

L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux : validation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version française)

S.-N. YAO ⁽¹⁾, I. NOTE ⁽²⁾, F. FANGET ⁽³⁾, E. ALBUISSON ⁽⁴⁾, M. BOUVARD ⁽¹⁾, I. JALENQUES ⁽⁵⁾, J. COTTRAUX ⁽¹⁾

Résumé. L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (EASL) (Liebowitz, 1987) est un questionnaire qui évalue séparément l'anxiété et l'évitement dans des situations d'interaction sociale et des situations de performance. Nous présentons ici une étude de la validation empirique et concourante de l'échelle. Quatre-vingt-seize patients atteints de phobie sociale selon le DSM IV sont étudiés comparativement avec 64 sujets non cliniques. Les patients d'une part et les contrôles d'autre part sont divisés en deux sous-groupes en fonction de la méthode de passation : passation de l'EASL en hétéro-évaluation et passation de l'EASL en auto-évaluation. Les patients ont des scores d'anxiété et d'évitement de l'EASL significativement plus élevés que les sujets non cliniques et cela quelle que soit la méthode de passation. Par contre, nous n'observons aucune différence significative entre les deux méthodes, ni sur l'anxiété ni sur l'évitement de l'EASL, aussi bien entre les deux sous-groupes de patients qu'entre les deux sous-groupes non cliniques. Chez les phobiques sociaux, les scores d'anxiété et d'évitement de l'EASL sont tous deux mieux corrélés avec l'anxiété sociale et les cognitions négatives en situation sociale qu'avec l'anxiété-dépression et la gêne due à la phobie. Pour l'ensemble des sujets, la version française de l'EASL montre une bonne validité empirique et concourante, et chez les phobiques sociaux elle présente une sensibilité aux changements après la thérapie comportementale et cognitive.

Social anxiety in social phobics : validation of Liebowitz's social anxiety scale – French version

Summary. The Liebowitz's Social Anxiety Scale (LSAS) (Liebowitz, 1987) is a rating scale of fear and avoidance in social interaction (12 items) and performance-oriented situations (12 items). This paper presents the study of empirical and concurrent validation of the LSAS. Ninety-six patients suffering from social phobia according to DSM IV were included and compared with 64 non-clinical control subjects. Both patients and controls were divided into two sub-groups : the LSAS passation by hetero-evaluation or auto-evaluation. Social phobics had much higher scores on anxiety and avoidance of the LSAS than control subjects, whatever the method. There were no differences between hetero and auto-evaluation in both groups of patients and non-clinical subjects, either on anxiety or on avoidance. The LSAS correlated better with social anxiety and negative cognition in social situations than with anxiety-depression in social phobics. The French version of the LSAS showed a good empirical and concurrent validity and the scale presents a good sensitivity to change after cognitive behavioral therapy in social phobics.

Mots clés : Anxiété sociale ; Phobiques sociaux ; Psychométrie ; Questionnaire ; Thérapie comportementale et cognitive.

Key words : Behavior and cognitive therapy ; Psychometric data ; Questionnaire ; Social anxiety ; Social phobics.

(1) Unité de Traitement de l'Anxiété, Hôpital Neurologique de Lyon, 59, boulevard Pinel, 69003 Lyon.

(2) Unité de Thérapie Cognitivo-Comportementale, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille.

(3) Psychiatre privé à Lyon, 2, place Jules-Ferry, 69003 Lyon.

(4) Service de Biostatistique, Université de Clermont-Ferrand I.

(5) Service de Psychiatrie, Hôpital Saint-Jacques, Clermont-Ferrand.

Travail reçu le 3 septembre 1998 et accepté le 6 novembre 1998.

Tirés à part : S.-N. YAO (à l'adresse ci-dessus).

INTRODUCTION

La phobie sociale est décrite selon le DSM IV (1) comme « une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui et craint d'agir de façon embarrassante ou humiliante ». L'anxiété et la détresse sont tellement intenses que le sujet choisit souvent pour être tranquille un comportement d'évitement face à ce genre de situations. Selon le modèle comportemental et cognitif de la phobie sociale (3, 7), nous savons que, derrière ces émotions négatives et ce comportement d'évitement, il existe une interprétation négative des situations sociales et un jugement négatif sur soi-même, etc. (19, 22, 23, 29, 30). Beaucoup d'études ont montré l'efficacité de la thérapie comportementale et cognitive dans ce trouble (10, 11, 13, 15, 25).

Pour évaluer l'anxiété et l'évitement de la phobie sociale, et son évolution après le traitement, plusieurs mesures psychologiques sont développées et fréquemment utilisées en clinique et en recherche. Le sous-score de phobie sociale, inclus dans le questionnaire des peurs [FQ, *Fear Questionnaire*, Marks & Mathews (20)], est une échelle d'auto-évaluation comprenant cinq situations sociales (ex. : « parler ou agir en public ») qui sont cotées de 0 à 8 selon l'évitement. Cette échelle est largement utilisée et considérée comme l'une des mesures standards pour la phobie sociale et l'anxiété sociale grâce à sa bonne validité empirique et discriminante et à sa sensibilité aux changements thérapeutiques chez les phobiques sociaux (9, 13, 26).

