

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master

Option : Psychologie clinique

Thème

**Le sentiment de solitude chez l'adolescent
souffrant d'une phobie sociale.
Etude clinique de six cas âgés de 12 ans à 18 ans.**

Réalisé par :

M^{elle} : MAAFA Aicha

Encadré par :

M^r : AMRANE Lakhdar

Année universitaire : 2012-2013

Remerciements

*Je veux adresser mon profond remerciement à mon promoteur
Mr AMRANE Lakhdar, pour ses encouragements, ses conseils,
sa disponibilité, sa simplicité et pour la qualité de son encadrement.*

*Je tiens à remercier l'ensemble du personnel de l'unité de dépistage et de
suivi d'El-Kseur, d'avoir accepté de m'orienter durant toute la période
du mon stage.*

*J'exprime également mes sincères remerciements à l'ensemble des
membres du jury d'avoir accepté d'examiner et d'évaluer ce travail.*

*En fin je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin
à la réalisation de ce modeste travail.*

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

*Mes très chères parents, que Dieu les protège, en témoignage de
ma profonde affection.*

*Mon chère frère Fatah, sa femme Naima
et leur petit adorable enfant Younes.*

*Mes chères sœurs Warda, Hassiba, Samia et Zina.
Mes chères cousines Hakima, Fatima et Hania.*

*Toutes mes amies et mes collègues de la promotion Master 2
psychologie clinique de l'année 2012/2013.*

La table des matières :

La liste des tableaux.

Introduction.....2

Le cadre général de la problématique.....5

1. L'objectif de la recherche.....5
2. Choix du thème.....5
3. La problématique.....6
4. Les hypothèses.....11
5. La définition et l'opérationnalisation des concepts.....11

La partie théorique :

Chapitre I : La phobie sociale.

Préambule.

1. Un aperçu historique sur la phobie sociale.....16
2. La définition de la phobie sociale.....18
3. Les critères diagnostiques de la phobie sociale.....20
 - 3.1. Les critères diagnostiques de la phobie sociale de DSM IV.....20
 - 3.2. Les critères diagnostiques de la phobie sociale de la C.I.M.10.....21
4. Les modèles théoriques de la phobie sociale.....22
 - 4.1. Le modèle conditionnel.....22
 - 4.2. Le modèle cognitif.....23
 - 4.3. Le modèle de représentation de soi.....24
 - 4.4. Le modèle psychobiologique.....24
5. Les formes frontières de la phobie sociale.....25
 - 5.1. La timidité.....25

5.2.	Le trac.....	26
5.3.	La personnalité évitante.....	27
5.4.	L'anxiété de performance.....	27
6.	Le traitement de la phobie sociale.....	28
6.1.	Le traitement pharmacologique.....	28
6.1.1.	Les bêtabloquants.....	28
6.1.2.	Les anxiolytiques.....	28
6.1.3.	Les antidépresseurs.....	29
6.2.	Le traitement cognitivo-comportemental.....	29

Synthèse.

Chapitre II : L'adolescence.

Préambule.

1.	La définition et l'historique.....	32
2.	Adolescence et cultures.....	34
3.	La puberté et la croissance physique de l'adolescent.....	35
4.	Le développement cognitif de l'adolescent.....	36
5.	Le développement psychoaffectif de l'adolescent.....	38
6.	Les relations chez l'adolescent.....	39
6.1.	Les relations familiales.....	39
6.2.	Les relations amicales.....	40
7.	La phobie sociale chez l'adolescent.....	41

Synthèse.

Chapitre III : Le sentiment de solitude.

Préambule.

1.	La définition de la solitude.....	44
2.	Les caractéristiques de la solitude.....	45

3. Les différentes formes de la solitude.....	46
3.1. La solitude émotionnelle.....	46
3.2. La solitude sociale.....	47
3.3. La solitude existentielle.....	47
3.4. La solitude de représentation.....	48
4. Les facteurs déclenchants du sentiment de solitude.....	48
5. Le modèle cognitif et comportemental du sentiment de solitude.....	49
6. D'autres modèles expliquant le sentiment de solitude.....	51
6.1. Le modèle sociologique.....	51
6.2. Le modèle existentiel.....	51
6.3. Le modèle psychanalytique.....	51
7. La solitude chez l'adolescent.....	52

Synthèse.

La partie pratique :

Chapitre IV : La méthodologie de la recherche.

Préambule.

1. La présentation du lieu de la recherche.....	56
1.1. Le cadre physique.....	56
2.2. L'équipe professionnelle.....	56
2. La démarche de la recherche.....	57
2.1. La méthode utilisée.....	57
3. Les techniques et les outils de la recherche.....	58
3.1. L'entretien clinique de la recherche.....	58
3.1.1. L'entretien semi-directif.....	58

3.1.2.	Le guide d'entretien.....	59
3.2.	Les échelles cliniques.....	59
3.2.1.	L'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee.....	60
3.2.2.	L'échelle de la solitude de Jong-Gierveld.....	61
4.	La population de la recherche et ses caractéristiques.....	62
4.1.	Les critères de la sélection de la population.....	62
4.2.	Les caractéristiques de la population.....	62
5.	Le déroulement de la recherche.....	63
5.1.	La pré-enquête	
5.2.	Le déroulement de l'entretien.....	63
5.3.	La passation des échelles.	64

Synthèse.

Chapitre V : La présentation, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses.

Préambule.

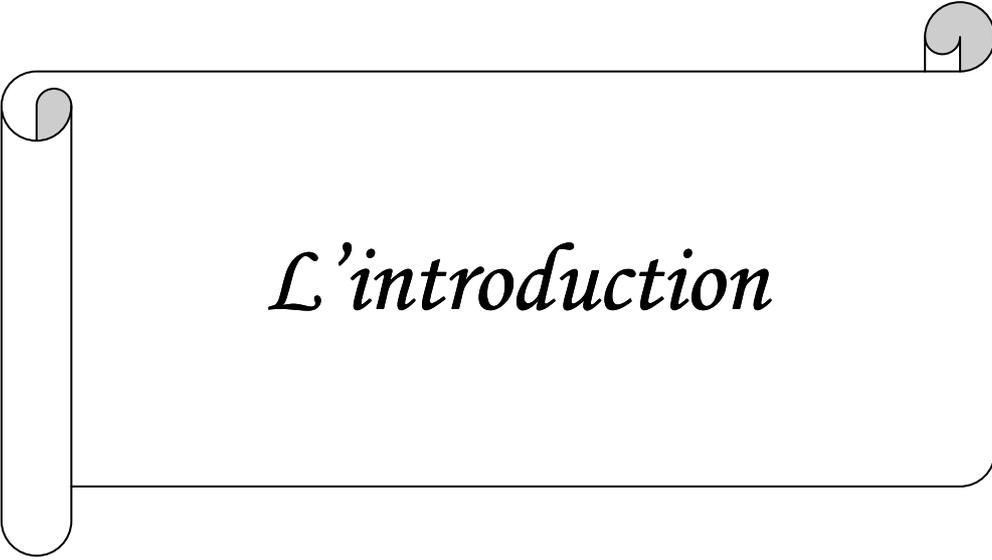
1.	La présentation des cas et l'analyse des résultats.....	66
1.1.	La présentation du cas « A ».....	66
1.1.1.	L'analyse de l'entretien.....	66
1.1.2.	L'analyse des résultats des échelles.....	68
	Synthèse du cas « A ».....	71
1.2.	La présentation du cas « B ».....	72
1.2.1.	L'analyse de l'entretien.....	72
1.2.2.	L'analyse des résultats des échelles.....	74
	Synthèse du cas « B ».....	77

1.3.	La présentation du cas « C ».....	78
1.3.1.	L'analyse de l'entretien.....	78
1.3.2.	L'analyse des résultats des échelles.....	80
	Synthèse du cas « C ».....	83
1.4.	La présentation du cas « D ».....	84
1.4.1.	L'analyse de l'entretien.....	84
1.4.2.	L'analyse des résultats des échelles.....	86
	Synthèse du cas « D ».....	89
1.5.	La présentation du cas « E ».....	90
1.5.1.	L'analyse de l'entretien.....	90
1.5.2.	L'analyse des résultats des échelles.....	92
	Synthèse du cas « E ».....	95
1.6.	La présentation du cas « F ».....	96
1.6.1.	L'analyse de l'entretien.....	96
1.6.2.	L'analyse des résultats des échelles.....	98
	Synthèse du cas « F ».....	101
2.	L'analyse générale des cas.....	102
3.	La discussion des hypothèses.....	107
	Synthèse.	
	La conclusion générale.....	110
	La liste bibliographique.	
	Les annexes.	

La liste des tableaux :

N° du tableau	Le titre du tableau	La page
N° 01	Extrait de « Historique du concept de phobie sociale ».	17
N° 02	Les caractéristiques de la population de recherche.	62
N° 03	La présentation des résultats de l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee pour le cas « A ».	68
N° 04	La présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld pour le cas « A ».	70
N° 05	La présentation des résultats de l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee pour le cas « B ».	74
N° 06	La présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld pour le cas « B ».	76
N° 07	La présentation de l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee pour le cas « C ».	80
N° 08	La présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld pour le cas « C ».	82
N° 09	La présentation de l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee pour le cas « D ».	86
N° 10	La présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld pour le cas « D ».	88
N° 11	La présentation des résultats de l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee pour le cas « E ».	92
N° 12	La présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld pour le cas « E ».	94
N° 13	La présentation des résultats de l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee pour le cas « F ».	98
N° 14	La présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld pour le cas « F ».	100

N° 15	La présentation des scores de la phobie sociale pour notre population de recherche.	102
N° 16	La présentation des scores de sentiment de solitude pour notre population de recherche.	104
N° 17	La présentation des scores de solitude émotionnelle pour notre population de recherche.	105
N° 18	La présentation des scores de solitude sociale pour notre population de recherche.	105



L' introduction

L'introduction :

L'adolescence est une période de solitude. Les adolescents semblent en effet souffrir d'un sentiment de solitude plus intense. Cette situation est inséparable du mouvement social qui a influencé profondément sur la vie des adultes d'aujourd'hui.

Autrefois réservé aux adultes, le sentiment de solitude touche de plus en plus les adolescents. Il y a encore quelques dizaines d'années, les enfants et les adolescents étaient mal protégés du sentiment de solitude, tant ils étaient entourés, protégés et encadrés étroitement par les adultes.

Mais, progressivement, notre société a demandé aux adolescents, de faire preuve d'une autonomie de plus en plus grande. Cette évolution culturelle présente de nombreux aspects positifs pour l'épanouissement des adolescents : ils jouissent d'une plus grande liberté, ils ont la possibilité de faire des choix, leur avis est régulièrement consulté par les adultes... Mais cette autonomie précoce peut également fragiliser et angoisser les adolescents les plus vulnérables, qui souffrent alors de solitude et se sentent désarmés face aux épreuves qu'ils ont à affronter.

Le sentiment de solitude n'est pas un problème en soi, mais il est lié à d'autres problèmes comme des troubles de la personnalité, des troubles psychologiques et même des déviances criminelles. Il provoque une rupture dans l'image de soi et la perte de confiance en soi. Le sentiment d'être rejeté, exclus et ignoré par les autres mène à des émotions négatives telles que l'anxiété, la timidité et la dépression.

Notre recherche est donc menée à étudier le sentiment de solitude chez les adolescents souffrants d'une phobie sociale.

Pour trouver des réponses à nos questions, et vérifier nos hypothèses nous avons adopté une méthode descriptive à travers l'étude de cas, dans le but d'évaluer le sentiment de solitude à savoir son degré et son type chez les adolescents souffrants d'une phobie sociale.

La recherche a été faite sur un groupe de six adolescents de deux sexes, âgés de 12 ans à 18 ans et qui souffrent d'une phobie sociale, on a également pris soin de constituer le groupe avec adolescents en milieu scolaire. Nous avons donc choisi deux techniques de recherche qui sont les échelles cliniques ; l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee adapté à la population arabe qui nous a aidé à sélectionner notre population de recherche et l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, pour évaluer le sentiment de solitude chez cette dernière. Le deuxième outil de recherche est l'entretien qui a pour but d'obtenir plus d'information possible sur notre population de recherche.

Notre travail se devise en deux grandes parties, une partie théorique qui commence par la présentation du cadre général de la problématique, qui est constitué de la problématique, des hypothèses de la recherche et de l'opérationnalisation des concepts clés de la recherche. On va présenter en suite les trois chapitres, le premier est consacré à la phobie sociale, le deuxième à l'adolescence et le troisième au sentiment de solitude.

En fin la partie pratique qui est constituée de deux chapitres, l'un pour la méthodologie de la recherche, et l'autre pour la présentation, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses de la recherche.

*Le cadre général de la
problématique*

1. L'objectif de la recherche :

Le premier objectif de notre recherche, est d'étudier le sentiment de solitude chez les adolescents souffrants d'une phobie sociale, et de voir quel est le type de solitude éprouvée par ces adolescents.

2. Choix du thème :

C'est après nos observations sur le terrain, et les lectures faites sur le sujet des adolescents souffrants d'une phobie sociale, qu'on a mené notre sujet de recherche, surtout après avoir remarqué la fréquence de ce trouble dans notre société et la souffrance des adolescents qui le présentent, non seulement dans leur vie sociale, mais aussi au sein de leur famille.

3. La problématique :

L'adolescence est la période la plus sensible dans le développement de l'individu. C'est la phase de crise au cours de laquelle de nombreux paramètres sont ramenés. L'individu doit en effet gérer au mieux les changements corporels qu'il subit, l'image de soi qui se trouve de fait modifiée, la recherche et l'affirmation de son identité, les attentes des parents ainsi que la multiplication des rapports sociaux.

«C'est alors que le jeune participe activement à la construction de son univers social en prenant ses distances avec ses parents et en choisissant les pairs avec lesquels il partage un certain style de vie ». (COSLIN P. G., (2007), p 43).

L'adolescence est une période riche en expression de toutes sortes de troubles mentaux et des conduites, dont certaines s'inscrivent dans la continuité de troubles de l'enfance.

Les plus fréquents sont les troubles anxieux, présentés sous toutes les formes, dont la prévalence est de 7 %. Très peu d'adolescents échappent à cette menace en relation avec les problématiques classiques de cet âge. (SERVANT D., PARQUET PH. J., (1997), p 16). Cette pathologie anxieuse représente alors la porte d'entrée habituelle de nombreuses expressions psychopathologiques.

Les troubles anxieux désignent un groupe d'affections caractérisées par une anxiété, une peur, une crainte et des comportements d'évitement. Ils regroupent un grand nombre de difficultés qui ont pour dénominateur commun des sentiments intenses, persistants et parfois envahissants de peur ou d'angoisse.

Parmi les troubles anxieux la phobie sociale est la plus répondante. Elle apparait au cours de l'adolescence et souvent précédée d'une inhibition dans l'enfance. Elle affecte 2 à 4% de la population. Son évolution est chronique et est marquée d'une importante fréquence de comorbidité : autres troubles anxieux, dépression, alcool ainsi que d'un retentissement professionnel très handicapant. «7% des patients consultant pour différents motifs

présenteraient une phobie sociale d'après une enquête menée auprès de médecins généralistes. Cette pathologie représenterait donc la troisième pathologie mentale, selon les études, après la dépression et l'alcoolisme. » (MARTIN K., (2005), p 26-27).

L'anxiété anticipatrice ressentie par les phobiques sociaux les amène souvent à éviter de nombreuses situations sociales, et entrave leur épanouissement personnel et professionnel.

Les théories avancées pour expliquer l'origine de la phobie sociale s'inspirent d'un large éventail de perspectives, depuis les approches psycho-dynamiques jusqu'aux modèles évolutionnistes. Deux modèles théoriques dominent cependant : le modèle cognitivo-comportemental et le modèle biologique.

Bien que l'on associe souvent les théories cognitives aux théories comportementales, chaque école a tendance à mettre l'accent sur des variables différentes dans la théorie qu'elle défend. Les théoriciens de l'école comportementale postulent que les comportements assertifs ne sont pas présents dans le répertoire comportemental du sujet. Plusieurs hypothèses ont été avancées dans l'explication du défaut d'apprentissage.

Par exemple M. Linehan suggère que l'individu peut posséder certaines composantes du comportement assertif, mais qu'il n'a pas appris à les combiner, ni à les enchaîner dans la production d'un comportement assertif. A. Meger J. et Pipe (1970) font appel à la notion de renforcement pour expliquer le manque d'acquisition. Selon L. Marks (1985), la peur sociale est une difficulté à adopter des comportements de communication satisfaisants, par défaut d'apprentissage. (GEORGE G., VERA L., (1999), p 11, et p 20).

Selon les partisans de la théorie cognitive, les croyances, les anticipations, les interprétations et les idées préconçues jouent un rôle important dans l'apparition et la persistance des troubles. Pour A. Fenigstein (1987), il existe chez le phobique sociale, une tendance à privilégier les aspects observables de son comportement ; de ce fait il se représente les interactions sociales comme un ensemble de comportement où les aspects évaluatifs sont centrés sur l'agir, au détriment du vécu émotionnel. (Ibid. p 20).

Les personnes atteintes ont donc une peur ou une anxiété irrationnelles dans des situations sociales ou de performance, ce qui met à l'épreuve leurs relations familiales, et peut les rendre incapables de se faire des amis et risque d'entraver leurs activités scolaires ou professionnelles.

Chez l'adolescent la phobie sociale peut être vécue d'une manière plus intense. Car au cours de cette période de développement, les changements physiques, cognitifs, émotionnels et relationnels conduisent l'adolescent à faire un travail de reconstruction de soi et à redéfinir ses rapports avec les autres. Le jeune doit non seulement, imposer aux autres sa propre originalité, mais aussi s'intégrer au sein de son environnement. Les relations avec les parents et les pairs se modifient, les rôles évoluent, se complexifient et de nouvelles responsabilités apparaissent.

En dehors de son milieu familial, l'adolescent doit se faire une place par ses propres moyens. Il doit adapter son répertoire de comportements de façon appropriée pour chaque type de relations qu'il pourra avoir avec les adultes, les pairs etc.

Cependant l'adolescent phobique social souffre d'une peur des situations sociales et des interactions avec d'autres personnes, d'inhibition sociale, un sentiment d'incompétence sociale et une hypersensibilité au jugement d'autrui. Il a peu d'amis, et a l'impression d'être abandonné s'il se trouve seul dans une situation sociale. Le désir d'entrer en contact avec les autres est dominé par le sentiment d'incapacité de soutenir une conversation, ou d'en prendre l'initiative. Il se trouve donc toujours dans un état de frustration permanent. (GEORGE G. et VERA L., (1999), p 14).

Au sein de groupe il est souvent pénible, craintif, ce qui contribuerait à des relations pauvres avec les pairs, et qui peut provoquer un sentiment de solitude intense.

On utilisera le terme de solitude, ou sentiment de solitude dans notre étude pour désigner la perte ou la pauvreté de contact avec les autres, et le sentiment de ne pas être compris et d'en souffrir.

Plusieurs recherches ont été effectuées pour expliquer le sentiment de solitude chez l'adolescent. Selon J M. Larson (1999), près d'un adolescent sur trois se sent seul de temps en temps, et un sur dix éprouvant fortement ce sentiment. L'enquête réalisée par M. Choquet et S. Ledoux (1994), mettaient au jour un ressenti encore plus marqué ; alors même qu'ils disaient avoir beaucoup d'amis, 43% des garçons, et 57% des filles se sentaient comme même quelques fois seuls et respectivement 5 et 8% souvent seuls. (COSLIN P. G., (2007), p 55).

