rejeter l'autre avant d'être rejeté) ou bavardes à l'excès (afin d'éviter les blancs), et très drôles (pour que rien ne soit pris au sérieux et critiqué).

- *Après la discussion*, les personnes atteintes d'anxiété sociale sont envahies par la déception de leur prestation et repensent à ce qui vient de se passer. Toutes ces ruminations orientées exclusivement vers le négatif, et qui omettent les éléments qui ne sont bien déroulés, donnent raison à leurs croyances de base sur elles-mêmes et leurs capacités, les renforcent, et les dissuadent de retenter.

L'anxiété sociale est présente dans les classifications psychiatriques depuis le DSM-III (1980). Portons notre attention à sa définition dans le DSM-5 (2013, p. 237-238)

**CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ANXIÉTÉ SOCIALE
(PHOBIE SOCIALE) DANS LE DSM-5¹**

– A. Peur ou anxiété intenses 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 (p. ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou de boire) et des situations de performance (p. ex. faire un discours).

N.B. : Chez les enfants, l'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec les adultes.

– 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.

N.B. : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peuvent s'exprimer dans les situations sociales par des pleurs, des accès de colère ou des réactions de figement ; l'enfant s'accroche, se met en retrait ou ne dit plus rien.

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

– 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 six 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 infection médicale.

– I. La peur, l'anxiété ou 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.

1. American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq ; 5^e éd.). Elsevier Masson.

De nombreux auteurs ont très vite montré que les personnes atteintes d'anxiété sociale n'avaient pas toutes les mêmes peurs. Certaines dimensions semblent plus prégnantes chez certains patients plutôt que d'autres. Et enfin, certains patients sont handicapés sur toutes ces dimensions :

- *La peur liée à des situations de performance sous le regard d'autrui* (comme faire un discours, jouer de la musique ou lire à haute voix en public, présenter un travail à l'oral en classe ou au cours d'une réunion, passer un entretien d'embauche). Le sujet veut être performant sur le contenu de ce qu'il fait et sur la forme (son corps, sa voix...). Il a peur de ne pas être à la hauteur et de donner une image négative de lui, de faire une erreur et d'être rejeté. Le sujet aura alors tendance à éviter de faire l'action, de donner son avis, de demander, refuser, critiquer.
- *La peur liée au fait de se révéler lors d'une interaction sociale* (comme parler de soi à des amis, ou à des inconnus, parler de tout et de rien, vivre une première rencontre amoureuse, participer à une fête). Le sujet veut à tout prix avoir quelque chose de pertinent à dire, et redoute d'être inintéressant, ennuyeux, peu spirituel, peu drôle, manquer de répartie, etc.
- *La peur de ne pas réussir à s'affirmer* (défendre son opinion, demander, refuser, contredire, tenir tête, en gros s'imposer). Le sujet redoute de faire de la peine à son interlocuteur ou de le mettre en colère.
- *La peur liée au fait d'être soumis au simple regard d'autrui* (être regardé en train de travailler, d'écrire, de manger, de marcher). Le sujet craint de ne pas être naturel, de paraître étrange, bizarre, de dénoter, de se faire remarquer.
- *La peur générale de manifester des signes d'anxiété* (rougir, suer, trembler), qui revient à se sentir trahi par son propre corps fragile et hors de contrôle, et de subir un jugement négatif à cause des symptômes considérés comme extrêmement visibles par autrui.

Un patient peut avoir un handicap sur une seule de ces dimensions, plusieurs ou toutes. On parlera alors d'anxiété sociale limitée ou généralisée. André propose de bien différencier les formes (Fontaine et Fontaine, 2006, partie d'André, p. 270-271) :

- *forme limitée* à une ou deux situations, comme boire, manger ou écrire devant autrui ;
- *forme généralisée* : toute situation sociale d'observation, de performance, d'interaction, d'affirmation, de révélation de soi ;
- *forme centrée sur l'apparition de symptômes somatiques* : peur de rougir, transpirer, trembler ;