L'échelle d'évitement et de détresse sociale (*Social Avoidance and Distress*, SAD) et l'échelle de peur d'évaluation négative (*Fear of Negative Evaluation*, FNE), développées toutes les deux par Watson et Friend (27), sont des auto-questionnaires souvent utilisés en clinique et en recherche pour évaluer l'anxiété sociale. Mais ces deux échelles apparaissent manquer de validité discriminante (24) et de sensibilité aux changements de traitement (5). Plus tard, Mattick et Clarke (21) ont développé et étudié deux autres questionnaires pour la phobie sociale : l'échelle d'anxiété de l'interaction sociale (*Social Interaction Anxiety Scale*, SIAS), qui mesure l'anxiété dans les situations de l'interaction sociale, et l'échelle d'anxiété sociale (*Social Phobia Scale*, SPS), qui mesure l'anxiété dans les situations impliquant les observations des autres. Les études publiées (14, 21) ont montré que ces deux échelles différencient bien les sujets phobiques sociaux des autres groupes de troubles anxieux (ex. : l'agoraphobie et la phobie simple) ainsi que des sujets non cliniques. Ces deux échelles correspondent bien aux autres mesures de l'anxiété sociale et de l'évitement social.

Dans la recherche et la clinique, il existe également des hétéro-questionnaires pour avoir une évaluation plus objective. Par exemple, le test comportemental d'évitement (*Behavioural Avoidance Test*, BAT, Marks in 8) est souvent utilisé par les cliniciens pour tester le malaise et l'évitement des patients dans les quatre situations angoissantes, situations qui sont sociales mais aussi individuelles chez les pho-

biques sociaux. Il est surtout utilisé chez ces sujets pour évaluer l'évolution de la maladie après thérapie. Néanmoins, il est difficile de les comparer entre patients car les situations sont déterminées par le patient et le thérapeute selon les difficultés de chaque patient, ce qui ne les rend pas identiques.

L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (EASL) (16), traduite en français par Lépine (non publiée), est un questionnaire de 24 items, dont 12 sont des situations d'interaction sociale et 12 des situations de performance. L'anxiété et l'évitement du sujet dans chaque situation sont séparément évalués et cotés de 0 à 3 (pour l'anxiété : 0 = aucune ; 1 = légère ; 2 = moyenne ; 3 = sévère ; pour l'évitement : 0 = jamais ; 1 = occasionnel ; 2 = fréquent ; 3 = habituel). Il y a donc deux scores principaux qui s'étendent chacun de 0 à 72 pour l'anxiété (EASL-A) et pour l'évitement (EASL-E), deux sous-scores de l'anxiété dans les situations d'interaction sociale (0-36) et les situations de performance (0-36), et deux sous-scores de l'évitement dans ces deux situations (0-36, 0-36). Dans l'étude de Heimberg *et al.* (14), cette échelle est bien corrélée avec deux autres mesures de la phobie sociale (le SIAS et le SPS) chez les sujets phobiques sociaux. Cette échelle est largement utilisée dans les études de traitements pharmacologiques pour phobie sociale et l'on trouve des changements sur l'échelle après traitement [ex. : Liebowitz *et al.* (17, 18), 1988 ; 1992] ; Yao *et al.* (30) ont fait une étude préliminaire de la validation de cette échelle avec la version française. Les auteurs ont trouvé que l'échelle d'anxiété (EASL-A) et celle d'évitement (EASL-E) différencient bien les phobiques sociaux des sujets non cliniques. Dans le groupe des phobiques sociaux, les résultats sont mieux corrélés avec le sous-score de phobie sociale du FQ qu'avec les autres mesures d'anxiété et de dépression. Cette échelle est simple et facile à utiliser. Actuellement remplie par un évaluateur, elle pourrait, en clinique, être remplie par le sujet lui-même, mais il faut encore démontrer que les résultats sont similaires.

Nous présentons ici une étude de la validation empirique et concourante de cette échelle. Dans ce but, nous avons essayé de démontrer que l'EASL :

- différencie bien les sujets phobiques sociaux des sujets non cliniques, quelle que soit la méthode de passation utilisée ;
- est mieux corrélée aux mesures de phobie sociale qu'aux mesures d'autres formes d'anxiété et de dépression ;
- est sensible à la thérapie comportementale et cognitive.