Les cognitivistes, comme L. Peplau et D. Perlman (1981) mettent l'accent sur les facteurs qui interviennent dans le sentiment de solitude. Ce sentiment est le médiateur entre l'absence de relations et la solitude telle qu'elle est ressentie. C'est pourquoi lorsqu'on interroge deux personnes ayant le même type de vie relationnelle, on peut obtenir des réponses différentes parce que ces personnes n'auront pas les mêmes idées, désirs et choix en ce qui concerne leurs relations sociales.

Selon G. Sand (2006), une telle expérience est considérée comme négative et est très difficile à vivre. Comme l'avance aussi H. Hannoun (1993), une personne vivant de la solitude n'est pas forcément une personne isolée. Selon cet auteur, le sentiment de solitude n'est pas nécessairement vécu dans une situation d'isolement physique, mais plutôt sur différents modes d'intériorisation personnelle. Les gens qui se sentent seuls attribuent leur solitude à des causes internes et stables. Ils se perçoivent comme ayant peu de contrôle, ils ont une perception négative d'eux-mêmes, ils se sentent coupables de leur faible capacité d'entrer en relation avec les autres et se sentent inadéquats (BERGER M., (2009), p 20).

La solitude n'est pas un problème en soi, mais elle est associée à d'autres phénomènes notamment les troubles de la personnalité. On a constaté que la solitude provoque une rupture dans l'image de soi et la perte de confiance en soi. Les personnes qui se sentent seules deviennent socialement inactives, pessimistes, craintives, timides, nerveuses et angoissées. Elle peut également avoir des liens avec les troubles mentaux spécifiques de l'adolescence.

Les progrès réalisés dans la connaissance de ces problèmes de l'adolescence et de leur conséquence méritent toute notre attention.

En l'absence des statistiques en Algérie, les études faites dans des cliniques psychiatriques ont montré que ce trouble est plus fréquent dans les pays arabes, et cela dû aux multiples facteurs. L'importance de l'individu et de son point de vue et la liberté d'exprimer sont moins respectés par rapport au monde occidental. Le milieu familial peut aussi crier chez l'individu des sentiments d'infériorité ou un manque de compétences sociales, par l'éducation autoritaire ou la protection excessive des parents. Sur le plan social, le manque de possibilité d'expression, le manque d'encouragement et la concurrence accrue et agressive peuvent contribuer à l'émergence de la phobie sociale.

Ce trouble a besoin de plus d'études et de recherche pour déterminer sa prévalence dans notre pays, ce qui peut faciliter le diagnostic, le traitement et la prévention.

Cette réflexion théorique sur la phobie sociale et la solitude chez l'adolescent nous amène à poser les questions suivantes :

- L'adolescent phobique social souffre-t-il de sentiment de solitude?

Quel est le degré de sentiment de solitude chez l'adolescent souffrant d'une phobie sociale ?

Quel est le type de solitude éprouvée par l'adolescent souffrant d'une phobie sociale ?

4. Les hypothèses :

- Les adolescents ayant une phobie sociale souffrent de sentiment de solitude.

De cette hypothèse générale on va tirer deux hypothèses opérationnelles :

- a) Le sentiment de solitude chez l'adolescent souffrant d'une phobie sociale est élevé.
- b) L'adolescent souffrant d'une phobie sociale présente une solitude du type émotionnel et social.

5. La définition et l'opérationnalisation des concepts :

3.1. La phobie sociale :

5.1.1. La définition théorique :

C. ANDRE l'exprime de cette manière : « La petite appréhension que vous éprouvez parfois au moment de devoir prendre la parole en public ou la gêne qui s'empare de vous lorsque vous êtes présenté à un haut personnage sont une version édulcorée des violentes paniques qui déchirent le phobique social dès lors qu'il doit affronter le regard, forcément critique d'autrui. » (MARTIN K., (4 octobre 2005), p16).

5.1.2. La définition opérationnelle :

Notre thème aborde la phobie sociale chez l'adolescent, qui est caractérisée par :

- Une peur persistante des situations sociales ou de performance.
- La conscience par le sujet de caractère excessif ou irraisonnable de ses craintes.

- L'évitement, ou le vécu avec anxiété des situations redoutées.
- Une souffrance importante ressentie par le sujet, à cause de cette phobie.

5.2. Le sentiment de solitude :

5.2.1. La définition théorique :

P. Leiderman (1980), dit que « le sentiment de solitude apparaît lorsque l'individu réalise qu'il est isolé des autres alors qu'il éprouve le besoin d'agir pour les autres. C'est pourquoi il ya une relation entre solitude et évaluation des relations sociales, et la solitude apparaît lorsque ces relations ne satisfont pas la personne ; elle résulte d'une certaine manière de fait que cette personne prend conscience que cette situation est déplaisante. » (KOSCIELAK R., (1996), p 33).

5.2.2. La définition opérationnelle :

On parle de sentiment de solitude chez l'adolescent lorsque :

- Ses relations avec les autres ne sont pas conformes à ses espérances.
- Il perçoit un manque qualitatif et quantitatif dans ses relations.
- Il s'agit d'une réponse à des déficits dans les relations sociales de la personne.
- Il s'agit d'un sentiment négatif, désagréable, et subjectif, qui se diffère de l'isolement social objectif.

5.3. L'adolescence :

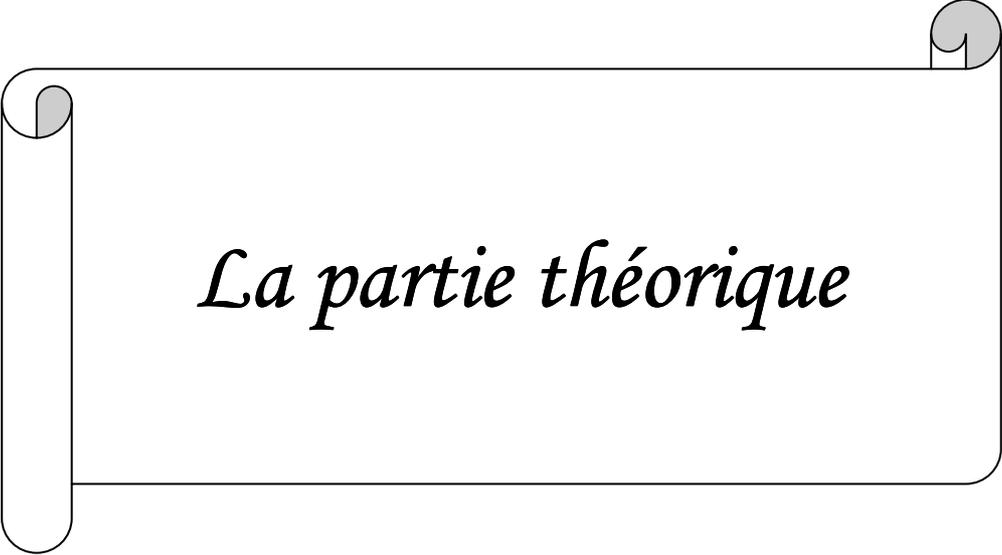
5.3.1. La définition théorique :

Selon E. Jalley et J. Selosse : «L'adolescence est une phase de restructuration affective et intellectuelle de la personnalité, un processus d'individualisation et de métabolisation des transformations physiologiques liées à l'intégration du corps sexué. La fin en est difficile à préciser de nos jours, où de nombreux adolescents prolongés travaillent à leur personnalisation. [...] » (DORON R. et coll, (2005), P 13).

5.3.2. La définition opérationnelle:

L'adolescence qu'on va aborder dans notre sujet est la phase qui se situe entre 12 ans à 18 ans, elle se caractérise par :

- Des transformations physiologiques, et des modifications hormonales, avec leurs implications psychologiques.
- Modifications profondes de la fonction cognitive.
- Développement de la capacité intellectuelle.
- Apprentissages sociaux, et évolution des relations interpersonnelles.



La partie théorique

Chapitre I :

La phobie sociale

Préambule :

Dans ce chapitre on présentera en premier lieu, un aperçu historique, avec la définition de la phobie sociale. Suivi des critères diagnostiques, les modèles théoriques expliquants cette dernière, et la présentation des formes frontières de la phobie sociale.

Ainsi que les différents traitements de la phobie sociale.

1. Un aperçu historique sur la phobie sociale :

Les premières descriptions du concept d'anxiété sociale ne sont apparues qu'à la fin du XIX^{ème} siècle. On parlait alors d'éreutophobie, de timidité pathologique... Le concept même de phobie sociale n'est défini que depuis peu de temps (environ une quinzaine d'années). (MARTIN K., (2005), p 13).

Cependant le concept de timidité pathologique à été évoqué depuis l'antiquité, par Hippocrate lorsqu'il relatait les difficultés d'un jeune homme en affirmant que « en raison de sa timidité, de son caractère suspicieux et timoré, il ne pourra être devisagé, 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 voir 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 ». (EMERIAUD J., (2006), p 08).

Chez les écrivains français on trouve d'autres exemples de description de timidité invalidante. Ainsi P. Mérimée écrivait dans *Portraits historiques et littéraires* que « une des grandes causes de nos tourments, c'est la mauvaise honte. Pour un jeune homme, c'est une affaire que d'entrer dans un salon. Il s'imagine que tout le monde le regarde et meurt de peur qu'il n'y ait quelque chose dans sa tenue qui ne soit absolument irréprochable. Un de nos amis souffrait plus que personne de cette timidité ». (Ibid. p 08-09).

Mais c'est au XIX^{ème} siècle que la littérature psychiatrique ou psychologique vit apparaître les premières descriptions d'anxiété sociale sous le terme d'éreutophobie. (Ibid. p 08-09).

En 1897, A. Pitres et E. Regis tentent de s'attribuer la paternité du concept d'éreutophobie à partir de l'analyse de l'auto-observation de R. M jeune homme de vingt et un an atteint d'éreutophobie. Ils reprennent ensuite à leur compte la première description d'éreutophobie à partir de la traduction de l'article de J. Casper, en ajoutant une note additionnelle très polémique dans laquelle ils affirment que J. Casper n'a fait que retranscrire l'auto-observation sans faire d'analyse psychopathologique de la symptomatologie et donc qu'il ne peut être à l'origine du concept d'éreutophobie. (EMERIAUD J., (2006), p 08-12).

En 1903, P. Janet a proposé pour la première fois une classification des phobies en se basant sur l'objet origine de la phobie (tableau I).

Tableau N° 01 : Extrait de « Historique du concept de phobie sociale ».

Phobies systématisées	Corporelles	Douleur
		Fonctions
	D'objets	/
	Situationnelles	Situations physiques
		Situations sociales (phobie sociale)
D'idées		
Phobies généralisées	Anxiété physiologique	
	Anxiété psychique	

P. Janet classe ici la phobie sociale ou phobie de la société dans les phobies systématisées, et plus précisément dans les phobies situationnelles. (MARTIN K., (2005), p 14-15).

Plus de cinquante ans s'écoulaient ensuite avant la réintroduction du concept de phobie sociale. C'est à l'Anglais M. Dixon qu'on la doit. Il publie en 1957 une échelle qui peut être considérée comme la première consacrée à l'évaluation de l'anxiété sociale. Il s'agit d'une échelle composée de 26 items à réponse binaire.

Avec la naissance du courant comportementaliste dans les années 1960, le concept de phobie sociale va prendre une place de plus en plus importante et donner lieu à des études qui vont permettre peu à peu de définir cette pathologie et de l'individualiser. (EMERIAUD J., (2006), p 17).

En 1966, une nouvelle classification des phobies sociales a été proposée. Et en fin, en 1980 la phobie sociale sera catégorisée de façon spécifique par le DSM III (Diagnostic and Statistical Manuel) avec différenciation de l'agoraphobie, des phobies simples et de la phobie sociale. Le DSM IV apportera quelques précisions sur les critères diagnostiques ainsi que sur les comorbidités psychiatriques. (MARTIN K., (2005), p 15).

2. La définition de la phobie sociale :

Le DSM-IV définit la phobie sociale comme une peur irrationnelle, persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de performances dans lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. L'idée d'être confronté à de telles situations favorise une importante anxiété anticipatoire par crainte d'agir de façon humiliante ou embarrassante. La peur des situations sociales contraint le sujet à les éviter pour ne pas se retrouver dans une situation anxiogène voire aversive. (GRAZIANI P. L., (2003), p 60).

Selon E J. Bourne La phobie sociale se caractérise par la peur d'être jugé, gêné ou humilié dans des situations où l'on est observé ou tenu de réaliser quelque chose en publique. Cette émotion est souvent tellement intense que l'on choisit d'éviter la situation en question, encore que certains la supportent au prix d'une angoisse considérable. (BOURNE E. J., (2011), p 23).

La phobie sociale désigne une affection mentale caractérisée par une peur excessive ou irraisonnée de se retrouver en société ou d'agir en public. Le sujet qui souffre de phobie sociale redoute ou évite, entre autre d'assister à une soirée ou à une réunion, de manger en public, de discuter avec les gens et de rencontrer de nouvelles personnes. On ne diagnostiquera la phobie sociale que si la peur empêche la personne de mener une existence normale ou occasionne une grande détresse. (EMILIEN G. et coll, (2003), p 30).

On distingue deux formes de phobie sociale : la phobie sociale simple et la phobie sociale généralisée.

1. La phobie sociale simple, ou non généralisée, est limitée à une ou deux situations d'interactions sociales anxiogènes, en général : parler en public, prendre des repas avec des personnes qui ne sont pas familières.

Il s'agit d'un groupe assez hétérogène, à la limite des formes frontières telles que l'anxiété de performance.

2. La phobie sociale généralisée correspond à ce qu'on entend par phobie sociale lorsque l'on ne précise pas sa forme clinique. C'est cette forme clinique qui est le plus au centre des différentes études menées ces dernières années.

Le diagnostic de phobie sociale généralisée peut être porté lorsque les peurs sont associées à la plupart des situations d'interactions sociales et de performance en public : initier ou soutenir des conversations, participer à de petits groupes, avoir des rendez-vous, parler à des figures d'autorité, se rendre à des soirées... (EMERIAUD J., (2006), p 54).

Dans le Manuel de psychiatrie J.D. Guelfi et F. Rouillon, distinguent cinq grandes catégories de situations sociales sources d'anxiété chez un phobique sociale :

1. les situations de performance formalisées (prise de parole face à un groupe...).
2. les interactions superficielles brèves (bavarder avec un voisin ou un commerçant...).

3. Interactions approfondies (se relever, parler de soi...).
4. Affirmation de soi (dire non, ou demander).
5. Observation (être regardé pendant qu'il on mange, marche ou écrit...). (GUELFY J. D., ROUILLON F., (2007), p 185).

3. Les critères diagnostiques de la phobie sociale :

3.1. Les critères diagnostiques de la phobie sociale du DSM IV (Trouble de l'anxiété sociale) :

- A. Une peur marquée et persistante des situations sociales ou de performance dans lesquelles un sentiment de gêne peut survenir.
- B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque invariablement une réponse anxieuse immédiate, qui peut se manifester sous la forme d'une attaque de panique liée ou favorisée par des situations.
- C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonnable de ses craintes.
- D. La situation sociale redoutée est évitée ou parfois vécue avec une anxiété.
- E. La conduite d'évitement, la peur, et l'anticipation anxieuse liées aux situations sociales redoutées interfèrent de manière significative avec les habitudes de l'individu, avec ses activités professionnelles, ou avec sa vie sociale ou relationnelles, ou bien il existe une souffrance importante de liée à cette phobie.
- F. Pour les sujets moins de 18 ans; les symptômes doivent avoir persistés durant au moins six mois avant qu'un diagnostic de phobie sociale soit porté.

G. La peur ou l'évitement n'est pas directement dû aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, un abus de drogue, un médicament) ou d'une affection médicale général et ne correspond pas à un autre trouble mental.

H. Lorsqu'une affection médicale général ou un autre trouble mental est présent la peur et l'évitement n'est pas limités à la crainte de leur impact sociale. (GUELFY J. D., et coll, (2003), p 518).

3.2. Les critères diagnostiques de la phobie sociale de la C.I.M.10 :

A. soit (1) soit (2) :

(1) crainte marquée d'être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui, ou d'agir d'une manière qui pourrait être embarrassante ou humiliante.

(2) évitement marqué d'être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui, ou de situations dans lesquelles on pourrait se conduire d'une manière embarrassante ou humiliante.

Ces craintes se manifestent dans des situations sociales. Par exemple : manger ou parler en public ; rencontrer des connaissances en public ; arriver dans un petit groupe ou y rester (par exemple dans une soirée, une réunion, une salle de classe).

A. Survenue, dans la situation phobogène, depuis le début du trouble, d'au moins deux des symptômes définis dans le critère B de l'agoraphobie et d'au moins un des symptômes suivants :

(1) rougir ou trembler,

(2) peur de vomir,

(3) besoin urgent ou peur d'uriner ou d'aller à la selle.

B. Détresse émotionnelle significative due aux symptômes ou à l'évitement, avec conscience du caractère excessif ou irraisonné de ces derniers.

C. Les symptômes surviennent exclusivement ou prédominent dans les situations redoutées ou quand le sujet pense à ces situations.

D. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. Les symptômes cités dans les critères A et B ne sont pas dus à des idées délirantes, des hallucinations ou à d'autres troubles, tels un trouble mental organique, une schizophrénie ou des troubles apparentés.

E. Un trouble de l'humeur, ou un trouble obsessionnel compulsif et ne sont pas secondaires à des croyances d'ordre culturel. (MARTIN K., (2005), p 20).

4. Les modèles théoriques de la phobie sociale :

Au cours des années 1970, les concepts d'habiletés sociales et d'anxiété sociale n'étaient pas clairement distingués dans la documentation scientifique. En fait, l'anxiété sociale était toujours expliquée par un manque d'habiletés sociales. Mais des recherches ultérieures ont montré que tel n'est pas toujours le cas. Les auteurs ont donc proposé d'autres modèles d'explication de la phobie sociale.

4.1. Le modèle de conditionnement :

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 ces situations, mène à l'évitement augmenterait, à son tour, l'anxiété anticipatrice, de même que l'anxiété dans les situations sociales. (LADOUCEUR R. et coll, (1999), p 130-132).

La phobie sociale surviendrait suite à l'exposition à un stimulus inconditionnel, tel que un échec social, une humiliation... En effet 50% des sujets ayant une phobie sociale rapportent avoir vécu une situation sociale vécue comme traumatisante au moment d'apparition de leur trouble. (RONDET I., (2005), p 05).

Selon L. Marks (1985), la peur sociale est une difficulté à adopter des comportements de communication satisfaisants, par défaut d'apprentissage. Le sujet qui, par peur d'être jugé, se sent inhibé, ne peut pas apprendre les comportements de communication, ni d'élaborer les moyens de communication interpersonnels satisfaisants. (GEORGE G., VERA L., (1999), p 20).

4.2. 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 l'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. En fin, les comportements de retrait du phobique social suscitent, de la part des autres, des comportements moins amicaux qui confirment davantage ses craintes. (LADOUCEUR R. et coll, (1999), p 132).

A. Beck présente l'augmentation de cette peur dans une perspective développementale. Au début de l'adolescence, confronté à de nouvelles situations, l'enfant anxieux essaie de faire face aux confrontations anxiogènes avec son propre répertoire de coping acquis lors de son développement. Si ses capacités de coping sont dépassées par la demande situationnelle, il peut vivre un échec. En fonction de la répétitivité et de l'intensité

de ses expériences, il peut développer de l'appréhension, une peur généralisée de l'échec et une hyper vigilance aux stimuli pouvant l'anticiper. Il alimente son sentiment de base d'incompétence et d'être ridicule. (GRAZIANI P. L., (2003), p 62-63).