METHODE

Sujets

Groupe de la phobie sociale

Quatre-vingt-seize patients atteints de phobie sociale selon le DSM IV (1) sont inclus dans l'étude. Ce sont des consultants pour phobie sociale dans trois centres de trai-

tement des troubles anxieux en France (Lyon, Marseille et Clermont-Ferrand) et un cabinet psychiatrique privé de Lyon. Selon le critère d'inclusion, ils ne présentent ni troubles psychotiques, ni troubles de l'humeur (trouble dépressif majeur, troubles bipolaires), ni troubles liés à une substance ou à l'alcool, ni maladies physiques sévères. Le diagnostic a été établi par des psychiatres riches d'expériences cliniques selon le critère du DSM IV pour la phobie sociale. Soixante-dix-neuf patients (82,3 %) présentent une phobie sociale de type généralisée. Quarante-deux patients sont masculins (43,8 %) et 54 sont féminins (56,2 %). Leur âge moyen est de 33,8 ans (SD = 10,44). Ils sont divisés en deux sous-groupes : le premier, les patients des trois centres publics (n = 63), passant l'EASL en hétéro-évaluation, et le second, les patients du privé (n = 33), passant l'EASL en auto-évaluation.

Groupe de contrôle

Soixante-quatre sujets non cliniques sont inclus dans l'étude. Ce sont des volontaires appartenant au person-

nel des hôpitaux, ou bien des étudiants en médecine. Il y a 19 hommes et 45 femmes dont l'âge moyen est de 32,73 ans (SD = 11,9). Ils sont aussi divisés en deux sous-groupes : le premier, les 36 premiers sujets, ayant l'EASL en auto-évaluation, et le deuxième, les 28 derniers sujets, ayant l'EASL en hétéro-évaluation. Ils sont comparables avec les patients pour l'âge [$F(3,153) = 1,13$, $p = 0,34$ et pour le sexe ($\chi^2 = 3,72$, $p = 0,29$) (tableau I).

Mesures

L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (16)

Comme on le note en haut, l'avantage de cette échelle est qu'elle mesure à la fois l'anxiété et l'évitement, et à la fois ces deux composants psychologiques dans les situations d'interaction sociale et les situations de performance. Nous avons passé ce questionnaire chez les patients de deux façons : une partie des patients sont évalués par les évaluateurs, et une autre partie sont évalués par eux-mêmes. Chez les sujets non cliniques, la passation de

TABLEAU I. — Validation de l'EASL : comparabilité des groupes et scores moyens et écart type.

	Groupe 1 n = 63 (Ph.S.-H)	Groupe 2 n = 33 (Ph.S.-A)	Groupe 3 n = 36 (contrôle-A)	Groupe 4 n = 28 (contrôle-H)	Statistiques χ^2 ou ANOVAs
Age moyen (ans)	33,6 (10,48)	34,18 (10,53)	30,64 (11,77)	35,43 (11,76)	NS ($p = 0,34$)
Sexe : Hommes	26	16	11	8	NS ($p = 0,29$)
Femmes	37	17	25	20	
EASL-A	41,89 (11,47)	45,06 (10,09)	20,0 (13,67)	16,86 (11,12)	$F(3,156) = 56,6^*$, ($G1 = G2$, $G3 = G4$, $G1 > G3$ & $G4$, $G2 > G3$ & $G4$)
EASL-E	35,7 (13,11)	35,97 (11,61)	16,0 (12,2)	13,29 (12,27)	$F(3,156) = 36,5^*$, ($G1 = G2$, $G3 = G4$, $G1 > G3$ & $G4$, $G2 > G3$ & $G4$)
EASL-AP	22,24 (6,14)	21,94 (5,92)	10,67 (6,22)	9,0 (5,65)	$F(3,156) = 52,73^*$
EASL-AS	19,65 (6,51)	23,12 (5,51)	9,33 (7,99)	7,86 (6,35)	$F(3,156) = 44,84^*$
EASL-EP	18,27 (7,48)	17,09 (6,89)	7,78 (6,28)	6,96 (6,51)	$F(3,156) = 29,26^*$
EASL-ES	17,43 (6,97)	18,88 (6,22)	8,22 (6,39)	6,32 (6,49)	$F(3,156) = 33,34^*$, ($G1 = G2$, $G3 = G4$, $G1 > G3$ & $G4$, $G2 > G3$ & $G4$)
FQ-SOC	23,95 (8,48)	22,71 (5,75)	7,56 (6,27)	—	$F(2,120) = 59,93^*$, ($G1 = G2$, $G1$ & $G2 > G3$)
BDI-13	11,79 (6,23)	11,91 (4,82)	3,81 (5,0)	—	$F(2,109) = 25,2^*$, ($G1 = G2$, $G1$ & $G2 > G3$)

* $p < 0,0001$

EASL-A : l'anxiété de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz ; EASL-E : l'évitement de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz ; EASL-AP : le sous-score d'anxiété de l'EASL dans les situations de performance ; EASL-AS : le sous-score d'anxiété de l'EASL dans les situations d'interaction sociale ; EASL-EP : le sous-score d'évitement de l'EASL dans les situations de performance ; EASL-ES : le sous-score d'évitement de l'EASL dans les situations d'interaction sociale ; FQ-SOC : le sous-score de phobie sociale du questionnaire des peurs ; BDI-13 : le questionnaire de dépression de Beck - 13 items ; Ph.S.-H (G1) : groupe de phobie sociale ayant l'EASL en tant qu'hétéro-questionnaire ; Ph.S.-A (G2) : groupe de phobie sociale ayant l'EASL en tant qu'auto-questionnaire ; Contrôle-A (G3) : groupe de contrôle ayant l'EASL en tant qu'hétéro-questionnaire ; Contrôle-H (G4) : groupe de contrôle ayant l'EASL en tant qu'auto-questionnaire.

l'échelle a été établie de la même façon : une partie par une évaluatrice et une autre partie par les sujets eux-mêmes, afin de comparer précisément les deux groupes avec ces deux méthodes.

Le questionnaire de peurs de Marks (20)

C'est une échelle qui vise à évaluer les phobies, l'anxiété généralisée et les troubles de l'humeur qui y sont associés. Il comprend un sous-score de cinq items mesurant la phobie sociale, qui est très souvent utilisé dans la clinique et la recherche de la phobie sociale. Nous le prenons dans l'étude comme une mesure de la phobie sociale. Tous les patients et les sujets non cliniques ayant passé l'EASL en auto-évaluation ont rempli ce questionnaire.

Le test d'auto-évaluation des pensées en interaction sociale (4, 6, 12, 29)

Il est destiné à évaluer la fréquence des pensées positives et des pensées négatives dans les situations sociales, donc une mesure sur le composant cognitif de la phobie sociale. Les études (28, 29) ont montré que les deux sous-échelles, pensées positives et pensées négatives, différencient bien les phobiques sociaux des sujets non cliniques. Les malades de la phobie sociale ont des pensées négatives beaucoup plus fréquentes et des pensées positives beaucoup moins fréquentes que les sujets non cliniques. Les deux sous-échelles sont corrélées avec l'anxiété, la dépression et le comportement d'évitement, mais seul le sous-score des pensées négatives est mieux corrélé avec le sous-score de la phobie sociale du questionnaire de peurs qu'avec les autres mesures. Le TAPIS apparaît sensible au changement de la thérapie comportementale et cognitive dans les phobies sociales (11, 13, 25). Mais il est montré que seul le sous-score des pensées négatives est significativement sensible au changement du traitement chez les patients atteints de phobie sociale (29). Il est utilisé dans notre étude pour le groupe des patients.

Le questionnaire de dépression de Beck – 13 items [BDI-13 (2, 8)]

C'est une auto-évaluation de la dépression utilisée souvent dans la recherche et la clinique comme une mesure de standard. Nous l'employons ici chez les patients et chez les sujets normaux d'auto-évaluation pour évaluer les symptômes dépressifs éventuellement associés et voir son lien avec l'EASL.

Procédure

Parmi 96 phobiques sociaux et 64 sujets non cliniques, 63 patients et 28 contrôles ont eu l'EASL en tant qu'hétéro-

questionnaire, et 33 patients et 36 contrôles ont eu l'EASL en tant qu'auto-questionnaire. Soixante-quinze patients ont rempli toutes les mesures. Chez les sujets non cliniques, 36 ayant l'EASL en tant qu'auto-questionnaire ont rempli en même temps le FQ et le BDI-13, et 28 individus ont passé seulement l'EASL en tant qu'hétéro-questionnaire sans remplir d'autres mesures.

Après cette évaluation, 55 patients ayant l'EASL en tant qu'hétéro-questionnaire ont participé à un protocole de la thérapie comportementale et cognitive (10). Ils ont été randomisés en deux groupes : le groupe 1 ($n = 27$) a reçu la thérapie cognitive et comportementale (TCC) pendant 12 semaines et le groupe 2 ($n = 28$) n'a reçu durant le même temps que la thérapie de soutien (contrôle). Pendant la période de traitement, tous les médicaments psychotropes n'ont pas été autorisés pour les patients participant au protocole.

La thérapie cognitive et comportementale consiste en huit séances individuelles (une heure chacune) de thérapie cognitive en six semaines, suivies par six séances (deux heures chacune) de thérapie comportementale : thérapie de groupe. La thérapie cognitive a pour but principal de modifier les pensées automatiques et les croyances négatives, alors que la thérapie de groupe a essentiellement travaillé sur l'affirmation de soi. Tous les thérapeutes ont le diplôme universitaire de thérapie cognitivo-comportementale. En revanche, la thérapie de soutien comprend six séances de 20 minutes, en raison d'une fois tous les 15 jours pendant 12 semaines. Les thérapeutes destinés à la thérapie de soutien ne doivent utiliser que les principes de la thérapie de soutien mais aucune technique de TCC.

Ces 55 patients ayant terminé les thérapies ont reçu l'EASL en tant qu'hétéro-questionnaire à la fin des 12 semaines de traitement. Le but est de savoir si l'EASL est sensible ou non à la thérapie cognitive et comportementale.