4.3. Le modèle de représentation de soi :

Selon le modèle de la représentation 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 habiletés sociales, et d'autres avoir développé une réponse émotionnelle conditionnée, à la suite d'expériences malheureuses. Ainsi le modèle de la représentation de soi rejoint en quelque sorte les autres modèles théoriques et les englobe. De plus, il suggère l'idée qu'un traitement individualisé, tenant compte des raisons qui sous-tendent la phobie sociale de la personne en particulier, sera plus efficace ; ceci reste toutefois à évaluer. (LADOUCEUR R. et coll., (1999), p 134).

4.4. Le modèle psychobiologique :

W. Gilbert (1989) se base sur le modèle du conditionnement de A. Ohman (1986) pour affirmer que la phobie sociale est causée par un mécanisme de défense (qui s'est développé au cours d'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** » ou «**compétitif** », a une fonction très adaptative ; en favorisant la subordination aux membres plus puissants de l'espèce, il permet d'éviter des luttes inutiles. Toutefois, il amène la personne socialement anxieuse à percevoir les autres comme des dominants hostiles à craindre leur évaluation négative à privilégier des réponses de conciliation et de soumission

et, à un niveau plus grave, des réponses plus primitives comme la fuite et l'évitement. (Ibid. p 135).

5. Les formes frontières de la phobie sociale.

Plusieurs autres manifestations de la crainte du regard de l'autre ou des relations sociales peuvent se rencontrer à côté de la phobie sociale. Elles peuvent relever de la pathologie, telle que la personnalité évitante, mais aussi appartenir à la « **normalité** », puisque très fréquemment rencontrées, comme le trac ou la timidité. A noter que cette dernière peut également être pathologique. (EMERIAUD J., (2006), p 55).

La question de la relation entre ces différentes craintes de l'autre reste ouverte.

5.1. La timidité :

La timidité est un concept ancien, non psychiatrique et large. C'est un terme couramment employé mais dont la définition scientifique précise reste problématique, il recouvre des réalités très différentes. (Ibid. p 55).

Timidité vient du latin « **timere** » apparu au XVI^{ème} siècle qui signifie celui qui craint Dieu. On voyait dans cette crainte religieuse la preuve d'une âme scrupuleuse, désireuse d'éviter le Mal et le signe patent d'une crainte légitime de Dieu. (RONDET I., (2005), p 06).

Ce n'est qu'au XVIII^{ème} siècle que le terme prend un sens péjoratif : des personnes « craintives, pleines d'appréhension », « manquant d'assurance et de hardiesse », « discrètes dans les relations sociales », jusqu'à désigner toutes les formes d'embarras qu'il est possible de ressentir en présence d'autrui. (EMERIAUD J., (2006), p 55).

Actuellement la timidité est définie comme « un type particulier d'anxiété sociale, décrivant 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'échange avec l'entourage » (ANDRE C., LEGERON P., (2003), p 332). Elle décrit donc un trouble bénin que beaucoup apprennent à surmonter avec l'expérience de la vie.

La timidité n'exclut pas des capacités d'adaptation, comme en témoignent de nombreuses personnalités de spectacle ou des médias qui racontent comment elles ont arrivé à surmonter leur timidité en choisissant une profession les poussant à affronter ce qui les terrorisait. Elle ne constitue donc pas un véritable handicap pour la plupart des gens, et lorsqu'elle est occasionnelle elle n'empêche pas de vivre heureux. (EMILIEN G. et coll, (2003), p 13).

5.2. Le trac :

Est une sensation d'anxiété intense mais passagère, limitée à une situation et à un moment donné.

D'un point de vue étymologique, il semble que le mot trac ait la même origine que le verbe traquer, « **poursuivre sans laisser d'issue** ». Les premières utilisations du mot trac semblent avoir été faites, au début du XIX^{ème} siècle, au sujet des comédiens et des étudiants pour désigner leur appréhension face au jugement d'un public ou d'un jury.

Ce trouble peut se rencontrer dans toutes les situations et se manifeste par une sorte de paralysie psychosomatique survenant à un moment où il ne faudrait pas qu'elle apparaisse.

Contrairement au phobique social dont l'anxiété se manifeste pendant toute la durée de l'exposition au regard de l'autre, le « **traqueur** » est angoissé avant l'exposition mais son angoisse diminue et même disparaît au fur et à mesure de l'exposition jusqu'à être de niveau équivalent à celui des sujets normaux. (EMERIAUD J., (2006), p 57).

5.3. La personnalité évitante :

La personnalité évitante est décrite pour la première fois en 1969 et reprise par le DSM III. Ses critères ont été toutefois modifiés à chaque révision du DSM. Dans le DSM IV, ses modifications vont dans le sens d'une augmentation des critères cognitifs et d'une diminution des critères comportementaux, restreignant ainsi le poids des critères communs avec la phobie sociale généralisée. Il n'en reste pas moins que phobie sociale généralisée et personnalité évitante sont souvent associées. De plus les manifestations du trouble de la personnalité évitante sont sensibles au traitement pharmacologique du trouble de la phobie sociale généralisée associée. Les phobies sociales limitées sont beaucoup plus rarement associées avec le trouble de la personnalité évitante. (EMILIEN G. et coll, (2003), p 31).

5.4. L'anxiété de performance :

Elle désigne les états émotionnels précédant la confrontation avec un public au cours de l'exécution d'une tâche donnée. Elle se manifeste avant et pendant la performance attendue, et peut même conduire à un évitement de la situation de performance. Cette anxiété porte sur la crainte de ne pas être à la hauteur de ce que les autres attendent du sujet. « Les autres » sont souvent représentés par un public puisque l'anxiété de performance est particulièrement rencontrée chez les musiciens, comédiens, sportifs...

Cette chronologie de l'anxiété par rapport à la situation anxiogène est très comparable à ce qu'on observe dans la phobie sociale, mais contrairement à cette dernière, on note un phénomène d'habituation au fur et à mesure de la répétition de la situation de performance redoutée.

Le DSM IV insiste à plusieurs reprises sur la nécessité de considérer a priori l'anxiété de performance comme normale.

On rapproche habituellement de l'anxiété de performance deux autres troubles : l'anxiété aux examens et la dysfonction érectile. (EMERIAUD J., (2006), p 59).

6. Le traitement de la phobie sociale :

Les études sur la prise en charge thérapeutique de la phobie sociale ne sont développées que depuis une quinzaine d'années.

6.1. Le traitement pharmacologique :

Quatre types de produits peuvent être utilisés pour le traitement de la phobie sociale :

6.1.1. Les bêtabloquants :

Les bêtabloquants n'ont pas d'efficacité significative sur la phobie sociale. En effet, ils traitent essentiellement certains symptômes dus à l'anxiété: la tachycardie, les tremblements...

Ils ont donc leur indication plutôt dans l'anxiété de performance, le trac, donc éventuellement, chez des phobiques sociaux focalisés : une à deux heures avant la situation anxiogène, le patient prend un bêtabloquant qui permet de diminuer le stress.

6.1.2. Les anxiolytiques :

Les molécules les plus utilisées sont les benzodiazépines. Elles sont efficaces sur les symptômes anxieux mais l'effet est de courte durée, car n'agissant pas sur le problème de fond, notamment, elles ont peu d'influence sur le comportement relationnel. On constate ainsi souvent un effet rebond à l'arrêt du traitement. Comme, elles peuvent induire une accoutumance, ce qui rend le patient dépendant.

6.1.3. Les antidépresseurs :

L'efficacité des antidépresseurs, par leur action spécifique sur la phobie et pas seulement pour leur activité « **antidépressive** » (ils peuvent être prescrits à un phobique non dépressif), est rapidement reconnue. Seule une classe a été montrée inopérante : les tricycliques. (MARTIN K., (2005), p 54-55).

6.2. Le traitement cognitivo-comportemental :

Plusieurs traitements cognitivo-comportementaux ont été proposés, pour le traitement des troubles anxieux. Dans le cas de la phobie sociale, des études montrent que la désensibilisation systématique, la relaxation et les techniques d'affirmation de soi ou cognitive (auto-évaluation, auto-observation) donnent de bons résultats. (JUGON J. C., (1998), p 25).

Le thérapeute et le patient cherchent à définir les objectifs thérapeutiques et à établir une « **alliance** » thérapeutique qui porte sur les buts de la thérapie et les moyens de traitement. Le programme thérapeutique mis en place utilisera les principes et les techniques définis au préalable avec le patient. L'évaluation des résultats du traitement s'effectue en utilisant des mesures répétées avant, pendant, et après le traitement. La durée du traitement des troubles anxieux telle que la phobie sociale est brève, elle s'étend en général sur quelques mois (10-20 séances). (EMILIEN G. et coll, (2003), p 12).

En l'absence de comorbidité, ces traitements ont une efficacité à peu près équivalente à celle des traitements médicamenteux mais un peu plus long à se manifester,

Nombre de cliniciens pensent que le meilleur traitement serait en fait une association médicament/thérapie cognitivo-comportementale. Des études contrôlées sont en cours pour vérifier cette hypothèse.

Le choix entre traitement médicamenteux et thérapie cognitivo-comportementale dépend théoriquement du souhait du patient et de la sévérité du trouble. (OLLAT H., (2000), p 19).

Cependant, guérir de la phobie sociale n'est pas une chose aisée, dans la mesure où les phobiques sociaux ont tendance à cacher leur état et que l'entourage a tendance à minimiser l'impact d'un tel handicap. (DEBRAY Q., NOLLET D., (1997), p 13).

Synthèse :

La phobie sociale est l'un des troubles les plus fréquents, qui affecte la vie du personne dans toutes ses facettes (sociale, professionnelle... etc.), et qui nécessite donc un traitement psychiatrique et psychologique, en tenant compte de la singularité des personnes, et de la sévérité du trouble.

Chapitre II :

L'adolescence

Préambule :

Ce chapitre est consacré à l'adolescence, dont on va commencer par un aperçu historique suivi des définitions, ainsi que cette période de vie telle qu'elle est vécue selon les cultures. Puis la puberté et la croissance physique, le développement cognitif, et les relations chez l'adolescent.

Et on termine par la présentation de la phobie sociale chez l'adolescent.

1. La définition et l'historique:

Le mot adolescence vient du latin « **adulescens** »: « qui croit, qui grandit » par opposition à « **adultus** » qui a fini de grandir.

Cette période de transition est marquée par de profondes transformations biologiques, psychologiques et sociales, sous l'influence d'un contexte socioculturel donné. (BALLAND J., (2011), p 12).

Les auteurs anciens s'intéressaient déjà au passage de l'enfance à l'état adulte, voyant dans cet entre-temps le moment où l'en accède à la raison, mais aussi l'époque des passions et de turbulences.

Ainsi Platon mais aussi Aristote envisageaient-ils l'existence de traits propres à cette époque de vie. Jusqu'au XIX^{ème} siècle, l'adolescence n'est cependant pas au sens où nous l'entendons aujourd'hui dans la société occidentale : la constatation de la puberté entraînait la capacité civile chez les Romains, le fait de pouvoir porter ses armes procurer le statut d'adulte chez les Français et les Allemands, et au Moyen-âge, la croissance physique était assimilée à un agrandissement graduel d'une créature de Dieu, l'enfant et l'adulte étant estimés qualitativement semblables et ne différant que quantitativement. (COSLIN P. G., (2007), p 2).

C'est seulement à la renaissance qu'apparaissent de nouvelles façons de concevoir le développement humain, lorsque Comenius pose la nécessité de mettre en relation les programmes scolaires l'évolution des facultés de l'individu, distinguant entre autres, l'existence de deux stades, l'un de 7 à 12 ans et l'autre de 12 à 18 ans. (Ibid. p 2).

La difficulté à définir l'adolescence autrement qu'étymologiquement tient pour partie au fait qu'elle n'est nullement consensuelle car elle varie selon les observateurs et les époques.

Tout d'abord il conviendrait de distinguer ce que vit « **l'adolescent** », individu singulier confronté à la tourmente pubertaire et au passage à l'âge adulte, de « **l'adolescence** », concept introduit au XVIème siècle progressivement puis surtout au XVIIIème et XIXème siècle.

Le point commun entre ces différents concepts est de définir l'adolescence comme « **expérience du changement** » et comme étape de transition de l'enfance à l'âge adulte. (BALLAND J., (2011), p 12).

L'adolescence est donc un passage entre l'enfance et l'âge adulte. L'adolescent n'est plus un enfant, il n'est pas encore un adulte. Il vit une période transitoire caractérisé comme le rappelle D. Marcelli et A. Braconnier (1999) par ce double mouvement de reniement de l'enfance et de recherche de du statut d'adulte qui constitue l'essence même de la crise que l'adolescent traverse. (COSLIN P. G., (2002), p 13).

C. Mareau et V. Dreyfus définissent l'adolescence comme un concept social dont la dimension psychologique est essentielle. C'est une période cruciale et riche de la vie, une période de crise dont la mesure où de grands changements psychologiques s'opèrent. Même si elle n'est pas toujours traversée avec souffrance, elle implique des changements nécessaires qui permettront aux adolescents de devenir des adultes. (MAREAU C., DREYFUS A. V., (2004), p 87).

F. Richard de sa part, parle de l'adolescence en la considérant comme une tranche de vie qui est définie doublement, d'une part par le phénomène biologique de la puberté, et d'autre part par son statut socioculturel. (BIOY A., FOUQUES D., (2002), p 218).

Ainsi pour P. Delaroche, L'adolescence correspond à la prise de conscience collective récente de l'existence d'une crise psychique déclenchée par l'apparition du pouvoir sexuel chez l'enfant et cherchant une issue hors du cadre familial. « L'adolescence serait donc un phénomène sociologique révélant une crise psychologique ». (DELAROCHE P., (2000), p 9).

2. Adolescence et cultures :

Lorsqu'on examine la manière dont se déroule l'adolescence dans les différents pays et les différentes cultures de notre planète, la thèse de l'universalité et de l'homogénéité est remise en cause. Il est incontestable que, selon les pays et les cultures, la durée de l'adolescence, les méthodes adoptées pour la socialisation de l'individu, les relations entre les adolescents et les adultes sont différentes. (Marty F., (2009), p 59).

L'approche anthropologique de l'adolescence nous apprend que cette période n'existe pas partout. En effet certaines sociétés dites « **primitives** » font passer l'enfant au statut adulte par le biais de rites de passage. (BIOY A., FOUQUES D., (2002), p 218).

En ce qui concerne les modes prévalent de socialisation, beaucoup de cultures favorisent celle-ci au sein du foyer parental. Mais il en est qui imposent une socialisation au sein d'un autre foyer parental. D'autres cultures favorisent la socialisation des adolescents au sein d'institution extrafamiliales. D'autres encore utilisent à cette fin le groupe des pairs.

Dans les sociétés contemporaines et de plus en plus urbanisées, il est intéressant de constater que ces différents modes de socialisation existent, du moins potentiellement, et sont utilisés de façon plus ou moins momentanée : séjour d'un jeune chez l'oncle ou la tante, mise en foyer ou en milieu communautaire. On serait donc tenté, là aussi, de relativiser l'idée selon laquelle l'adolescence varierait beaucoup en fonction des pays et des cultures.

Certes des variations existent mais peut-être relèvent-elles plus de l'apparence de l'organisation sociale que des lois propres de cette organisation : rupture par rapport au mode de socialisation de l'enfance, référence au groupe, transmission des aînés. (MARTY F., (2009), p 59).

Dans notre civilisation, l'adolescence est particulièrement longue, en raison du temps requis pour qu'un sujet acquière un statut social, professionnel et familial, lui conférant une autonomie réelle. En fait il existe des variations non négligeables selon le milieu socio-familial. (MAZET PH., HOUZEL D., (1979), p 84).

3. La puberté et la croissance physique de l'adolescent :

La puberté constitue le point de départ biologique d'un processus psychique qui a pour tâche d'intégrer les changements qu'elle induit. (HESSELNBERG M., (2001), p128).

En effet, au cours d'une période relativement courte (quatre ans en moyenne), le corps de l'enfant subit des transformations majeures. Ceci entraîne d'une part la nécessité de reconstruire une image corporelle sexuée et d'assumer l'identité du genre masculine ou féminine, d'autre part, d'accéder progressivement à la sexualité génitale adulte. (GUIDETTI M., (2002), p 97).

La croissance physique manifeste à l'adolescence un caractère dysharmonique susceptible de provoquer des réactions, voir même des perturbations psychologiques. Elle conduit l'adolescent à un état réel de fatigue, dû tant aux changements physiques qu'à leur retentissements psychologiques lors de la période pubertaire. (COSLIN P. G., (2002), p19).

L'âge de début de ces changements et la vitesse de passage d'un stade de développement au suivant varie d'un enfant à l'autre. Mais une fois initiés, les changements pubertaires progressent selon une séquence relativement constante. Il en résulte que les adolescents d'une même classe d'âge manifestent une hétérogénéité considérable de taille et de

développement morphologique, physiologique et psychologique. (BALLAND J., (2011), p 14).

La puberté survient dans 95% des cas entre 8,5 et 13 ans chez la fille, et entre 10 et 14 ans chez le garçon. (ALVIN P., MARCELLI D., (2005), p 15).

Le premier signe de puberté chez les filles est l'apparition du bourgeon mammaire, suivie six mois plus tard d'une pilosité sur les grandes lèvres, puis sur le pubis. (BALLAND J., (2011), p 14). Deux ans environ après le début de la puberté, la maturation des ovaires et de l'utérus permet l'apparition des cycles menstruels et, quelque temps plus tard, l'aptitude à la procréation (nubilité). (BERNARD P., (1979), p 60).

Chez le garçon, le premier signe pubertaire est l'augmentation de volume des testicules. Ensuite la pilosité pubienne apparaît, le scrotum se pigmente et le pénis grandit. Le développement de la pilosité faciale et corporelle est relativement tardif : duvet de la lèvre supérieure vers 15 ans, joue vers 16 ans, puis menton. La pilosité du thorax ne sera complète que plus tard (jusqu'à 25 ans et plus). (BALLAND J., (2011), p 14).

Dans les deux sexes, l'augmentation très rapide de la masse du corps et de la taille est remarquable. Elle s'accroît de quatre à cinq centimètres par an avant 11 à 12 ans chez le garçon, puis de six à sept centimètres par an vers 12 à 13 ans. Le même phénomène se constate chez la fille avec environ une année d'avance. (COSLIN P. G., (2002), p 19).

La masse musculaire s'accélère considérablement chez le garçon. La proportion de masse grasse s'accroît chez la fille, avec une répartition différente selon le sexe. (BALLAND J., (2011), p 15).

4. Le développement cognitif de l'adolescent :

On passe souvent sous silence les changements cognitifs concomitants de la période de l'adolescence. Cependant cette l'adolescence est une étape de la vie où le développement

cognitif se transforme considérablement, l'activité mentale se restructure complètement, et les transformations relatives aux capacités intellectuelles s'avèrent aussi importante que les bouleversements physiques. (COSLIN P. G., (2002), p 12). (BENONY H., (2005), p 13).

Dans la théorie cognitive de J. Piaget, le stade des opérations formelles correspond au développement de la structure de « **groupe combinatoire** » et débute à partir de 12 ans. Après le stade opératoire concret l'accession au stade opératoire formel se caractérise par la capacité du préadolescent (entre 12 à 16 ans) à raisonner par hypothèse, d'envisager l'ensemble des cas possibles et de considérer le réel comme un simple cas particulier.