RESULTATS

Validité empirique (comparaison entre les malades et les normaux)

Le tableau I montre les différences entre les malades et les sujets non cliniques sur l'anxiété sociale et la dépression.

L'utilisation de l'ANOVA à un facteur, suivie d'un test *a posteriori* (le PLSD de Fisher), montre qu'entre les deux sous-groupes de patients ayant l'EASL d'une part en tant qu'hétéro-questionnaire (groupe 1, Ph. S.-H) et d'autre part en tant qu'auto-questionnaire (groupe 2, Ph. S.-A), il n'existe pas de différence significative pour l'EASL-A ($p = 0,21$), pour l'EASL-E ($p = 0,92$), pour le FQ-SOC ($p = 0,49$) et pour le BDI-13 ($p = 0,93$). Entre les deux sous-groupes de contrôle, il n'existe pas non plus de différence significative pour l'EASL-A ($p = 0,29$) et pour l'EASL-E ($p = 0,39$). Par contre, entre le sous-groupe de patients et le sous-groupe contrôle ayant tous deux l'EASL

en tant qu'auto-questionnaire (groupe 2, Ph. S.-A vs groupe 3, contrôle-A), il existe des différences significatives sur l'EASL-A ($p < 0,0001$), l'EASL-E ($p < 0,0001$), le FQ-SOC (score moyen : groupe 2/groupe 3 = 22,71/7,56, $p < 0,0001$) et sur le BDI-13 (score moyen : groupe 2/groupe 3 = 11,91/3,91, $p < 0,0001$). Entre le sous-groupe de patients et le sous-groupe de contrôle ayant tous deux l'EASL en tant qu'hétéro-questionnaire (groupe 1, Ph. S.-H vs groupe 4, contrôle-H), il existe également des différences significatives sur l'EASL-A ($p < 0,0001$) et sur l'EASL-E ($p < 0,0001$) (cf. *tableau I*).

L'ANOVA avec mesures répétées (groupe \times EASL-A + -E), où l'anxiété (A) et l'évitement (E) sont des mesures répétées chez les mêmes sujets, montre qu'il existe un effet groupe [$F(3,156) = 49,64$, $p < 0,0001$] et un effet EASL-A + -E [$F(1,156) = 112,58$, $p < 0,0001$]. Le test *a posteriori* (PLSD de Fisher) indique que pour l'EASL-A + -E, les sujets phobiques sociaux ont des scores beaucoup plus élevés que les sujets normaux, et cela tant pour la méthode d'auto-évaluation (40,5 vs 18,0, $p < 0,0001$) que pour celle d'hétéro-évaluation (38,8 vs 15,1, $p < 0,0001$). Par contre, toujours pour l'EASL-A + -E, il n'y a pas de différence significative entre les deux sous-groupes de malades (38,8 vs 40,5, $p = 0,49$) et entre les deux sous-groupes de contrôle (15,1 vs 18,0, $p = 0,32$). Il n'y a pas non plus de différence entre les sexes pour l'anxiété [M/F : 34,7 vs 32,3, $F(1,158) = 0,83$, $p = 0,36$] et pour l'évitement [M/F : 27,7 vs 27,2, $F(1,158) = 0,03$, $p = 0,86$].

Afin d'étudier d'éventuelles différences entre les groupes au niveau des sous-scores d'anxiété et d'évitement, nous avons utilisé l'ANOVA avec mesures répétées (groupe \times EASL-AP et -AS et groupe \times EASL-EP et -ES). Les résultats sont similaires à ceux observés pour les scores totaux. Les sous-scores d'anxiété dans les situations de performance (EASL-AP) et d'interaction sociale (EASL-AS), les sous-scores d'évitement dans ces deux situations (EASL-EP, EASL-ES) sont tous significative-

ment plus élevés chez les deux sous-groupes de patients comparativement aux deux groupes contrôle et cela tant pour la méthode d'auto-évaluation (EASL-AP et -AS patients/contrôle : 22,5 vs 10,0, $F = 56,56$, $p < 0,0001$; EASL-EP et -ES patients/contrôle : 18,0 vs 8,0, $F = 36,5$, $p < 0,0001$) que pour celle d'hétéro-évaluation (EASL-AP et -AS : 20,9 vs 8,4, $p < 0,0001$; EASL-EP et -ES : 17,9 vs 6,6, $p < 0,0001$). De même que précédemment, il n'y a pas pour ces sous-scores de différence significative entre les deux sous-groupes de patients (EASL-AP et -AS : $p = 0,21$; EASL-EP et -ES : $p = 0,92$) et entre les deux sous-groupes contrôle (EASL-AP et -AS : $p = 0,29$; EASL-EP et -ES : $p = 0,39$).

Validité concourante

Nous avons utilisé le coefficient de corrélation de Pearson (r) pour étudier la validité concourante de l'EASL chez les patients. Comme on peut le voir dans le *tableau II*, l'anxiété de l'EASL (EASL-A) et l'évitement de l'EASL (EASL-E) sont tous les deux corrélés significativement avec le sous-score de phobie sociale du FQ (FQ-SOC) et le sous-score de pensée négative du TAPIS (TAPIS-N). Ils le sont, dans une faible mesure si l'on considère la valeur du coefficient de détermination (r^2), avec le sous-score de l'anxiété-dépression du FQ (FQ-Anx-Dep), le sous-score de gêne du FQ (FQ-gêne) et ils ne sont pas corrélés avec la dépression (BDI-13), ni avec le sous-score de pensée positive du TAPIS (TAPIS-P).

Dans le *tableau II*, qui ne concerne que les patients, l'EASL-A et l'EASL-E sont bien corrélées entre elles. Les résultats des corrélations des sous-scores sont aussi similaires à ceux des scores totaux. En particulier, les quatre sous-scores : l'anxiété dans la situation d'interaction sociale (EASL-AS), l'anxiété dans la situation de performance (EASL-AP) et l'évitement dans ces deux situations

TABLEAU II. — Validation de l'EASL : corrélations de l'EASL avec les autres mesures de l'anxiété sociale et de la dépression chez les phobiques sociaux ($n = 75$) (r de Pearson).

	EASL-A	EASL-E	EASL-AS	EASL-AP	EASL-ES	EASL-EP
EASL-A	/	0.80*				
EASL-E	0.80*	/				
FQ-SOC	0.67*	0.67*	0.47*	0.71*	0.48*	0.69*
FQ-Anx-Dep	0.33	0.27	0.16	0.41**	0.07	0.39**
FQ-Gêne	0.30	0.24	0.25	0.28	0.12	0.30
TAPIS-P	-0.22	-0.19	-0.27	-0.12	-0.24	-0.10
TAPIS-N	0.58*	0.49*	0.54*	0.48*	0.44*	0.42**
BDI-13	0.20	0.21	0.16	0.18	0.16	0.22

* $p < 0,0001$; ** $p < 0,001$.

EASL-A : l'anxiété de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz ; EASL-E : l'évitement de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz ; EASL-AP : le sous-score d'anxiété de l'EASL dans les situations de performance ; EASL-AS : le sous-score d'anxiété de l'EASL dans les situations d'interaction sociale ; EASL-EP : le sous-score d'évitement de l'EASL dans les situations de performance ; EASL-ES : le sous-score d'évitement de l'EASL dans les situations d'interaction sociale ; FQ-SOC : le sous-score de phobie sociale du questionnaire des peurs ; FQ-Anx-Dep : le sous-score de l'anxiété-dépression du FQ ; FQ-gêne : le sous-score de gêne du FQ ; TAPIS-N : le sous-score de pensée négative du test d'auto-évaluation des pensées en interaction sociale ; TAPIS-P : le sous-score de pensée positive du TAPIS ; BDI-13 : le questionnaire de dépression de Beck - 13 items.

(EASL-ES et EASL-EP) sont corrélés avec le FQ-SOC et le TAPIS-N, mais pas avec le BDI-13.

Afin de savoir s'il existe ou non parmi les variables du *tableau II* un (ou plusieurs) facteur(s) prédictif(s) de l'EASL-A et/ou de l'EASL-E chez les patients, nous avons utilisé la régression multiple. Les résultats, qui confirment ceux obtenus précédemment, montrent que le FQ-SOC et le TAPIS-N sont tous deux des prédicteurs pour l'EASL-A ($F = 22,64$, $p < 0,001$) ainsi que pour l'EASL-E ($F = 17,8$, $p < 0,0001$).

Sensibilité à la thérapie comportementale et cognitive

Nous avons comparé les scores de l'EASL-A et de l'EASL-E dans les deux groupes avant (semaine 0) et après (semaine 12) les différents traitements. L'ANOVA (groupe x semaines) avec test *a posteriori* montre (*tableau III*) qu'à 12 semaines le groupe avec TCC présente une diminution significative des scores de l'EASL-A et des scores de l'EASL-E, alors que ces différences ne sont pas significatives dans le groupe sans TCC.

DISCUSSION

Notre étude a montré que la version française de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (EASL) a une bonne validation empirique et concourante. Le score d'anxiété et le score d'évitement de cette échelle distinguent significativement les phobiques sociaux des sujets non cliniques, quelle que soit la méthode de passation (hétéro-évaluation ou auto-évaluation). Les quatre sous-scores de cette échelle : l'anxiété dans les situations de performance et celle dans les situations d'interaction sociale et l'évitement dans ces deux types de situations, sont aussi significativement plus élevés chez les phobiques sociaux que chez les sujets non cliniques.