La méthode expérimentale, la nécessité de démontrer les positions énoncées, la notion de probabilité, deviennent accessibles. Sur le plan pratique, la mise en place d'une possibilité de raisonnement hypothético-déductif se traduit par l'accession au groupe des opérations formelles de transformation : l'identique, la négation, la réciproque et la négation de la réciproque. (MARCELLI D., BRACONNIER A., (2004), p 45).

L'adolescent devient donc capable de formuler et de raisonner à partir d'hypothèses ; il parvient à se dégager du concret et à situer le réel dans un ensemble de transformations possibles, il peut maintenant tirer les conséquences nécessaires de vérités simplement possibles. (GUIDETTI M., (2002), p 99-100).

Le déploiement de cette pensée formelle précède celui de la puberté ou en accompagne les premiers stades, ouvrant ainsi à une pensée réflexive, au caractère « **récuratif de la pensée** ». Cette préséance de quelques mois permettrait que s'ébauchent de nouveaux modèles d'appréhension de soi et des autres, avant que ne survienne la sexualisation de la pensée. (MARCELLI D., BRACONNIER A., (2004), p 46).

5. Le développement psychoaffectif de l'adolescent :

Sur le plan affectif, d'après les psychanalystes, au moment de la puberté, le sujet sort de la période de latence. En effet, les conflits inconscients du complexe d'Œdipe avaient été mis couvert durant cette période. (BIOY A., FOUQUES D., (2002), p 219).

Les modifications corporelles entraînent des transformations de la perception de soi et de l'image du corps qui vont mobiliser des remaniements de l'équilibre pulsions/défense, des investissements massifs de soi et des questions fondamentales sur l'identité. A. Freud (1969) a bien montré l'exacerbation des mécanismes de défense (ascétisme, intellectualisation, intransigeance) liée à la flambée pulsionnelle. (BENONY H., (2005), p 12).

Sur le plan inconscient, les fantasmes Œdipiens (inceste et parricide) devient « **possibles** ». Ceci implique un remaniement, une prise de distance par rapport aux objets parentaux. Ce phénomène revient à un travail de deuil qui provoque une « **crise** ». Cette crise a pour but la séparation et l'individualisation. (BIOY A., FOUQUES D., (2002), p 218).

Pour D. Arezki la maturation psychoaffective chez l'adolescent peut être décrite schématiquement selon divers dimensions :

1. L'individualisation : le détachement progressif de la famille sans qu'il ait fuite dans le groupe.

2. La régulation : c'est la réalisation d'un certain équilibre entre les diverses pulsions biologiques et le contrôle des besoins sexuels et de l'agressivité.

3. L'intégration : c'est l'unification des diverses tendances partielles, parfois contradictoires, en un tout harmonieux (amour et sexualité).

4. L'identification : c'est la réponse à la question : « Qui suis-je ? ».

5. Le deuil : c'est la renonciation à une manière d'être infantile.

Ces dimensions, sont des caractéristiques externes, visibles, manifestes d'une conduite, telle que l'entourage peut l'observer d'une part, et semblent correspondre à une certaine manière d'être du sujet, et donc, à des processus d'organisation mentale, dont la manifestation extérieure est la caractéristique comportementale observée d'autre part. (AREZKI D., (2010), p 156).

6. Les relations chez l'adolescent :

L'adolescence se caractérise par d'importants changements dans l'univers social et relationnel des individus. Ces changements s'expriment de différentes manières : l'élargissement de l'univers social, différenciation des relations et construction d'un univers social propre. (CLAES M., (2005), p 7).

6.1. Les relations familiales :

Les rapports familiaux sont le prototype des relations ultérieures. Il n'en est pas moins vrai qu'un dépassement social de la famille s'avère nécessaire à l'adolescence. Ce dépassement peut parfois être une expérience pénible conduisant au conflit ouvert, mais se traduit beaucoup plus souvent par une expérience d'accession consentie et graduelle à une autonomie sociale personnelle.

Le passage de l'enfance à l'âge adulte se traduit, dans la famille, par une diminution de l'asymétrie des relations et par l'accès à une certaine autonomie du jeune, associée à la reconnaissance mutuelle des statuts. Réciprocité et coopération tendent ainsi à se substituer dans la relation parent/adolescent à l'autorité unilatérale qui caractérisait leur rapport pendant l'enfance.

A l'adolescence, le jeune prend conscience des limites de ses parents, parallèlement à la découverte de ses propres limites. Une bonne communication au sein de la famille nécessite alors qu'il y ait compréhension réciproque. (COSLIN P. G., (2002), p 130-131).

D. Richards (1991), voit que la nature des relations que l'adolescent entretient avec ses parents se modifie au fur et à mesure que ce dernier gagne en autonomie, le temps passé avec les parents diminue sensiblement et constamment au profit du temps consacré aux interactions avec des personnes extérieures à la famille. (CLAES M., (2005), p 7).

6.2. Les relations amicales :

Le groupe de pairs a un rôle important dans la socialisation adolescente. L. Dunphy, distingue deux types de groupes : les groupes primaires, ou cliques, qui sont petits (de 3 à 9 individus), à proximité géographique de résidence, et souvent unisexes, et les groupes secondaires, ou bandes, qui sont plus grands (qui résultent souvent d'une association des cliques), et sont mixtes. Ces deux types de groupes remplissent deux fonctions différentes : les groupes primaires suppléent la famille, et aident à s'en éloigner en sécurité, les groupes secondaires facilitent l'intégration sociale dans des groupes plus vastes, et les rencontres hétérosexuelles. (TOURRETTE C., GUIDETTI M., (2004), p 152).

Le mouvement d'émancipation des influences familiales est en effet parallèle aux investissements dans des activités sociales impliquant des partenaires semblables à eux. L'influence des pairs ne commence pas avec l'adolescence et s'exerce dès le début de la vie sociale où elle assume les mêmes fonctions: développer des habiletés permettant des interactions sociales adéquates et partager intérêt, préoccupations, et sentiments. (COSLIN P. G., (2002), p 137-138).

Ce qui est nouveau chez l'adolescent, c'est son implication dans des groupes différents, se chevauchant et se différenciant par leur taille, et le niveau d'intégration des membres, Au départ informels, liés au quartier ou à la classe, ne regroupant que des jeunes de même sexe, les groupes se structurent dès la dixième année et révèlent alors des amitiés qui

s'avèreront durables dans l'avenir. Pour D. Coleman (1980), vers 10/12 ans, ses relations se fondent plus sur les activités et les jeux que sur les relations en soi ou sur les sentiments. Vers 13/15 ans, prévaut plutôt un affect de confiance réciproque. Les qualités attendues sont alors la sincérité, la loyauté et la confiance ; rejet et trahison sont ce qui est le plus craint.

Vers 17/18 ans, l'accent est mis sur la recherche d'expériences communes et le partage des intérêts. La tolérance face aux différences individuelles s'accroît et la crainte d'être trahi s'estompe. (Ibid. p 137-138).

7. La phobie sociale chez l'adolescent :

La phobie sociale chez l'adolescent est caractérisée comme chez l'adulte par une peur excessive et persistante, dans les situations sociales, c'est à dire quand l'adolescent est exposé au regard d'autrui. Il peut également craindre d'agir de façon embarrassante ou inappropriée. (GUEHL C. M., (2003), p 41).

Ainsi, le refus persistant de prendre la parole devant les autres à l'école ou la mise en place des stratégies pour éviter de se retrouver confronté à eux sont des caractéristiques essentielles de la phobie sociale chez l'adolescent. Il n'est pas rare de rencontrer en consultation des adolescents développant toutes sortes de comportements pour échapper à leurs paires durant le temps scolaire. (Ibid. p 42).

La pression se fait donc de plus en plus forte, que se soit de la part des parents, des enseignants ou des paires. On a de plus en plus d'occasions d'être jugé et il faut trouver sa place. Une autre source de gêne vient des relations avec le sexe opposé, la séduction et la première rencontre avec la sexualité. (SERVANT D., (2005), p 35).

La pratique clinique interroge souvent sur le diagnostic différentiel entre phobie sociale généralisée grave et troubles psychotiques chez l'adolescent. En effet certains adolescents présentent un contact très perturbé, un repli, une inadaptation sociale d'une telle intensité que la question d'un processus schizophrénique débutant est inévitablement

soulevée. Lorsque l'inhibition est telle que l'expression est réduite à un strict minimum, le clinicien suspecte parfois un processus délirant, voire dissociatif sous jacent, dont il ne peut obtenir une infirmation ou une confirmation formelle. (GUEHL C. M., (2003), p 42).

Selon le DSM-VI l'adolescent ayant une phobie sociale est comme l'adulte, reconnaissant que ses peurs sont excessives ou irraisonnables, ce qui n'est pas toujours le cas chez l'enfant. (GUELFY J. D., et coll, (2003), p 518).

Synthèse :

L'adolescence est une période très sensible dans le développement de l'individu, elle se caractérise par des changements physiques et psychiques qui contribuent à la construction de l'identité.

Chapitre III :

Le sentiment de solitude

Préambule :

Dans ce chapitre on va aborder premièrement quelques définitions données au sentiment de solitude, ses caractéristiques essentielles, ses différentes formes, ainsi que les facteurs liés à ce sentiment. Puis on va aborder l'explication donnée par les cognitivistes et les comportementalistes au sentiment de solitude, ainsi que son explication selon d'autres théories. Pour inclure avec le sentiment de solitude chez l'adolescent.

1. La définition de la solitude :

La notion de solitude, employée tant dans le langage courant que dans une bonne partie des écrits scientifiques, paraît ambiguë. Loin d'être fixé d'avance, son sens varie selon les interprétations. De façon générale, la solitude est définie comme l'état d'être seul. Une personne peut être seule, soit physiquement, quand des facteurs de l'environnement l'empêchent d'être en contact avec les autres, soit mentalement, quand elle n'a pas ou peu de communication avec les gens de son entourage malgré leur présence ou leur proximité, soit physiquement et mentalement. (SAINT-LAURENT L., (1998), p 9).

La solitude est en générale un état désagréable causé par des relations insuffisantes en nombre et en qualité. C'est un sentiment subjectif qui n'est pas nécessairement lié à une situation objective d'isolement social bien qu'il puisse y avoir des liens entre le sentiment de solitude et le fait de vivre seul. (KOSCIELAK R., (1996), p 33).

J. Gierveld décrit la solitude comme la perception subjective d'un manque désagréable et inacceptable de « **qualité** » de certaines relations sociales. (DIRICX B., (2005), p 25).

A. Mayrat introduit dans sa définition le terme d'« **isolement** » souvent mis en lien avec le sentiment de solitude. Les deux concepts sont pourtant à différencier : « Plusieurs

auteurs ont fait la différence entre un état d'isolement et le sentiment de solitude. L'état d'isolement n'engendre pas nécessairement un sentiment de solitude. Celui-ci peut naître chez des personnes parfaitement bien entourées ». (MEYER M., (2009), p 9).

2. Les caractéristiques de la solitude :

Les gens souffrant de solitude auraient davantage de comportements déficients au niveau des relations interpersonnelles : timidité, faible niveau d'affirmation de soi, introversion. Il a été démontré que les gens souffrant de solitude ne possèdent pas les habiletés nécessaires pour démarrer et développer des relations interpersonnelles satisfaisantes. De plus, T L. Mahan, K S. Rook et N. Krause (2008) avancent que la solitude serait directement reliée à des maladies comme la dépression, le suicide, l'agressivité, une faible estime de soi et augmenterait la vulnérabilité face aux problèmes de santé.

De plus il est important de différencier la solitude et le concept du sentiment de solitude. La solitude réfère au fait d'être physiquement éloigné des personnes significatives. Pour sa part, le sentiment de solitude est ce qu'éprouve, de façon subjective, une personne qui se sent seul, lorsqu'elle n'a pas autant de contacts qu'elle le désire ou que ces derniers ne comblent pas ses besoins.

Selon G. Sand (2006), une telle expérience est considérée comme négative et, est très difficile à vivre. Comme l'avance aussi H. Hannoun (1993), une personne vivant de la solitude n'est pas forcément une personne isolée. Selon cet auteur, le sentiment de solitude n'est pas nécessairement vécu dans une situation d'isolement physique, mais plutôt sur « **différents modes d'intériorisation personnelle** ».

Les gens qui se sentent seuls attribuent leur solitude à des causes internes et stables. Ils se perçoivent comme ayant peu de contrôle, ils ont une perception négative d'eux-mêmes, ils

se sentent coupables de leur faible capacité d'entrer en relation avec les autres et se sentent inadéquats. (BERGER M., (2009), p19-20).

3. Les différentes formes de la solitude :

Afin de comprendre cette souffrance psychologique et, de développer des moyens efficaces à y répondre, il faut d'abord identifier sa nature spécifique. En effet, on peut différencier entre quatre formes liées de l'expérience de solitude.

3.1. La solitude émotionnelle :

La solitude émotionnelle résulte de l'absence de toute forme de relation intime de proximité, et un sentiment permanent de vide relationnel. Il s'agit du sentiment subjectif d'être seul et de ne pouvoir utiliser le réseau social existant. (ARCHER E., (2001), p 446).

Elle exprime selon les psychanalystes, un échec de l'attachement et s'inscrit dans une histoire personnelle ancienne qui trouve ses racines dans les premières relations établies avec les parents. Cette forme de solitude est particulièrement délétère, puisqu'elle revêt un caractère permanent et limite, à tout âge les possibilités d'établir des liens significatifs avec les autres. (CLAES M., (2005), p 55).

Elle est particulièrement nocive par sa permanence et l'empêchement qu'elle entraîne de nouer des relations avec les autres. (COSLIN P. G., (2007), p56).

3.2. La solitude sociale :

La solitude sociale traduit le sentiment qui émane de l'absence des liens avec un groupe significatif. Cette forme de solitude émerge pour la première fois à l'adolescence et, traduit les sentiments d'impuissance et de l'ennui de celui qui s'estime abandonné par ses copains lors d'une sortie ou qui a été écarté lors de la formation d'un groupe ou d'une équipe de jeu. Certaines caractéristiques personnelles peuvent expliquer cette forme d'isolement, la timidité, l'anxiété ou le repli social, mais le rejet ou l'exclusion proviennent parfois de l'environnement. (CLAES M., (2005), p 55).

Selon S.A. Weiss (1973), la solitude sociale traduit un sentiment d'échec dans l'établissement des relations avec les autres ou l'intégration dans des groupes, particulièrement des groupes de loisirs. Cette forme de solitude s'accompagne souvent de sentiments d'abandon, de marginalité et de rejet. (MARGALIT M., (2010), p 6).

3.3. La solitude existentielle :

La solitude existentielle a été définie comme une auto-perception d'isolement personnel, une condition première et inévitable de l'existence, liée à des sentiments d'inutilité personnelle, d'impuissance, d'isolement et de la perte de la liberté. Les puissants événements tragiques, comme la mort d'un proche ou une séparation, peuvent déclencher la solitude existentielle. En outre, les transitions inévitables dans la vie, tels que les changements du travail, maladies mortelles et les catastrophes naturelles peuvent également générer un sentiment de solitude existentielle. (Ibid. p7).

3.4. La solitude de représentation:

La solitude de représentation se produit, lorsque la conscience de l'autre entre en conflit avec la conscience que le moi ne peut jamais être compris par les autres dans sa totalité, car il ne peut jamais être vécu par quelqu'un d'autre. Ce type de solitude est assez similaire à la solitude existentielle due à la perte d'une expérience positive. Pourtant, contrairement à la solitude existentielle, elle est exacerbée par la présence des autres. Elle émerge de la volonté d'être compris par des personnes importantes, la prise de conscience de l'agonie déçue de peu de proximité "les gens ne comprendront pas", et de la distance personnelle. (Ibid. p7-8).

4. Les facteurs déclenchants du sentiment de solitude :

L'image de soi et l'estime de soi sont des facteurs très importants dans la manière dont nous percevons notre vie émotionnelle. Les individus qui ont une image négative d'eux-mêmes ne se sentent pas bien dans leur peau, ce qui peut les entraîner à se sentir plus facilement esseulés, précisément de fait de leur réticence au contact avec les autres liées à cette image négative. De plus il a été montré que les personnes qui ont une image négative d'elles-mêmes ont souvent des aptitudes sociales réduites ce qui, une fois encore, entraîne la spirale de la solitude. (DIRICX B., (2005), p 13).

Cette situation peut s'exprimer par un manque de motivation à nouer des contacts avec les autres. Ces personnes n'ont pas le sentiment d'être des interlocuteurs valables et ont l'impression que personne ne s'occupe d'elles.

Cette situation peut également se manifester par une diminution des aptitudes sociales, une augmentation des angoisses sociales et une intensification de leur caractère introverti.

Le lien entre l'absence de motivation de contact et la solitude a entre autres été constaté dans une étude réalisée par R. Anderson. Les personnes qui souffrent de solitude et qui s'avèrent incapables de nouer de nouveaux contacts semblent aussi généralement peu motivées pour chercher à en créer. Selon les chercheurs, ce comportement s'explique par le fait qu'étant donné que ces personnes ont une image négative d'elles-mêmes, elles se culpabilisent de l'échec de leurs tentatives de nouer des contacts. (Ibid. p13).

Le sentiment de solitude peut aussi être lié aux maladies et à l'handicap. La solitude de malade peut être émotionnelle, sociale, et même existentielle. Le malade se sent seul dans l'affrontation de l'angoisse de sa maladie et dans les décisions qu'il doit prendre, même lorsque les autres se tiennent à ses côtés bénévolement, en le soignant et en l'accompagnant. La douleur est sienne même s'il y a quelqu'un qui lui propose la présence et le partage. Il perçoit que les autres peuvent souffrir avec lui, mais pas pour lui. (SANDRIN L., (2005), p 3).

5. Le modèle cognitif et comportemental du sentiment de solitude:

Les cognitivistes, comme L. Peplau et L. Perlman (1981) mettent l'accent sur les facteurs qui interviennent dans le sentiment de solitude. Ils proposent la définition suivante: « expérience déplaisante qui apparaît quand le réseau de relations sociales de la personne présente un déficit quantitatif et qualitatif. Ainsi, la solitude se traduit par une expérience unipolaire négative ». (THIBODEAU S., (2006), p 42).

Selon L. Peplau, L. Perlman et leurs collaborateurs, les antécédents et les ressources cognitives de la personne sont les deux principaux facteurs qui provoquent le sentiment de solitude.

À la lumière d'expérimentations et de résultats de recherche, L. Peplau, L. Perlman et leurs collaborateurs suggèrent plusieurs antécédents possibles de la solitude. Cependant, il ne semble pas qu'il existe une étude qui fait une vérification systématique de l'ensemble de ces

facteurs susceptibles d'influencer son développement. Dans leur recherche sur les antécédents de la solitude, les chercheurs qui s'inscrivent dans l'approche cognitive se penchent sur des facteurs personnels et environnementaux ainsi que sur des influences tirées du présent et du passé. Ils en viennent à la conclusion que le réseau causal est complexe. (THIBODEAU S., (2006), p 42).

En effet, les antécédents qu'ils intègrent à leur théorie n'ont pas nécessairement tous la même influence sur la solitude. Certains de ces antécédents peuvent s'influencer mutuellement et opérer simultanément dans l'occurrence de la solitude. À titre d'illustration de cette influence mutuelle, L. Peplau, L. Perlman et leurs collaborateurs suggèrent que la timidité et le fait d'être différent des autres peuvent influencer l'occurrence de la solitude.

Selon eux, il est possible que le simple fait d'être différente des autres n'engendre pas nécessairement de la solitude chez une personne si elle n'est pas timide et n'hésite pas à entrer en relation avec les autres. Par contre, si cette personne est différente des autres et qu'en plus elle souffre de timidité, elle risque plus de ressentir de la solitude. (Ibid. p 42).