Il est intéressant de noter qu'entre la méthode d'hétéro-évaluation et la méthode d'auto-évaluation, il n'existe pas ici de différence significative tant pour l'anxiété que pour

l'évitement de l'EASL, et cela aussi bien dans les deux sous-groupes de patients que dans les deux sous-groupes contrôles. Les résultats d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation apparaissent ainsi comme étant similaires. Cette échelle pourrait aussi être remplie par le sujet lui-même, ce qui simplifierait son emploi et élargirait son utilité pour la clinique et la recherche.

L'analyse des résultats des corrélations et de la régression multiple a confirmé que, chez les patients, l'anxiété et l'évitement de l'EASL sont tous les deux corrélés significativement avec les mesures de phobie sociale (FQ-SOC) et de pensées négatives dans les situations sociales (TAPIS-négative). Il n'existe pas de corrélations significatives de l'anxiété et de l'évitement avec la dépression (BDI-13) chez les phobiques sociaux. Le sous-score de phobie sociale du FQ est un prédicteur pour l'anxiété et l'évitement de l'EASL chez les phobiques sociaux. Ainsi pourrions-nous supposer que l'EASL mesure plus spécifiquement le phénomène de l'anxiété et de l'évitement dans les situations sociales. Le fait que le sous-score de pensée négative du TAPIS, mesurant la cognition négative dans les situations sociales, est, lui aussi, un prédicteur indépendant pour l'anxiété et l'évitement de l'EASL, pourrait confirmer que l'émotion anxieuse et le comportement d'évitement dans les situations sociales sont très liés aux cognitions négatives associées aux situations sociales. Ce résultat conforte ainsi le modèle cognitif de la phobie sociale (3, 7). L'effet des cognitions négatives n'est pas à négliger dans l'apparition de l'anxiété sociale et de l'évitement des situations sociales.

Le résultat de la thérapie comportementale et cognitive a montré que l'EASL est sensible aux changements lors du traitement. Les sujets phobiques sociaux ayant la thérapie comportementale et cognitive ont une amélioration significative sur l'anxiété sociale (EASL-A) et l'évitement (EASL-E) par rapport à ceux qui n'ont pas de thérapie comportementale et cognitive mais de la thérapie de soutien. Cela suggère que l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz pourrait non seulement être utilisée dans les études de traitements pharmacologiques (17, 18), mais aussi dans la thérapie comportementale et cognitive comme une mesure de l'intensité des symptômes de la phobie sociale.

TABLEAU III. — Validation de l'EASL : sensibilité de l'EASL après les traitements entre les deux groupes avec ou sans thérapie comportementale et cognitive (TCC).

	Groupe 1 avec TCC (n = 27)		Groupe 2 sans TCC (n = 28)		ANOVAs
	Semaine 0	Semaine 12	Semaine 0	Semaine 12	
EASL-A	m : 37,97 (SD : 11,83)	m : 30,48 (SD : 14,9)	m : 45,69 (SD : 9,86)	m : 42,25 (SD : 11,96)	Effet groupe : $p < 0,0001$; Effet semaine : $p = 0,016$; Interaction : NS
EASL-E	m : 31,77 (SD : 13,8)	m : 21,56 (SD : 15,25)	m : 39,5 (SD : 11,36)	m : 36,68 (SD : 12,67)	Effet groupe : $p < 0,0001$; Effet semaine : $p = 0,009$; Interaction : NS

EASL-A : l'anxiété de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz ; EASL-E : l'évitement de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

CONCLUSION

La version française de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz a montré une bonne validité empirique et concourante. Cette échelle différencie bien les phobiques sociaux des sujets non cliniques, quelle que soit la méthode de passation (hétéro-évaluation ou auto-évaluation). Les scores d'anxiété et d'évitement de l'EASL sont tous deux mieux corrélés avec l'anxiété sociale et les cognitions négatives en situation sociale qu'avec l'anxiété-dépression et la gêne due à la phobie chez les phobiques sociaux. Notre étude a également montré la sensibilité de cette échelle aux changements après la thérapie comportementale et cognitive chez les phobiques sociaux.

Remerciements. Cette étude a été soutenue par l'aide financière du ministère de la Santé PHRC, 1994, N° 94.020, Hospices Civils de Lyon.

Références

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders, 4rd edition, (DSM 4). APA, Washington, DC, 1994. Traduction française : Equipe de traduction. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson, 1996.
2. BECK AT, BEAMESDERFER A. Assessment of depression : The depression inventory. Psychological Measurements in psychopharmacology. Modern Problems. In : P. Pichot, ed. Pharmacopsychiatry. Paris : Karger, Basel, 1974 ; 7 : 151-9.
3. BECK AT, EMERY G, GREENBERG RL. Anxiety disorders and phobias : A cognitive perspective. New York : Basic Books, 1985.
4. BEIDEL DC, TURNER SM, DANCU CV. Physiological, cognitive, and behavioral aspects of social anxiety. Behav Res Ther 1985 ; 23 : 109-17.
5. BEIDEL DC, TURNER SM, COOLEY MR. Assessing reliable and clinically significant change in social phobia : Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. Behav Res Ther 1993 ; 31 : 331-7.
6. BOUVARD M, COTTRAUX J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. Paris : Masson, 1996.
7. CLARK DM, WELLS A. A cognitive model of social phobia. In : RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier, eds. Social Phobia : Diagnosis, Assessment and treatment. New York : The Guildford Press, 1995.
8. COTTRAUX J, BOUVARD M, LEGERON P. Méthodes et échelles d'évaluation des comportements. Issy-les-Moulineaux : Editions d'Applications Psychotechniques, 1985.
9. COTTRAUX J, BOUVARD M, MESSY P. Validation et analyse factorielle d'une échelle de phobies : la version française du questionnaire des peurs de Marks et Mathews. Encephale 1987 ; 13 : 23-9.
10. COTTRAUX J, NOTE L, ALBUISSON E *et al.* Cognitive behavior therapy *versus* supportive therapy in social phobia : a controlled study. San Diego : American Psychiatric Association, May 22, 1997.
11. GELERNTER CS, UHDE TW, CIMBOLIC P *et al.* Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia : a controlled study. Arch Gen Psychiatry 1991 ; 48 : 938-45.
12. GLASS CR, MERLUZZI TV, BIEVER JL *et al.* Cognitive assessment of social anxiety : Development and validation of a self-statement questionnaire. Cogn Ther Res 1982 ; 6 : 37-55.
13. HEIMBERG RG, DODGE CS, HOPE DA *et al.* Cognitive behavioral group treatment of social phobia : comparison to a credible placebo control. Cogn Ther Res 1990 ; 14 : 1-23.
14. HEIMBERG RG, MUELLER GP, HOLT CS *et al.* Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others : The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. Behav Ther 1992 ; 23 : 53-73.
15. HEIMBERG RG, JUSTER HR. Cognitive behavioral treatments : Literature Review, in Social Phobia : Diagnosis, Assessment and Treatments. New York : Guildford, 1995.
16. LIEBOWITZ MR. Social phobia. Mod Probl Pharmacopsychiatry 1987 ; 22 : 141-73.
17. LIEBOWITZ MR, GORMAN JM, FYER AJ *et al.* Pharmacotherapy of social phobia : A placebo controlled comparison of phenelzine and atenolol. J Clin Psychiatry 1988 ; 49 : 252-7.
18. LIEBOWITZ MR, SCHNEIER F, CAMPEAS R *et al.* Phenelzine vs atenolol in social phobia. Arch Gen Psychiatry 1992 ; 49 : 290-300.
19. LUCOCK MP, SALKOVSKIS PM. Cognitive factors in social anxiety and its treatment. Behav Res Ther 1988 ; 4 : 297-302.
20. MARKS IM, MATHEWS AM. Brief standard rating for phobic patients. Behav Res Ther 1979 ; 17 : 263-7.
21. MATTICK RP, CLARKE JC. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. Behav Res Ther 1998 ; 36 : 455-70.
22. STOPA L, CLARK DM. Cognitive processes in social phobia. Behav Res Ther 1993 ; 31 : 255-67.
23. TURNER SM, BEIDEL DC, LARKIN KT. Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples : physiological and cognitive correlates. J Consult Clin Psychol 1986 ; 54 : 523-7.
24. TURNER SM, MCCANNA M, BEIDEL DC. Validity of the Social Avoidance and Distress and Fear of Negative Evaluation Scales. Behav Res Ther 1987 ; 25 : 113-5.
25. TURNER SM, BEIDEL DC, JACOB RG. Social phobia : a comparison of behavior therapy and atenolol. J Consult Clin Psychol 1994 ; 62 : 350-8.
26. VAN ZUUREN F. The Fear Questionnaire. Some data on validity, reliability and layout. Br J Psychiatry 1988 ; 153 : 659-62.
27. WATSON D, FRIEND R. Measurement of social-evaluative anxiety. J Consult Psychol 1969 ; 33 : 448-57.
28. YAO SN, COTTRAUX J, BOUVARD M. Validation study of the French version of the social interaction self-statement test, Poster presented at the 6^e World Congress of cognitive behavioural therapy, Denmark : Copenhagen, July 1995.
29. YAO SN, COTTRAUX J, MOLLARD E *et al.* The French version of the Social Interaction Self-Statement Test (SISST) : a Validation and Sensitivity Study in Social Phobics. Journal Behavioural and Cognitive Psychotherapy 1998 ; 26 : 247-59.
30. YAO SN, NOTE I, BOUVARD M *et al.* Etude de la Validation de l'Echelle d'Anxiété Sociale de Liebowitz (EASL) : Version Française, Poster présenté au Congrès des 4^e Journées Scientifiques : « De la Recherche à la Formation Continue du Clinicien ». Belgique : Liège, 7-9 mai 1998.