L. Peplau, L. Perlman et leurs collaborateurs présentent deux principales formes d'antécédents: les événements ou les changements qui déclenchent le sentiment de solitude, et les facteurs qui prédisposent un individu à devenir seul ou qui le maintiennent dans cette situation. (ROTENBERG K. J., HYMEL S., (1999), p 13).

La solitude est encore analysée différemment par les chercheurs qui se réfèrent aux théories de l'apprentissage. Selon J R. Rotter (1966) et B. Bandura (1977), un comportement donné en l'occurrence la solitude, est déterminé par les attentes de l'individu, par les renforcements existants et par les situations psychologiques. (KOSCIELAK R., (1996), p 34).

6. D'autres modèles expliquants le sentiment de solitude :

6.1. Le modèle sociologique :

Selon l'approche sociologique, les facteurs culturels et la structure des institutions sociales ont également une influence sur l'émergence du sentiment de solitude. Selon cette théorie, la civilisation peut exercer « **un contrôle à distance** » sur les individus qui ont besoin de l'acceptation et de l'approbation de la société, pour pouvoir s'adapter à leur environnement humain. Les personnes sont ainsi pilotées de l'extérieur et se coupent de leur moi profond, de leurs sentiments et de leurs désirs. Les événements extérieurs provoquent chez ces personnes un sentiment de solitude. (KOSCIELAK R., (1996), p 34).

6.2. Le modèle existentiel :

Les existentialistes pensent que la cause de la solitude est à rechercher dans l'essence de la nature humaine. Selon eux, toute existence psychologique est basée sur l'état de séparation. Personne ne peut vraiment connaître nos pensée ni nos sentiments. (KOSCIELAK., (1996), p 34). Celle-ci se considère donc comme inhérente à la nature humaine. (SAINT-LAURENT L., (1998), p 9).

6.3. Le modèle psychanalytique :

La psychanalyse ne considère pas la solitude comme un concept. Elle ne figure pas d'ailleurs pas dans l'index thématique du dictionnaire de la psychanalyse. Selon les psychanalystes, la solitude va de pair avec la construction de l'individu. Dès la naissance, l'individu éprouve la solitude, et le sentiment de mal-être qui l'accompagne se trouve dans la

perpétuation du souvenir du paradis perdu. F. Dolto affirme que la solitude permet de dépasser le stade du sentiment de solitude. (DOLTO F., (1988), p 17).

Pour S. Freud, le sentiment de solitude ferait écho, à tout âge, aux expériences archaïques de détresse qu'a traversées le sujet dans sa petite enfance. Il associe cet état de détresse initiale du sujet à la prématurité propre au petit d'homme : immature physiologiquement, il est dépendant de l'adulte pour la satisfaction de chacun de ses besoins. La prise de conscience progressive de cette dépendance entraîne chez l'enfant un intense sentiment de solitude, notamment lors de l'absence des figures parentales. (DUPONT S., (2011), p 8-9).

7. Le sentiment de solitude chez l'adolescent :

Aujourd'hui, l'adolescence est considérée, avec la vieillesse, la période de la vie où les individus éprouvent le sentiment de solitude de la façon la plus intense, que celui-ci soit associé ou non à un état d'isolement concret. Ce sentiment est renforcé par la tâche de s'intégrer à la société adulte, et de quitter le monde protégé de l'enfance, où l'adolescent vivait sous le regard des parents. (DUPONT S., (2011), p 8-9).

Selon J. François, les adolescents ont sans doute toujours été confrontés à des formes spécifiques de solitude : L'angoisse devant la séparation pourtant inéluctable d'avec les parents, l'impossibilité de la communication entre les jeunes, le sentiment d'être incompris par les autres et la recherche plus ou moins fructueuse de sa propre identité. (FRANCOIS J., (1986), p 26).

Ce processus atteint son maximum vers douze à quinze ans, et s'atténue vers seize à vingt ans, c'est-à-dire la période où les repères de socialisation changent selon J. M. Ostrov (1978). Selon d'autres recherches, l'âge où le sentiment de solitude est ressenti le plus fortement est légèrement plus élevé (vers 18 à 22 ans). (KAUFMANN J. C., (1995), p 126).

A l'adolescence, comme le rappelle L. Claes (2003), l'expérience de la solitude est perçue de façon particulièrement négative sur le mode de l'exclusion et de rejet. Les jeunes

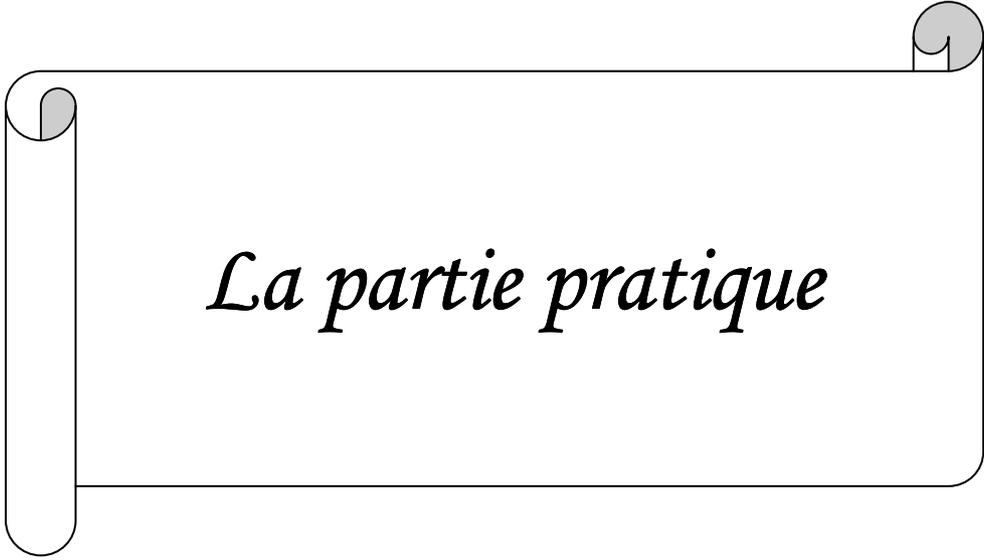
acceptent difficilement d'être seuls, la solitude allant à l'encontre des impératifs développementaux propres à cette étape de la vie. (COSLIN P. G, (2007), p 55-56).

Cependant selon P. Bernard, l'adolescence comme toutes les périodes de crise, est une période de solitude. Mais s'il existe un besoin et un désir à la fois d'être seul pour développer sa propre formation, il existe parallèlement un besoin d'être avec les autres de son âge pour partager leurs valeurs et surtout leurs protestations qui aboutissent en définitive aux groupements et au phénomène de bandes. (BERNARD P., (1979), p 79).

J M. Larson (1999), voit que la solitude n'a pas que des effets négatifs. Après 15 ans, elle peut avoir également une influence positive sur les changements développementaux, permettant aux jeunes de se sentir plus calmes, d'améliorer leur humeur ou de mieux se concentrer sur des tâches difficiles. (COSLIN P. G, (2007), p 56-57).

Synthèse :

Le terme de solitude est aujourd'hui très utilisé. Il semble évoquer des ressentis et des réalités bien différents. On peut être entouré affectivement et socialement, mais toujours avoir présenté en soi cette sensation que personne d'autre que nous ne peut comprendre ou apporter des réponses à nos problèmes.



La partie pratique

Chapitre IV :

La méthodologie de la recherche

Préambule :

Les recherches en psychologie clinique sont basées sur une méthodologie bien définie, un terrain de recherche, des outils d'évaluation et une population d'étude.

En effet dans ce chapitre on va présenter en premier lieu le lieu et la démarche de la recherche, ainsi que la population d'étude et ses caractéristiques. On va ensuite présenter les techniques et les outils d'évaluation. Pour finir par décrire comment s'est déroulée notre recherche sur le terrain.

1. La présentation du lieu de la recherche :

Notre recherche a été effectuée au niveau de l'unité de dépistage et de suivi (U.D.S) d'El-Kseur:

L'unité de dépistage et de suivi d'El-Kseur est située au niveau de TECHNICUM SALHI HOUSSINE, commune d'El-Kseur, Wilaya de Béjaia. Elle a été ouverte en septembre 2008, elle accueille les élèves de tous les établissements scolaires de la commune d'El-Kseur, pour des dépistages et des suivis.

1.1. Le cadre physique :

L'U.D.S est constituée de cinq bureaux ; un pour le médecin, un pour le dentiste, un pour l'orthophoniste, un pour les psychologues, et un pour les paramédicaux. Deux sanitaires un pour les élèves et l'autre pour le personnel, ainsi qu'une salle d'attente.

1.2. L'équipe professionnelle :

L'équipe professionnelle est constituée d'un médecin, dentiste, orthophoniste, quatre psychologues, et deux infirmières. L'équipe s'en charge de :

- Visites médicales régulières, et le dépistage des maladies.
- Diagnostic de la maladie, et son explication aux parents d'élèves.
- Assurance d'une bonne prise en charge de l'élève malade.
- Vaccination des élèves en coordination avec les services de la lutte contre les épidémies et les directeurs des établissements.
- L'orientation des cas avec maladies infectieuses.
- La prise en charge psychologique des élèves.

2. La démarche de la recherche :

La démarche de la recherche est définie par M. Angers comme : « l'ensemble des méthodes et techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et qui guide la démarche scientifique ». (ANGERS M., (1997), p 367).

2.1. La méthode utilisée :

Dans notre travail, on a adopté la méthode descriptive dont toutes les recherches en psychologie cliniques font principalement appel. Cette méthode intervient en milieu naturel et tente de donner une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière, dans l'objectif est d'identifier ses composantes et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes. (CHAHRAOUI KH., BENONY H., (2003), p 125). Elle consiste selon M. Guider « à définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existant entre eux ». (GUIDERE M., (2005), p 29).

Parmi les méthodes descriptives, on a choisi l'étude de cas, qui consiste à une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. La méthode clinique est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. Elle sert à accroître les connaissances concernant un individu donné. Elle permet de regrouper un grand nombre des données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages de proches) à fin de mieux comprendre le

sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. (Ibid. p 126).

3. Les techniques et les outils de la recherche :

On a utilisé dans ce travail de recherche, l'entretien et les échelles cliniques, dans le but est de recueillir le plus d'informations possible sur notre population de la recherche.

3.1. L'entretien clinique de la recherche :

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre des disciplines de sciences humaines, particulièrement en psychologie clinique, pour objectifs de créer de connaissances nouvelles, de produire des données et de permettre des généralisations (CHAHRAOUI KH., BENONY H., (1999), p 61). Il représente un outil indispensable et irremplaçable, pour avoir accès aux informations subjectives des sujets. (CHAHRAOUI KH., BENONY H., (2003), p 114).

Ce qui spécifie l'entretien clinique de la recherche est son « attitude clinique qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique. (Ibid. 114).

Selon A. Blanchet l'entretien clinique « 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 paroles lui-même [...] ». (CHAHRAOUI KH., BENONY H., (1999), p 64).

3.1.1. L'entretien semi-directif :

Il existe plusieurs types d'entretiens cliniques de recherche, dont on a choisi l'entretien semi-directif, qui est définis par C. Chiland comme « la situation où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien

sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple ». (CHILAND C., (1983), p 119).

Le chercheur dispose dans ce type d'entretien, d'un guide de questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. (CHAHRAOUI KH., BENONY H., (2003), p 143).

Le chercheur est donc libre de poser les questions dans l'ordre qui lui semble le plus approprié, comme il peut poser des questions supplémentaires afin d'approfondir un sujet. L'avantage principal de cette méthode est qu'elle procure au chercheur une plus grande flexibilité dans la réalisation de l'entretien. Elle permet donc au sujet de répondre au plus d'une question lors des questions ouvertes. (VALLERAND R. J., HESS U., (2000), p516).

3.1.2. Le guide d'entretien :

Notre guide d'entretien est composé de 4 axes. Chaque axe est constitué de questions principales en relation directe avec notre recherche et d'autres secondaires posées pour recueillir plus d'informations possibles sur la phobie sociale chez notre population d'étude. Les questions posées sont de type directif et semi-directif, elles sont posées en langue française et en kabyle à fin d'assurer la bonne compréhension de celles-ci.

- Les informations personnelles.
- 1. Les informations en relation avec la famille.
- 2. Les informations en relation avec la vie sociale.
- 3. Les informations en relation avec la scolarité.
- 4. Les informations en relations avec la phobie sociale.

3.2. Les échelles cliniques :

Les échelles d'évaluation se distinguent des tests psychométriques car elles ne comparent pas les sujets les uns aux autres, mais donnent une note, et elles ne confrontent pas directement le sujet au matériel. Ces échelles existent sous deux formes : échelles d'hétéro-

évaluation, remplies par le clinicien, et d'auto-évaluation remplies par le sujet. (PEDINIELLI J. L., (2005), p 54).

Les informations issues des échelles cliniques ont pour objectif de préciser le diagnostic symptomatique ou syndromique, des caractéristiques psychologiques mais aussi le fonctionnement psychique singulier permettant l'identification des problèmes d'un sujet. (CHAHRAOUI KH., BENONY H., (2003), p 33).

Les échelles servent, en clinique comme en recherche, à qualifier et à quantifier, de manière standardisée et précise, un état ou un trait en vue d'un diagnostic, d'un examen, des effets d'un traitement ou d'une analyse des processus. (PEDINIELLI J. L., (2005), p 54).

3.2.1. L'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee :

Cette échelle est élaborée en 1994 par M. L. Raulin et J. L. Wee et validée sur la population arabe par M. M. Desoky en 2004 à l'université de Manovie.

L'échelle est composée de 32 items, à lesquelles le sujet va répondre par « Oui » ou « Non ».

La cotation se fait en donnant 2 points si la réponse est « Oui », et 1 point si la réponse est « Non ». La cotation des réponses sur les items (3, 7, 14, 16, 17, 27, 28) est inversée, c'est-à-dire on donne 1 point si la réponse est « Oui » et 2 point si la réponse est « Non ».

A cette échelle le répondant peut réaliser un score de 32 à 64. Plus que le score est proche de 64, plus la personne éprouve une phobie sociale intense. (ABD AL RAZEK G., et coll (2006), p 272).

3.2.2. L'échelle de la solitude de Jong-Gierveld :

Dans l'élaboration de cette échelle, la solitude a été considérée comme une perception subjective n'étant pas directement liée à des facteurs causaux. La solitude comprend la perception d'un manque tant quantitatif que qualitatif dans le domaine des relations sociales.

A l'origine, cette échelle comprenait 34 items. Lors de son élaboration, ses intégrateurs ont analysé ce qu'avaient raconté 114 personnes seules sur leur expérience en matière de solitude. Par le biais d'un entretien semi-structuré, 556 femmes et hommes ont répondu aux questions d'une échelle comprenant 34 items. Etant donné que cette échelle était surtout axée sur la détection des personnes étant très seules, elle a été adaptée et le résultat final est une échelle de 11 items reflétant des différents niveaux de solitude.

A cette échelle le répondant peut réaliser un score de 0 à 11. Plus le score est proche de 11, plus la personne se sent seule. Cette échelle se compose de 11 items dont 6 sont formulés de manière négative et 5 de manière positive.

Cette échelle satisfait aux exigences théoriques strictes en matière de mesure. La commission de test de Pays-Bas (COTAN) et le « **Nederlands Instituut van Psychologen** » ont évalué cette échelle de solitude le 18 Avril 2000 en commentant comme suit :

1. Point de départ d'élaboration de test : bon.
2. A. Qualité du matériel de test : satisfaisante.
B. Qualité du mode d'emploi : satisfaisante.
3. Normes : satisfaisantes.
4. Fiabilité : bonne.

Après que le répondant ait rempli le questionnaire, on peut donc déterminer son score de solitude. Cette évaluation se fait en additionnant les réponses positives, neutres et négatives. (DIRICX B., (2005), p 37-38).

4. La population de la recherche et ses caractéristiques :

4.1. Les critères de la sélection de la population :

On a choisi notre population de recherche selon des critères bien précis, présentés si de-sous :

1. Sont des adolescents dont l'âge varie entre 12 ans et 18 ans.
2. Sont des adolescents souffrants d'une phobie sociale.
3. Sont des adolescents scolarisés.

4.2. Les caractéristiques de la population :

Notre population de recherche présente des caractéristiques qui sont décrites dans le tableau suivant :

Tableau N° 02 : Les caractéristiques de la population de recherche :

Les sujets Caractéristiques	A	B	C	D	E	F
Le sexe	Féminin	Masculin	Féminin	Féminin	Masculin	Féminin
Le classement dans la fratrie	Quatrième	Benjamin	Ainée	Quatrième	Ainé	Benjamine
L'âge	18 ans	18 ans	12 ans	17 ans	17 ans	14 ans

On a remarqué à partir de ce tableau, que notre population de recherche est de deux sexes, dont (05) filles et (02) garçons, et d'âges différents, dont deux ont 18 ans, deux ont 17

ans, un a 14 ans et un a 12 ans, Leur classement dans la fratrie est aussi varié entre l'un et l'autre.

5. Le déroulement de la recherche:

Notre pratique a duré 30 jours, du 03 Mars jusqu'au 03 Avril 2013.

5.1. La pré-enquête :

La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche scientifique. Elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits à fin de recueillir le plus d'informations possible, qui vont permettre le déroulement de l'enquête. Elle est la phase du terrain assez précoce, dont le but essentiel est de construire une problématique précise et des hypothèses fiables, argumentées et validées. (AKTOUF O., (1987), p 102).

Notre pré-enquête est effectuée en recueillant en premier lieu des renseignements dans plusieurs unités de dépistage et de suivi (U.D.S) du Wilaya à fin de préciser le lieu adéquat pour effectuer notre recherche. On a en fin opté à choisir l'U.D.S d'El-Kseur après avoir s'assurer de la disponibilité de notre population de recherche.

On a obtenu en suite l'autorisation du responsable de l'U.D.S, après avoir on s'est présenté et on a présenté notre thème de recherche.

5.2. Le déroulement de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé dans le bureau de psychologue, avec la présence de ce dernier, qui nous a orienté, et nous a facilité la communication avec notre population de recherche. Après avoir fixé un rendez-vous avec notre population de recherche, nous nous sommes donc présentés, et nous avons présenté notre thème de recherche, ce qui nous a aidé à gagner la confiance de cette dernière.

Au cours de l'entretien on a utilisé le langage kabyle, à fin d'assurer l'expression spontanée de notre population de recherche.

5.3. La passation des échelles :

On a fait premièrement la passation de l'échelle de la phobie sociale de M. L. Raulin et J. L. Wee, à fin d'évaluer l'intensité de cette dernière, on a ensuite demandé à nos sujets de remplir l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, qui nous a permis d'évaluer le sentiment de solitude chez ces derniers.

Synthèse :

La méthode de recherche en psychologie clinique permet d'assurer une meilleure organisation de travail de la recherche. Ce qui permet une bonne compréhension de déroulement de la démarche adoptée.

Chapitre v :

*La présentation, l'analyse des
résultats et la discussion des
hypothèses*

Préambule :

Dans ce chapitre, on va présenter chaque cas, avec l'analyse des résultats de ses réponses à l'entretien et aux échelles de la phobie sociale de Raulin et Wee, ainsi que celle de la solitude de Jong-Gierveld.

On va présenter en suite l'analyse générale des cas et en va finir par la discussion de nos hypothèses.

1. La présentation des cas et l'analyse des résultats :

1.1. La présentation du cas : « A ».

Il s'agit de « A », adolescente âgée de 18 ans, lycéenne en 3eme année lettre et philosophie. Mademoiselle « A », est la quantième d'une fratrie de cinq enfants ; trois frères et une sœur. Le père est décédé depuis sept ans, la mère est encore vivante.

Mademoiselle « A » est entrée au bureau, avec une tête baissée, un visage rouge, des pas un peu lents, elle est installée à coté gauche, ses mains tremblent, elle n'a pas cessé de les bouger.

Lors de l'entretien sa voix était basse, ses réponses étaient très fermées, mais avec l'aide du psychologue de centre on a réussi à la rassurer, ce qui lui permet de parler plus à l'aise.

1.1.1. L'analyse de l'entretien :

Depuis la mort de son père, la famille ne vit plus comme avant d'après les affirmations de notre sujet. Des conflits avec leurs oncles après la mort de leur père les ont obligés de

quitter la grande famille et de vivre dans une maison loin de cette dernière. Ce sont les deux grands frères qui prennent donc la responsabilité de la famille. La relation de « A » avec ces deux derniers est bonne d'après ses dires, mais elle manque de communication.

Sa relation avec le petit frère est aussi bonne, mais la communication est pauvre « Je ne peux pas partager mes secrets avec mon petit frère, je le vois petit et il ne peut pas me comprendre ou m'aider » affirme-elle. « A » se sent qu'elle est très loin de sa mère, elle ne peut pas partager ses difficultés avec elle, ni lui parler de ses problèmes, surtout après la mort de son père, c'est comme si elle a perdu les deux parents d'après ses relances « Ma mère a complètement changé après la mort de mon père, je me sens que je l'ai perdu aussi, je ne peux pas lui parler de mes difficultés quotidiennes, je ne veux pas lui ajouter mes problèmes ». Mademoiselle « A » ressent toujours un vide intérieur, elle ne trouve pas quelqu'un dans la famille avec qui elle partage ses difficultés sauf sa sœur qui l'aide dans quelques situations.

Les relations sociales de mademoiselle « A » sont également pauvres, elle n'a que deux amies et elle ne partage ses préoccupations qu'avec une d'elles. Dernièrement notre sujet aperçoit que cette dernière s'éloigne d'elle sans raison « Je me sens qu'elle veut s'éloigner de moi, et je ne vois pas pourquoi » affirme-t-elle.

Notre sujet fait difficilement des amis, elle craint des autres, et de ce qu'ils vont penser d'elles si elle se rapproche d'eux. Elle sent que les autres la jugent mal et la rejettent. Elle évite totalement le contact avec le sexe opposé, elle se sent incapable de parler avec eux, ou même de demander un service. Elle évite aussi de parler avec les inconnus ou de leur demander un service.

D'après ses réponses à l'entretien, « A » avait de bonnes relations avec ses camarades de classe, mais qui sont pauvres, surtout avec le sexe opposé. Avec les enseignants, les relations de notre sujet sont également pauvres, elle ne peut pas demander la parole en classe, ni participer ou poser des questions quand elle ne comprend pas quelque chose, ce qui a causé ses mauvais résultats d'après ses affirmations « Si je demande à mes enseignants de me répéter ce que je n'ai pas compris, et si je participe à la classe, je n'échouerai pas et j'aurai des bons résultats ».

Le trouble de mademoiselle « A » s'est aggravé après la mort de son père, quand elle avait 11 ans et donc avec son entrée à l'adolescence. Sa séparation avec ses cousins, leur

déménagement après le conflit avec la grande famille et l'obligation de s'adapter à sa nouvelle situation et à un nouvel environnement ont renforcé le développement de sa phobie sociale « J'étais timide depuis mon enfance, mais après la mort de mon père et notre déménagement, ma timidité s'est aggravée de plus en plus ».

Notre sujet veut se débarrasser de son trouble qui interrompe sa vie sociale et scolaire. C'est ce qu'on a constaté d'après ses dires : « Je veux changer, je veux être une personne courageuse, qui demande tous ce qu'elle veut et donne ses avis sans craindre personne ».

1.1.2. L'analyse des résultats des échelles :

Tableau N° 03 : La présentation des résultats de l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee pour le cas « A » :

لا	نعم	العبارات
X		1. أحب البقاء في الفراش حتى لا أرى أي شخص.
X		2. استمتع بالوحدة.
X		3. أفضل عاده أن أكون في صحبة الأصدقاء على أن أكون وحيدا.
	X	4. أشعر برغبة ملحة في أن أرحل على الفور عند دخولي حجرة مكتظة بالناس.
	X	5. يمثل التفاعل أو التواصل مع الآخرين عبئا نفسيا عليّ.
	X	6. لا أستطيع أن أشعر بالاسترخاء إلا إذا كنت بمفردي.
X		7. أستمتع بالتعامل مع نوعيات مختلفة من الناس.
	X	8. أبتعد عن الآخرين قدر الإمكان.
	X	9. أمارس هواياتي المفضلة بمفردي.
	X	10. أخبر الآخرين أنني لست على ما يرام لأتجنب مشاركتهم في القيام ببعض المهام.
	X	11. أشعر بالارتياح عندما أكون بمفردي.
	X	12. أشعر بالقلق أثناء تواجدي مع الآخرين.

	X	13. أفضل تناول الطعام بمفردي عن تناولة مع الآخرين.
X		14. أفضل السفر مع الأصدقاء عن السفر بمفردي.
	X	15. أفضل الذهاب الى السينما بمفردي.
X		16. أستمتع دائما بوجودي مع الآخرين.
X		17. أفضل الخروج مع الأصدقاء عن الجلوس وحدي بالبيت.
	X	18. عندما أتحدث مع الآخرين تمتلكني رغبة قوية في التوقف عن الكلام والابتعاد عنهم.
	X	19. تواجدي مع الآخرين يسبب لي الإرهاق.
	X	20. أشعر غالبا بالرغبة في مغادرة الحفلات دون وداع أصدقائي.
X		21. حتى عندما أكون في حاله نفسية جيدة، لا أفضل التواجد مع الآخرين.
	X	22. أتمنى مرور اليوم سريعا حتى أصبح بمفردي.
	X	23. أتمنى أن يتركني الآخرون وحدي.
	X	24. أشعر بالأمان عندما أكون بمفردي.
	X	25. عندما أجلس في مكان مزدحم أشعر بدافع قوي في ترك المكان.
X		26. أحتاج أن أكون بمفردي تماما لعدة أيام.
X		27. أشعر بالارتياح عندما أكون مع الآخرين.
X		28. أحب قضاء وقت فراغي مع الآخرين.
	X	29. عندما أقرر أن أكون مع الآخرين أندم على ذلك فيما بعد.
	X	30. يصيبني إرهاق شديد لا يمكن احتماله نتيجة تواجدي مع الآخرين.
	X	31. أعتبر نفسي شخصا وحيدا أو منعزلا عن الآخرين.
	X	32. أتمنى أن أكون بمفردي أو وحيدا معظم الوقت.
	59/64	المجموع

Après l'entretien avec le sujet, nous lui avons demandé à remplir l'échelle de la phobie sociale de M. L. Raulin et J. L. Wee, à fin d'évaluer l'intensité de cette dernière. Cette échelle nous a bien montré que « A », souffre d'une phobie sociale avec un niveau de 59 sur 64, qui est un niveau élevé.

Les réponses négatives (Non), aux items (3, 7, 14, 16, 17, 27, 28) nous ont permis de constater la présence de la phobie sociale chez mademoiselle « A ».

Tableau N° 04 : La présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld pour le cas « A » :

لا	أحيانا	نعم	العبارات.
	X		1. لدي دائما أحد أستطيع التحدث معه عن مشاكل اليومية
		X	2. أفتقد كثيرا صديقا حميما
		X	3. أحس عامة بفراغ داخلي
		X	4. لدي عدة أشخاص أستطيع الاعتماد عليهم عندما أواجه مشاكل
	X		5. أفتقد لمصاحبة الغير
		X	6. دائرة أصدقائي و معارفي ضيقة جدا
		X	7. هناك عدة أشخاص أستطيع أن أضع فيهم ثقة كاملة
	X		8. أشعر أنني قريب من عدد كاف من الناس
	X		9. أمل من عدم وجود أشخاص حولي
	X		10. أشعر دائما أنني منبوذ (مرفوض)
		X	11. أستطيع الاعتماد على أصدقائي عندما أحتاج إليهم

La solitude émotive : 6/6

La solitude sociale : 2/5

Le niveau total de la solitude : 8/11

A partir des scores obtenus de l'échelle de solitude de Jong-Gierveld, on a pu constater que notre sujet présente un degré relatif de sentiment de solitude, avec un score de 8 sur 11. Mademoiselle « A » se sent seule, notamment au sein de la famille, elle ne trouve pas quelqu'un avec qui elle peut partager ses difficultés quotidiennes.

Les réponses aux items (2, 3, 5, 6, 9, 10), sont positives et neutres, ce qui nous a permis de constater que notre sujet « A », souffre d'un degré très élevé de solitude émotionnelle, qui atteint un score de 6 sur 6. Cette solitude se manifeste par un sentiment permanent de vide relationnel. Alors que la solitude sociale est faible chez notre sujet « A », avec un score de 2 sur 5.

Synthèse du cas « A » :

A partir de l'entretien, il est avéré que mademoiselle « A », présente des symptômes de la phobie sociale qui se résument d'une grande inhibition dans des situations sociales et de performance, sa phobie s'est développée après la mort de son père et notamment après leur déménagement à l'âge de 11 ans, un âge qui marque aussi son entrée à l'adolescence. Mademoiselle « A » souffre d'un sentiment de solitude qui se caractérise par un sentiment subjectif d'être rejetée et ignorée, et donc l'absence de toute forme de relation intime.

L'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee nous a montré une phobie sociale intense chez notre sujet « A », avec un score de 59 sur 64.

L'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, nous a permis de détecter un sentiment de solitude relatif chez notre sujet « A », avec un score de 8 sur 11, une solitude émotionnelle très élevée, avec un score de 6 sur 6 chez mademoiselle « A » et une solitude sociale faible avec un score de 2 sur 5.

1.2. La présentation du cas : « B ».

Il s'agit de « B », un jeune adolescent âgé de 18 ans, élève en troisième AS, techniques et mats. Monsieur « B », est le benjamin d'une fratrie de trois garçons et une fille. Son père est un fonctionnaire, et sa mère est une femme au foyer.

Lorsque notre sujet « B » est entré au bureau, il nous a salué les yeux rivés au sol, avec un visage souriant, rouge et riche de mimiques, il est installé à côté droit, les yeux toujours rivés au sol.

Lors de l'entretien « B », n'a pas cessé de mettre sa main sur le front, en voulant cacher son visage rouge et riche de mimiques, sa tonalité était très basse, avec des réponses fermées et c'est grâce à nos renforts qu'on est arrivé à l'encourager à parler.

1.2.1. L'analyse de l'entretien :

Notre sujet a de bonnes relations avec ses parents et ses frères, mais qui manquent de communication « J'aime le respect qui marque ma relation avec mes frères et mes parents, mais je veux bien qu'on soit plus proche l'un de l'autre ». Notre sujet souhaite donc être plus proche de ses frères et ses parents, de leur parler de ses difficultés quotidiennes et de partager toutes ses préoccupations avec eux, mais la réalité est différente, surtout avec la différence d'âge qui existe entre lui et ses frères « Mes frères ne peuvent pas me comprendre, on n'est pas de la même génération, il y a une grande différence d'âge entre nous ». La sœur est aussi qualifiée comme incompréhensive, sa relation avec elle n'est pas bonne, elle ne le respecte pas d'après ses dires « Parce que je suis le benjamin, elle me respecte pas et elle ne prend pas mes paroles au sérieux ».

Les relations sociales de « B » sont pauvres, il n'aime pas sortir de la maison, pour éviter les moqueries de ses pairs, surtout à propos de son visage qui rougit « Mes pairs se moquent toujours de moi quand je rougis et ça m'inhibe, c'est pour ça que je préfère rester à la maison ».

Le sujet fait difficilement des amis, il n'a qu'un ami avec qui il partage ses difficultés quotidiennes, mais d'après ses dires, « B » avait toujours des choses qu'il ne peut pas partager avec quelqu'un, surtout concernant sa phobie, par crainte d'être mal vu « Je n'aime pas que les autres me voient dans une situation embarrassante, même mon ami proche ».

Notre sujet se trouve inhibé devant les filles, surtout celles de son âge. Il évite d'intervenir au sein du groupe, ou de parler avec des inconnus.

A l'école « B » a de bonnes relations avec ses camarades, mais qui ne dépassent pas le cadre scolaire. Il n'a pas d'amis de classe. À la cours, il préfère rester avec son seul ami, que d'aller intégrer le groupe des camarades de classe. Avec ses enseignants, ses relations sont aussi bonnes, mais très pauvres, il évite de parler avec eux surtout en classe, par crainte d'être jugé. Il n'aime pas participer ou prendre la parole, parce qu'il craint de rougir devant ses camarades. Rougir en classe fait l'un de ses grands soucis « Je n'aime pas que les autres me voient rougir, je crains leurs moqueries ». Ses enseignants ont remarqué son trouble, ils essaient de l'aider à se débarrasser de sa phobie, en l'encourageant à participer et en lui demandant de passer au tableau -surtout parce qu'ils ont remarqué qu'il est un bon élève- mais ça le gêne d'après ses relances « Mes enseignants ont toujours les yeux sur moi, ça me gêne vraiment et m'inhibe... ».

Quand il passe au tableau, il se déconcentre et des fois il oublie les réponses, même s'il les a déjà connus « Quand mon enseignant me demande de passer au tableau, je me sens inhibé, je me déconcentre et j'oublie la réponse ».

D'après notre entretien on a déduit que notre sujet était un enfant très réservé et timide. Mais avec son entrée au lycée, sa situation s'est aggravée de plus en plus « C'est avec mon entrée au lycée que ma situation s'est aggravée, avant j'étais timide mais je ne souffrais pas comme aujourd'hui », « Assister aux fêtes de la famille ne me pose pas de problèmes auparavant, mais maintenant je ne peux plus y aller, je préfère rester à la maison... » affirme-t-il.

Notre sujet voit que sa situation demande d'être soignée, il veut se débarrasser de sa phobie parce qu'elle le gêne dans ses relations et elle le fait souffrir « Personne ne sait de quoi

je souffre... ! ». Il voit que personne ne peut comprendre sa souffrance et que tout le monde le juge au lieu d'essayer de le comprendre « Tout le monde se moquent de moi, sans essayer de comprendre de quoi je souffre, ils croient que c'est moi qui a choisi d'être comme ça ».

1.2.2. L'analyse des résultats des échelles :

Tableau N° 05 : La présentation des résultats de l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee pour le cas « B » :

لا	نعم	العبارات
X		1. أحب البقاء في الفراش حتى لا أرى أي شخص.
X		2. استمتع بالوحدة.
	X	3. أفضل عادة أن أكون في صحبة الأصدقاء على أن أكون وحيدا.
	X	4. أشعر برغبة ملحة في أن أرحل على الفور عند دخولي حجرة مكتظة بالناس.
	X	5. يمثل التفاعل أو التواصل مع الآخرين عبئا نفسيا عليّ.
	X	6. لا أستطيع أن أشعر بالاسترخاء إلا إذا كنت بمفردي.
X		7. أستمتع بالتعامل مع نوعيات مختلفة من الناس.
	X	8. أبتعد عن الآخرين قدر الإمكان.
	X	9. أمارس هواياتي المفضلة بمفردي.
	X	10. أخبر الآخرين أنني لست على ما يرام لأتجنب مشاركتهم في القيام ببعض المهام.
X		11. أشعر بالارتياح عندما أكون بمفردي.
	X	12. أشعر بالقلق أثناء تواجدي مع الآخرين.
	X	13. أفضل تناول الطعام بمفردي عن تناولة مع الآخرين.
	X	14. أفضل السفر مع الأصدقاء عن السفر بمفردي.
X		15. أفضل الذهاب الى السينما بمفردي.
X		16. أستمتع دائما بوجودي مع الآخرين.

	X	17. أفضل الخروج مع الأصدقاء عن الجلوس وحدي بالبيت.
	X	18. عندما أتحدث مع الآخرين تتملكني رغبة قوية في التوقف عن الكلام والابتعاد عنهم.
	X	19. تواجهني مع الآخرين يسبب لي الإرهاق.
	X	20. أشعر غالبا بالرغبة في مغادرة الحفلات دون وداع أصدقائي.
X		21. حتى عندما أكون في حاله نفسية جيدة، لا أفضل التواجد مع الآخرين.
X		22. أتمنى مرور اليوم سريعا حتى أصبح بمفردي.
X		23. أتمنى أن يتركني الآخرون وحدي.
X		24. أشعر بالأمان عندما أكون بمفردي.
	X	25. عندما أجلس في مكان مزدحم أشعر بدافع قوي في ترك المكان.
X		26. أحتاج أن أكون بمفردي تماما لعدة أيام.
X		27. أشعر بالارتياح عندما أكون مع الآخرين.
X		28. أحب قضاء وقت فراغي مع الآخرين.
X		29. عندما أقرر أن أكون مع الآخرين أندم على ذلك فيما بعد.
	X	30. يصيبني إرهاق شديد لا يمكن احتماله نتيجة تواجدي مع الآخرين.
	X	31. أعتبر نفسي شخصا وحيدا أو منعزلا عن الآخرين.
X		32. أتمنى أن أكون بمفردي أو وحيدا معظم الوقت.
	50/64	المجموع

On a demandé à notre sujet « B » de remplir l'échelle de la phobie sociale de M. L. Raulin et J. L. Wee, après notre premier entretien, et cela dans le but d'évaluer l'intensité de sa phobie sociale.

On a donc constaté d'après ses réponses à notre échelle, que notre sujet « B » souffre d'une phobie sociale intense, à un score de 50 sur 64.

Tableau N° 06 : La présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld pour le cas « B » :

لا	أحيانا	نعم	العبارات
			1. لدي دائما أحد أستطيع التحدث معه عن مشاكل اليومية
	X		2. أفتقد كثيرا صديقا حميما
		X	3. أحس عامة بفراغ داخلي
	X		4. لدي عدة أشخاص أستطيع الاعتماد عليهم عندما أواجه مشاكل
	X		5. أفتقد لمصاحبة الغير
		X	6. دائرة أصدقائي و معارفي ضيقة جدا
	X		7. هناك عدة أشخاص أستطيع أن أضع فيهم ثقة كاملة
X			8. أشعر أنني قريب من عدد كاف من الناس
X			9. أمل من عدم وجود أشخاص حولي
	X		10. أشعر دائما أنني منبوذ (مرفوض)
	X		11. أستطيع الاعتماد على أصدقائي عندما أحتاج إليهم

La solitude émotive : 5/6

La solitude sociale : 5/5

Le niveau total de la solitude : 10/11

Les réponses obtenues de l'échelle de solitude de Jong-Gierveld, nous ont permis de constater que monsieur « B », souffre d'un degré élevé de solitude, avec un score de 10 sur 11. Notre sujet « B » se sent rejeté et ignoré par ses pairs, mais aussi au sein de sa famille.

Les réponses aux items (2, 3, 5, 6, 9, 10), nous ont montré un degré élevé de solitude émotionnelle, avec un score de 5 sur 6. La solitude sociale est intensément vécue par notre sujet, avec un score de 5 sur 5, ce que ses réponses aux items (1, 4, 7, 8, 11) nous ont montré.

Synthèse du cas « B » :

L'entretien avec notre sujet « B » nous a permis de déduire la présence d'une phobie sociale qui se manifeste par rougissements, une incapacité de faire des amis par peur d'être ridiculisé et une anxiété irrationnelle dans les situations sociales. Les réponses à notre entretien montrent un sentiment intense de solitude éprouvé chez monsieur « B », qui se résume par un sentiment subjectif d'être seul et une incapacité d'utiliser le réseau social existant.

A partir des réponses à l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee on a pu conclure la présence d'une phobie sociale chez notre sujet « B », avec un score de 50 sur 64.

Les réponses de monsieur « B » à l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, nous ont bien montré la présence d'un sentiment de solitude annoncé chez lui, avec un score de 10 sur 11 ; une solitude émotionnelle élevée, avec un score de 5 sur 6 et une solitude sociale très intense où elle marque un score de 5 sur 5.

1.3. La présentation du cas: « C ».

Mademoiselle « C », est une adolescente âgée de 12 ans et élève en 1^{ère} année moyenne. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants ; deux frères l'un a 5 ans et l'autre à 8 ans. Issue d'une famille aisée ; les deux parents travaillent dans l'enseignement.

A son entrée au bureau, Mademoiselle « C », manifeste une gêne et une inhibition qui se manifeste par une tête baissée, tremblements et un visage empourpré.

Lors de l'entretien sa voix était tremblante et sourde, ses mains tremblent aussi, ses yeux ont devenus rouges c'est comme si elle a tendance à pleurer, c'est avec nos renforts qu'elle a pu s'étendre.

1.3.1. L'analyse de l'entretien :

Parce que ses parents travaillent, c'est notre sujet « C » qui s'occupe de ses deux frères en leur absence. Mademoiselle « C » ne sort donc de la maison que pour aller à l'école, ce qui a influencé d'une façon notable ses relations. Lorsque ses parents reviennent à la maison « C » ne peut pas communiquer avec eux, à cause de leur fatigue et parce qu'ils consacrent tout leur temps pour les deux petits frères « Mes parents n'ont pas le temps à consacrer pour moi, ils reviennent à la maison fatigués et ne peuvent s'occuper que de mes petits frères ». La situation vécue par « C » est insupportable d'après ses dires. Elle souhaite que sa mère quitte son travail pour s'occuper d'elle « Je veux que ma mère quitte son travail, je suis vraiment besoin d'elle... ».

Notre sujet « C », n'avait qu'une amie, elle a de bonne relation avec elle, mais qui n'est pas profonde, elle ne dépasse pas le cadre scolaire d'après ses dires: « Je parle avec elle sur des sujets qui concernent nos études, mais je ne peux pas lui raconter mes problèmes ».

Mademoiselle « C » souhaite avoir beaucoup d'amies, mais elle se sent toujours rejetée et que personne ne veut se rapprocher d'elle « Je veux avoir des amies avec lesquelles

je peux partager toutes mes difficultés, mais personne ne veut être amie, tout le monde m'ignore comme si je n'existe pas ».

Avec le sexe opposé la situation est plus délicate, car notre sujet ne peut pas parler avec les garçons et quand quelqu'un essaye de lui parler, son visage devient rouge et elle se sent inhibée « Quand un garçon me parle, je me sens bloquée, bafouillée, mon visage devient rouge et je perds la parole ».

A l'école « C » a de bonnes relations avec ses camarades, elle reste avec son amie qui l'encourage et l'aide d'après ses affirmations « Mon amie m'encourage à participer et à prendre la parole en classe ». Avec ses enseignants sa relation est bonne aussi, ils l'aident par leurs encouragements et ils essayent toujours de l'aider à sortir de sa phobie « Mes enseignants m'aident et me donnent toujours des conseils pour m'en sortir de cette situation ».

Elle était une bonne élève au primaire, mais quand elle est entrée au C.E.M, ses résultats ont diminué, à cause de son inadaptation à son nouvel environnement.

Le trouble de « C » s'est aggravé avec son entrée au C.E.M, à l'âge de 11 ans. La confrontation à une nouvelle situation et à un nouvel environnement dans une période qui est marquée par le besoin de s'affirmer ont renforcé le développement de sa phobie sociale.

D'après les dires de notre sujet, le style éducatif adopté par ses parents a renforcé le développement de la phobie sociale chez elle « Mes parents m'ont négligé depuis mon enfance, ils m'ont placé dans une crèche sans chercher à savoir de quoi je souffre ».

Mademoiselle « C » souffre d'un sentiment intense de solitude, qui se manifeste par un sentiment d'insatisfaction par rapport à ses relations, elle a besoin d'amis et de quelqu'un qui peut la comprendre d'après ses affirmations : « Je souhaite avoir une amie, ou une personne qui peut me comprendre ».

1.3.2. L'analyse des résultats des échelles :

Tableau N° 07 : La présentation de l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee pour le cas « C » :

لا	نعم	العبارات
X		1. أحب البقاء في الفراش حتى لا أرى أي شخص.
	X	2. استمتع بالوحدة.
X		3. أفضل عاده أن أكون في صحبة الأصدقاء على أن أكون وحيدا.
	X	4. أشعر برغبة ملحة في أن أرحل على الفور عند دخولي حجرة مكتظة بالناس.
	X	5. يمثل التفاعل أو التواصل مع الآخرين عبئا نفسيا عليّ.
	X	6. لا أستطيع أن أشعر بالاسترخاء إلا إذا كنت بمفردي.
X		7. أستمتع بالتعامل مع نوعيات مختلفة من الناس.
	X	8. أبتعد عن الآخرين قدر الإمكان.
	X	9. أمارس هواياتي المفضلة بمفردي.
X		10. أخبر الآخرين أنني لست على ما يرام لأتجنب مشاركتهم في القيام ببعض المهام.
X		11. أشعر بالارتياح عندما أكون بمفردي.
	X	12. أشعر بالقلق أثناء تواجدي مع الآخرين.
	X	13. أفضل تناول الطعام بمفردي عن تناوله مع الآخرين.
X		14. أفضل السفر مع الأصدقاء عن السفر بمفردي.
	X	15. أفضل الذهاب الى السينما بمفردي.
X		16. أستمتع دائما بوجودي مع الآخرين.
X		17. أفضل الخروج مع الأصدقاء عن الجلوس وحدي بالبيت.
	X	18. عندما أتحدث مع الآخرين تمتلكني رغبة قوية في التوقف عن الكلام والابتعاد عنهم.
	X	19. تواجدي مع الآخرين يسبب لي الإرهاق.

	X	20. أشعر غالبا بالرغبة في مغادرة الحفلات دون وداع أصدقائي.
	X	21. حتى عندما أكون في حاله نفسية جيدة، لا أفضل التواجد مع الآخرين.
X		22. أتمنى مرور اليوم سريعا حتى أصبح بمفردي.
X		23. أتمنى أن يتركني الآخرون وحدي.
X		24. أشعر بالأمان عندما أكون بمفردي.
	X	25. عندما أجلس في مكان مزدحم أشعر بدافع قوي في ترك المكان
X		26. أحتاج أن أكون بمفردي تماما لعدة أيام.
X		27. أشعر بالارتياح عندما أكون مع الآخرين.
X		28. أحب قضاء وقت فراغي مع الآخرين.
	X	29. عندما أقرر أن أكون مع الآخرين أندم على ذلك فيما بعد.
	X	30. يصيبني إرهاق شديد لا يمكن احتماله نتيجة تواجدي مع الآخرين.
	X	31. أعتبر نفسي شخصا وحيدا أو منعزلا عن الآخرين.
X		32. أتمنى أن أكون بمفردي أو وحيدا معظم الوقت.
	57/64	المجموع

Après le déroulement de l'entretien avec mademoiselle « C », nous l'avons invité à remplir l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee adaptée à la population arabe. Ce qui nous a permis de constater une phobie sociale intense chez elle, avec un score de 57 sur 64.

Les réponses de mademoiselle « C » aux items (3, 7, 14, 16, 27, 28), sont totalement négatives (Non), ce qui constate l'intensité de la phobie sociale chez elle.

Tableau N° 08 : La présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld pour le cas « C » :

العبارات	نعم	أحيانا	لا
1. لدي دائما أحد أستطيع التحدث معه عن مشاكل اليومية		X	
2. أفتقد كثيرا صديقا حميما	X		
3. أحس عامة بفراغ داخلي		X	
4. لدي عدة أشخاص أستطيع الاعتماد عليهم عندما أواجه مشاكل		X	
5. أفتقد لمصاحبة الغير	X		
6. دائرة أصدقائي و معارفي ضيقة جدا	X		
7. هناك عدة أشخاص أستطيع أن أضع فيهم ثقة كاملة			X
8. أشعر أنني قريب من عدد كاف من الناس			X
9. أمل من عدم وجود أشخاص حولي	X		
10. أشعر دائما أنني منبوذ (مرفوض)		X	
11. أستطيع الاعتماد على أصدقائي عندما أحتاج إليهم	X		

La solitude émotive : 6/6.

La solitude sociale : 4/5.

Le degré total de la solitude: 10/11.

Nous avons constaté d'après les réponses obtenues à l'échelle de la solitude, que notre sujet « C » présente un sentiment élevé de solitude, avec un score de 10 sur 11. Elle se voit comme une fille rejetée et seule et que son cycle d'amis est très restreint.

D'après les réponses de « C » aux items (2, 3, 5, 6, 9, 10), on a pu démontrer le degré très élevé de solitude émotionnelle, qui atteint un score de 6 sur 6 et qui peut être remarquée par son sentiment de vide intérieur et d'être rejetée et ignorée. La solitude sociale est relative

chez mademoiselle « C », ce qu'on a constaté d'après ses réponses aux items (1, 4, 7, 8, 11) ; elle marque un score de 4 sur 5.

Synthèse du cas « C » :

Les résultats de l'entretien semi-directif, nous ont permis de conclure que notre sujet « C » souffre d'une phobie sociale qui se manifeste par des peurs sociales intenses et des craintes d'être humiliée ou embarrassée. Le trouble de notre sujet s'est aggravé avec son entrée au C.E.M, à l'âge de 11 ans, suite à un échec d'adaptation à son nouvel environnement scolaire. Notre entretien avec mademoiselle « C », nous a également permis de démontrer la présence d'un sentiment intense de solitude au sein de sa famille, mais aussi dans sa vie sociale.

Les réponses de mademoiselle « C » à l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee nous ont bien montré l'intensité de la phobie sociale chez elle, avec un score de 57 sur 64.

L'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, nous a permis de constater chez notre sujet « C » un sentiment de solitude affirmé, qui marque un score de 10 sur 11 ; une solitude émotionnelle très intense, qui atteint un score de 6 sur 6 et une solitude sociale élevée avec un score de 4 sur 5.

1.4. La présentation du cas : « D ».

Il s'agit de « D », adolescente âgée de 17 ans et lycéenne en 1ère année, lettre et philosophie. Mademoiselle « D », est la quatrième d'une fratrie de six enfants ; deux frères et trois sœurs. Elle vit dans une famille pauvre ; le père travaille mais qui est toujours sous traitement psychiatrique, la mère est une femme au foyer et ses deux frères sont des étudiants universitaires.

Mademoiselle « D » est entrée au bureau, avec un visage souriant mais rouge, des pas un peu lents, elle est habillée « à la garçonne ».

Lors de l'entretien sa voix était sourde, elle prend un moment de silence avant de répondre à chaque question. Elle était inhibée au début, mais elle s'est étendue en suite et arrivée à parler sans difficultés.

1.4.1. L'analyse de l'entretien :

Le père de mademoiselle « D », est identifié comme autoritaire, peu compréhensif et dont la communication avec lui est impossible. Les frères et les sœurs sont aussi peu compréhensifs d'après les affirmations de notre sujet. Ils sont agressifs et une moindre communication avec eux se termine par un conflit « Je ne peux pas parler avec mes frères, ils ne me donnent pas l'occasion de leur parler, ils sont toujours agressifs avec moi, ils m'insultent pour la moindre des choses », « Mes sœurs aussi ne me comprennent pas, je sens qu'elles me rejettent à chaque fois que j'essaye de leurs parler ». Sa mère est qualifiée comme effacée.

On peut donc constater un sentiment de rejet et de marginalité remarquable chez notre sujet, au sein de sa famille.

Les relations sociales de « D » sont très pauvres. Elle n'a aucune amie et elle reste toujours seule. Elle ne fait confiance à personne, d'après ses dires et quand elle se sent qu'elle est dans le besoin de décharger, elle s'éloigne des autres et elle pleure en cachette.

Mademoiselle « D » ne peut pas faire des amis, par crainte des jugements des autres, et de leur rejet « Je veux avoir des amis, mais je ne peux pas me rapprocher des autres, je crains d'être jugée, ou d'être rejetée ». Elle se sent qu'elle est différente et donc que personne ne peut la comprendre, d'où le sentiment intense de solitude.

Notre sujet se trouve incapable de parler avec le sexe opposé et ceci depuis son enfance « Je ne peux pas parler avec les garçons, depuis mon enfance, mon père nous a toujours refusé de faire ça en nous menaçant, donc je ne suis pas habituée à parler avec eux ».

Depuis son entrée au lycée, « D » avait des difficultés de s'adapter à sa nouvelle situation. Elle se trouve seule dans un environnement qu'elle ne connaît pas, elle n'a aucune amie en classe, ou quelqu'un avec qui elle peut partager ses préoccupations, elle n'a aucun contact avec ses camarades de classe d'après ses relances « Je ne parle à personne, j'imagine que tout le monde me regarde comme si je suis différente, ils me rejettent et personne ne veut me connaître ». Avec les enseignants, les relations de « D » sont également pauvres, elle ne peut pas demander la parole en classe, ni participer ou poser des questions par crainte d'être jugée, surtout par ses camarades « Quand je lève la main pour dire quelque chose, je vois tout le monde me regarde, et ça m'inhibe... ».

Les résultats de notre sujet sont moyens, mais elle est satisfaite, pour elle c'est difficile d'avoir de bons résultats dans telles conditions.

D'après l'entretien, et les dires de notre sujet, son trouble a probablement débuté depuis son enfance « Quand j'étais enfant, j'étais une fille vulnérable, je ne parlais pas, je me sentais toujours inhibée devant les autres, tout le monde se moque de moi en classe », mais sa situation s'est systématisée à l'adolescence « avec l'âge je me sens que ma situation s'aggrave de plus en plus ». La position autoritaire de son père a joué un rôle significatif dans le développement de son trouble d'après ses dires « Mon père était autoritaire avec nous, il ne nous laisse pas nous exprimer, c'est à cause de ça que je souffre aujourd'hui ».

1.4.2. L'analyse des résultats des échelles :

Tableau N° 09 : La présentation de l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee pour le cas « D » :

لا	نعم	العبارات
X		1. أحب البقاء في الفراش حتى لا أرى أي شخص.
X		2. استمتع بالوحدة.
X		3. أفضل عاده أن أكون في صحبة الأصدقاء على أن أكون وحيدا.
	X	4. أشعر برغبة ملحة في أن أرحل على الفور عند دخولي حجرة مكتظة بالناس.
	X	5. يمثل التفاعل أو التواصل مع الآخرين عبئا نفسيا عليّ.
	X	6. لا أستطيع أن أشعر بالاسترخاء إلا إذا كنت بمفردي.
X		7. أستمتع بالتعامل مع نوعيات مختلفة من الناس.
	X	8. أبتعد عن الآخرين قدر الإمكان.
	X	9. أمارس هواياتي المفضلة بمفردي.
	X	10. أخبر الآخرين أنني لست على ما يرام لأتجنب مشاركتهم في القيام ببعض المهام.
X		11. أشعر بالارتياح عندما أكون بمفردي.
	X	12. أشعر بالقلق أثناء تواجدي مع الآخرين.
	X	13. أفضل تناول الطعام بمفردي عن تناوله مع الآخرين.
	X	14. أفضل السفر مع الأصدقاء عن السفر بمفردي.
X		15. أفضل الذهاب الى السينما بمفردي.
X		16. أستمتع دائما بوجودي مع الآخرين.
X		17. أفضل الخروج مع الأصدقاء عن الجلوس وحدي بالبيت.
	X	18. عندما أتحدث مع الآخرين تتملكني رغبة قوية في التوقف عن الكلام والابتعاد عنهم.

	X	19.تواجدي مع الآخرين يسبب لي الإرهاق.
	X	20.أشعر غالبا بالرغبة في مغادرة الحفلات دون وداع أصدقائي.
	X	21.حتى عندما أكون في حاله نفسية جيدة، لا أفضل التواجد مع الآخرين.
	X	22.أتمنى مرور اليوم سريعا حتى أصبح بمفردي.
	X	23.أتمنى أن يتركني الآخرون وحدي.
X		24.أشعر بالأمان عندما أكون بمفردي.
	X	25.عندما أجلس في مكان مزدحم أشعر بدافع قوي في ترك المكان
X		26.أحتاج أن أكون بمفردي تماما لعدة أيام.
X		27.أشعر بالارتياح عندما أكون مع الآخرين.
X		28.أحب قضاء وقت فراغي مع الآخرين.
	X	29.عندما أقرر أن أكون مع الآخرين أندم على ذلك فيما بعد.
	X	30.يصيبني إرهاق شديد لا يمكن احتماله نتيجة تواجدي مع الآخرين.
	X	31.أعتبر نفسي شخصا وحيدا أو منعزلا عن الآخرين.
	X	32.أتمنى أن أكون بمفردي أو وحيدا معظم الوقت.
	56/64	المجموع

On est sensé d'évaluer l'intensité de la phobie sociale chez notre sujet « D », après avoir répondu à nos questions. Ses réponses à cette échelle nous ont montré donc une phobie sociale intense, dont le score est atteint 56 sur 64, avec des comportements d'évitement.

Les réponses de mademoiselle « D » aux items (3, 7, 14, 16, 17, 27, 28), révèlent la présence d'une phobie sociale intense chez elle.

Tableaux N° 10 : La présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld pour la cas « D » :

العبارات.	نعم	أحيانا	لا
1. لذي دائما أحد أستطيع التحدث معه عن مشاكل اليومية			X
2. أفتقد كثيرا صديقا حميما	X		
3. أحس عامة بفراغ داخلي	X		
4. لذي عدة أشخاص أستطيع الاعتماد عليهم عندما أواجه مشاكل			X
5. أفتقد لمصاحبة الغير	X		
6. دائرة أصدقائي و معارفي ضيقة جدا	X		
7. هناك عدة أشخاص أستطيع أن أضع فيهم ثقة كاملة			X
8. أشعر أنني قريب من عدد كاف من الأشخاص			X
9. أمل من عدم وجود أشخاص حولي	X		
10. أشعر دائما أنني منبوذ (مرفوض)	X		
11. أستطيع الاعتماد على أصدقائي عندما أحتاج إليهم			X

La solitude émotive : 6/6.

La solitude sociale : 5/5.

Le niveau total de la solitude : 11/11.

Les réponses de notre sujet à l'échelle de solitude de Jong-Gierveld, confirment que mademoiselle « D », souffre d'un sentiment très élevé de solitude avec un score de 11 sur 11.

Mademoiselle « D », ressent un grand manque dans ses relations, un vide intérieur et un rejet de la part de sa famille, mais aussi de ses pairs. Elle souffre d'un degré très élevé de solitude de type émotionnel d'après ses réponses aux items (2, 3, 5, 6, 9, 10), avec un score de 6 sur 6, mais aussi d'une solitude sociale intense caractérisée par un manque de confiance aux

autres et un évitement des contacts. Cette solitude marque un score de 5 sur 5 d'après les réponses de mademoiselle « D » aux items (1, 4, 7, 8, 11).

Synthèse du cas « D » :

L'entretien avec mademoiselle « D » révèle que cette dernière souffre d'une phobie sociale intense, marquée par des comportements d'évitement des situations sociales et des réactions d'anxiété. On est également arrivé à déduire à partir de notre entretien, que le sujet « D » montre un sentiment très élevé de solitude, marqué par un sentiment permanent de vide relationnel, avec une incapacité d'établir des liens significatifs avec les autres.

A partir des réponses à l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee on a pu conclure la présence d'une phobie sociale chez notre sujet « D », avec un score de 56 sur 64.

On a constaté d'après les réponses de mademoiselle « D », à l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, qu'elle souffre d'un sentiment de solitude très élevé, qui atteint un score de 11 sur 11 ; un degré très élevé de solitude sociale et émotionnelle, avec des scores de 6 sur 6 pour la solitude émotionnelle, et 5 sur 5 pour la solitude sociale.

1.5. La présentation du cas : « E ».

Monsieur « E », est un adolescent âgé de 17 ans et lycéen en 3ème année techniques et mathématiques. Notre sujet « E » est l'aîné d'une fratrie de deux enfants. Le père est un médecin généraliste et la mère est une femme au foyer.

Notre sujet « E » est entré au bureau avec un visage souriant mais rouge. Il est habillé correctement, mais avec une casquette sur la tête, pour éviter le regard des autres d'après ses explications.

Lors de l'entretien, monsieur « E » s'est montré inhibé, sa tonalité était très basse, mais il a bien répondu à notre entretien, après nos encouragements.

1.5.1. L'analyse de l'entretien :

Selon les réponses de monsieur « E » à l'entretien, son père est qualifié comme un homme sage et correct, sa mère est une femme calme et timide d'après ses affirmations. La communication au sein de la famille est très pauvre. Notre sujet ne peut pas communiquer avec son père ou sa mère, il préfère garder les choses en lui ou de parler avec son frère. La communication avec ce dernier, est donc très bonne et c'est avec lui que notre sujet partage tous ses secrets et ses difficultés quotidiennes. Leur relation est marquée par le respect et l'aide que l'un porte à l'autre « J'ai de très bonnes relations avec mon frère, on partage le tout et c'est à lui que je fais recours à chaque fois que j'aurai besoin de quelqu'un ».

Notre sujet préfère souvent rester seul dans sa chambre ou s'éloigner dans leur ancienne maison à la montagne pour éviter d'être avec les autres.

Les relations de notre sujet sont donc très pauvres, il n'a qu'un seul ami qu'il connaît avant leur déménagement, mais après cet événement « E » ne voit ce dernier que rarement « J'avais un ami très proche, timide et calme comme moi et avec qui je partage toutes mes préoccupations, mais on s'est séparé après le déménagement de ma famille, maintenant je ne

peux le voir que rarement, il me manque vraiment ». Cette séparation avec son ami lui engendré un sentiment de manque et de solitude très intense, car dans son nouvel environnement, « E » ne fait confiance à personne et voit que personne ne peut le comprendre parce qu'il est différent.

Il évite toute communication avec ses nouveaux voisins, parce qu'ils le regardent bizarrement d'après ses relances « Mes voisins me regardent d'une façon étrange, comme si je suis bizarre, alors j'évite de leur parler pour éviter leur questions et leur jugements ».

Notre sujet évite de parler aussi avec les filles, parce qu'il se trouve inhibé devants elles « Je ne peux pas parler avec les filles, j'évite totalement de leur parler, parce que je me sens inhibé devant elles » affirme-t-il.

A l'école « E » a de bonnes relations avec ses camarades, marquées par le respect imposé par notre sujet « Mes camarades de classe me respectent parce que je ne leur donne pas l'occasion de me traiter mal ». La communication avec ses camarades est très pauvre car notre sujet évite tout contact avec eux. Avec les enseignants la relation de notre sujet « E » est très bonne, surtout parce qu'il est intelligent et brillant, mais il évite toujours de participer en classe ou de prendre la parole par crainte de faire une erreur et d'être embarrassé.

Lorsqu'un enseignant lui demande de passer au tableau ou de répondre à une question notre sujet se déconcentre et oublie les réponses.

D'après l'entretien, notre cas souffrait de phobie sociale depuis son enfance, il était un enfant vulnérable et anxieux d'après ses dires. Sa situation comme enfant aîné en l'absence des enfants de son âge dans leur région a renforcé le développement de sa phobie « Quand j'étais enfant, je n'avais pas d'amis ni de frères, tous les enfants de notre région étaient plus âgés que moi, alors je me sens toujours inférieur par rapport à eux ».

Leur déménagement a joué aussi un rôle important dans le développement de son trouble. Notre sujet s'est trouvé à nouveau seul dans un environnement différent et une nouvelle situation à laquelle il n'a pas pu s'adapter, ce qui a aggravé sa phobie sociale.

Notre sujet aime la musique et joue de la guitare, mais il préfère chanter seul en s'éloignant dans leur ancienne maison, pour lui ça ne sert à rien d'être écouté chanter, parce que les autres ne feront que le critiquer et le ridiculiser.

1.5.2. L'analyse des résultats des échelles :

Tableau N° 11 : La présentation des résultats de l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee pour la cas « E » :

لا	نعم	العبارات
X		1. أحب البقاء في الفراش حتى لا أرى أي شخص.
	X	2. استمتع بالوحدة.
X		3. أفضل عادة أن أكون في صحبة الأصدقاء على أن أكون وحيدا.
	X	4. أشعر برغبة ملحة في أن أرحل على الفور عند دخولي حجرة مكتظة بالناس.
	X	5. يمثل التفاعل أو التواصل مع الآخرين عبئا نفسيا عليّ.
	X	6. لا أستطيع أن أشعر بالاسترخاء إلا إذا كنت بمفردي.
X		7. أستمتع بالتعامل مع نوعيات مختلفة من الناس.
	X	8. أبتعد عن الآخرين قدر الإمكان.
	X	9. أمارس هواياتي المفضلة بمفردي.
	X	10. أخبر الآخرين أنني لست على ما يرام لأتجنب مشاركتهم في القيام ببعض المهام.
	X	11. أشعر بالارتياح عندما أكون بمفردي.
	X	12. أشعر بالقلق أثناء تواجدي مع الآخرين.
	X	13. أفضل تناول الطعام بمفردي عن تناولة مع الآخرين.
X		14. أفضل السفر مع الأصدقاء عن السفر بمفردي.
	X	15. أفضل الذهاب الى السينما بمفردي.
X		16. أستمتع دائما بوجودي مع الآخرين.

X		17. أفضل الخروج مع الأصدقاء عن الجلوس وحدي بالبيت.
	X	18. عندما أتحدث مع الآخرين تتملكني رغبة قوية في التوقف عن الكلام والابتعاد عنهم.
	X	19. تواجهني مع الآخرين يسبب لي الإرهاق.
	X	20. أشعر غالبا بالرغبة في مغادرة الحفلات دون وداع أصدقائي.
X		21. حتى عندما أكون في حاله نفسية جيدة، لا أفضل التواجد مع الآخرين.
	X	22. أتمنى مرور اليوم سريعا حتى أصبح بمفردي.
	X	23. أتمنى أن يتركني الآخرون وحدي.
	X	24. أشعر بالأمان عندما أكون بمفردي.
	X	25. عندما أجلس في مكان مزدحم أشعر بدافع قوي في ترك المكان.
X		26. أحتاج أن أكون بمفردي تماما لعدة أيام.
X		27. أشعر بالارتياح عندما أكون مع الآخرين.
X		28. أحب قضاء وقت فراغي مع الآخرين.
	X	29. عندما أقرر أن أكون مع الآخرين أندم على ذلك فيما بعد.
	X	30. يصيبني إرهاق شديد لا يمكن احتماله نتيجة تواجدي مع الآخرين.
	X	31. أعتبر نفسي شخصا وحيدا أو منعزلا عن الآخرين.
	X	32. أتمنى أن أكون بمفردي أو وحيدا معظم الوقت.
	60/64	المجموع

Les réponses à l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee qu'on a fait passer après notre entretien avec monsieur « E », nous ont bien montré la présence d'une phobie sociale très intense chez ce dernier, avec un score de 60 sur 64.

Les réponses de notre sujet « E », ont montré des comportements d'évitement, de retrait vers soi et une grande inhibition dans les relations ce qu'on a constaté d'après ses réponses aux items (2, 3, 5, 6, 9, 10).

Tableau N° 12 : La présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld pour le cas « E » :

لا	أحيانا	نعم	العبارات.
		X	1. لدي دائما أحد أستطيع التحدث معه عن مشاكل اليومية
	X		2. أفتقد كثيرا صديقا حميما
		X	3. أحس عامة بفراغ داخلي
X			4. لدي عدة أشخاص أستطيع الاعتماد عليهم عندما أواجه مشاكل
	X		5. أفتقد لمصاحبة الغير
		X	6. دائرة أصدقائي و معارفي ضيقة جدا
X			7. هناك عدة أشخاص أستطيع أن أضع فيهم ثقة كاملة
	X		8. أشعر أنني قريب من عدد كاف من الناس
X			9. أمل من عدم وجود أشخاص حولي
X			10. أشعر دائما أنني منبوذ (مرفوض)
X			11. أستطيع الاعتماد على أصدقائي عندما أحتاج إليهم

La solitude émotive : 04/06.

La solitude sociale : 05/05.

Le degré total de la solitude : 09/11.

A partir le score obtenus de l'échelle de solitude de Jong-Gierveld qui atteint 9 sur 11, on a pu constater que notre sujet présente un sentiment élevé de solitude. Monsieur « E » se voit comme une personne seule et éloignée des autres.

Notre sujet « E », montre une solitude de type social avec un degré très élevé, ce qu'on a pu remarquer à partir le score obtenu dans les réponses aux items (1, 4, 7, 8, 11), dont il atteint un degré de 5 sur 5. Alors que la solitude émotionnelle est relative avec un score de 4 sur 6.

Synthèse du cas « E » :

En fin, on peut conclure en faisant référence aux réponses de notre sujet à l'entretien, que monsieur « E », souffre d'un trouble phobique social qui se manifeste par une inhibition dans les situations sociales, la peur du regard des autres et de leurs jugements, avec des comportements d'évitement. Notre entretien avec monsieur « E » nous a également montré la présence d'un sentiment de solitude présenté surtout au sein de sa vie sociale. Cette solitude est caractérisée surtout par un sentiment de manque et de vide intérieur.

Les réponses de notre sujet « E », à l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee, nous ont permis de constater la présence d'une phobie sociale très intense, qui atteint le score de 60 sur 64.

Notre sujet « E », souffre d'un sentiment de solitude annoncé, avec un score de 10 sur 11 ; une solitude sociale très élevée qui se caractérise par un sentiment d'échec dans l'établissement des relations avec les autres, ou l'intégration dans les groupes, ce type de solitude atteint un score de 5 sur 5, selon les résultats obtenus à l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld. La solitude émotionnelle est relative, avec un score de 4 sur 6.

1.6. La présentation du cas : « F ».

Mademoiselle « F », est une adolescente âgée de 14 ans et élève en 2eme année moyenne. Mademoiselle « F », est la benjamine d'une fratrie de cinq enfants ; quatre filles dont deux sont mariées et un garçon (L'ainé). Elle vit dans une famille aisée, dont le frère et le père possèdent une entreprise, la mère est une femme au foyer.

A son entrée au bureau, mademoiselle « F », a été inhibée et gênée, marquée par un visage rouge, et des mains tremblantes.

L'entretien avec « F » s'est déroulé difficilement. Son discours était très pauvre et ses réponses étaient très courtes.

1.6.1. L'analyse de l'entretien :

Mademoiselle « F » a de bonnes relations avec ses sœurs, mais qui manquent de communication selon ses affirmations. Avec son frère la communication est presque absente. Avec sa mère la relation est marquée par l'instabilité, selon ses dires elle est une enfant non désirée et sa mère ne cesse de l'annoncer en sa présence « Ma mère ne m'aime pas, elle souhaitait avoir un garçon, mais c'était moi qui nait, elle ne cesse de me rappeler de ça ». Son père est qualifié comme autoritaire mais qui l'aime « Mon père est sévère avec moi, mais je sais qu'il m'aime et il fait ça pour mon bien ».

Concernant la vie relationnelle, notre sujet « F » n'a qu'une amie avec qui elle partage toutes ses difficultés et ses secrets.

Mademoiselle « F » veut avoir plus d'amies et être plus sociable, mais elle se trouve incapable de se rapprocher des autres et de parler avec eux par crainte d'être mal jugée ou rejetée. Elle préfère alors garder toujours une distance entre elle et ses pairs, pour ne pas perdre sa bonne image.

Mademoiselle « F » se trouve inhibée devant le sexe opposé, elle évite tout contact avec ces derniers, parce qu'elle n'aime pas se voir rougir d'après ses dires « J'évite de parler avec les garçons, parce que je crains de rougir devant eux et ils vont me juger mal ».

A l'école notre sujet « F » se trouve inhibée tout le temps, elle reste seule en classe. Elle se sent que tout le monde la regarde bizarrement « Tout le monde me regarde, c'est comme si je suis bizarre ». Elle n'a aucun contact avec ses camarades de classes, ce qui rend sa journée à l'école très dure. Avec ses enseignants sa relation est bonne, mais très pauvre. Elle ne participe pas en classe et elle ne peut pas demander la parole, ce qui a vraiment influencé ses résultats.

Mademoiselle « F » se trouve inhibée et se tremble quand un enseignant lui pose une question, elle craint de faire une erreur et d'être mal jugée ou humiliée, se voir rougir est l'un de ses grands soucis d'après ses relances « Je n'aime pas me rougir devant les autres, ça m'inhibe... ».

Notre sujet avait une phobie sociale depuis son enfance, elle était un enfant vulnérable qui pleurait tout le temps et qui craint les autres d'après ses dires « Quand j'étais petite, j'avais peur des étrangers, je pleurais tout le temps surtout quand quelqu'un nous visite ».

Mademoiselle « F » a présenté une phobie scolaire à son enfance, elle acceptait difficilement d'aller à l'école ce qui a retardé son entrée à cette dernière.

Notre sujet souffre gravement à cause de sa phobie, cette dernière a influencé négativement sa vie scolaire et relationnelle.

1.6.2. L'analyse des résultats des échelles :

Tableau N° 13 : La présentation des résultats de l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee pour le cas « F » :

لا	نعم	العبارات
X		1. أحب البقاء في الفراش حتى لا أرى أي شخص.
X		2. استمتع بالوحدة.
X		3. أفضل عادة أن أكون في صحبة الأصدقاء على أن أكون وحيدا.
	X	4. أشعر برغبة ملحة في أن أرحل على الفور عند دخولي حجرة مكتظة بالناس.
	X	5. يمثل التفاعل أو التواصل مع الآخرين عبئا نفسيا عليّ.
	X	6. لا أستطيع أن أشعر بالاسترخاء إلا إذا كنت بمفردي.
X		7. أستمتع بالتعامل مع نوعيات مختلفة من الناس.
	X	8. أبتعد عن الآخرين قدر الإمكان.
	X	9. أمارس هواياتي المفضلة بمفردي.
X		10. أخبر الآخرين أنني لست على ما يرام لأتجنب مشاركتهم في القيام ببعض المهام.
	X	11. أشعر بالارتياح عندما أكون بمفردي.
	X	12. أشعر بالقلق أثناء تواجدي مع الآخرين.
	X	13. أفضل تناول الطعام بمفردي عن تناوله مع الآخرين.
X		14. أفضل السفر مع الأصدقاء عن السفر بمفردي.
	X	15. أفضل الذهاب الى السينما بمفردي.
X		16. أستمتع دائما بوجودي مع الآخرين.
X		17. أفضل الخروج مع الأصدقاء عن الجلوس وحدي بالبيت.
	X	18. عندما أتحدث مع الآخرين تتملكني رغبة قوية في التوقف عن الكلام والابتعاد عنهم.
	X	19. تواجدي مع الآخرين يسبب لي الإرهاق.

	X	20. أشعر غالبا بالرغبة في مغادرة الحفلات دون وداع أصدقائي.
	X	21. حتى عندما أكون في حاله نفسية جيدة، لا أفضل التواجد مع الآخرين.
	X	22. أتمنى مرور اليوم سريعا حتى أصبح بمفردي.
X		23. أتمنى أن يتركني الآخرون وحدي.
	X	24. أشعر بالأمان عندما أكون بمفردي.
	X	25. عندما أجلس في مكان مزدحم أشعر بدافع قوي في ترك المكان
X		26. أحتاج أن أكون بمفردي تماما لعدة أيام.
X		27. أشعر بالارتياح عندما أكون مع الآخرين.
X		28. أحب قضاء وقت فراغي مع الآخرين.
	X	29. عندما أقرر أن أكون مع الآخرين أندم على ذلك فيما بعد.
	X	30. يصيبني إرهاق شديد لا يمكن احتماله نتيجة تواجدي مع الآخرين.
	X	31. أعتبر نفسي شخصا وحيدا أو منعزلا عن الآخرين.
	X	32. أتمنى أن أكون بمفردي أو وحيدا معظم الوقت.
	58/64	المجموع

Après notre entretien avec mademoiselle, nous lui avons fait la passation de l'échelle de la phobie sociale de M. L. Raulin et J. L. Wee, à fin d'évaluer l'intensité de cette dernière. Les réponses à cette échelle nous ont bien montré que mademoiselle « F » souffre d'une phobie sociale avec un niveau de 58 sur 64, qui est un niveau élevé.

Tableau N° 14 : La présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld pour le cas « F » :

لا	أحيانا	نعم	العبارات.
X			1. لدي دائما أحد أستطيع التحدث معه عن مشاكل اليومية
	X		2. أفقد كثيرا صديقا حميما
		X	3. أحس عامة بفراغ داخلي
X			4. لدي عدة أشخاص أستطيع الاعتماد عليهم عندما أواجه مشاكل
X			5. أفقد لمصاحبة الغير
		X	6. دائرة أصدقائي و معارفي ضيقة جدا
X			7. هناك عدة أشخاص أستطيع أن أضع فيهم ثقة كاملة
X			8. أشعر أنني قريب من عدد كاف من الناس
	X		9. أمل من عدم وجود أشخاص حولي
	X		10. أشعر دائما أنني منبوذ (مرفوض)
X			11. أستطيع الاعتماد على أصدقائي عندما أحتاج إليهم

La solitude émotive : 5/6.

La solitude sociale : 5/5.

Le niveau total de la solitude : 10/11.

Les réponses de Mademoiselle « F », à l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, nous ont permis de constater un degré élevé de sentiment de solitude chez elle avec un score de 10 sur 11. Mademoiselle « F » se qualifiée comme une fille seule et rejetée, ses relations sont restreintes ce qui lui a engendré un grand sentiment de vide intérieur.

Le score obtenu aux réponses des items (1, 4, 7, 8, 11), nous a bien montré un degré très élevé de solitude sociale, qui atteint un score de 5 sur 5. Cette solitude est caractérisée par

l'échec des relations et l'absence des liens sociaux. La solitude émotionnelle est élevée chez mademoiselle « F », avec un score de 5 sur 6.

Synthèse du cas « F » :

On peut conclure en référant aux réponses de mademoiselle « F » à l'entretien, que cette dernière présente les signes d'une phobie sociale, qui se résument à des comportements d'évitement des situations sociales, des craintes d'être embarrassée ou humiliée et une anxiété intense vécue dans les situations sociales et de performance. On a également déduit à partir de notre entretien avec mademoiselle « F », qu'elle souffre d'un sentiment de solitude élevé, apparaît notamment dans son impression d'être rejetée et ignorée.

Les réponses de mademoiselle « F », à l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee, nous ont bien montré l'intensité de la phobie sociale chez elle, avec un score de 58 sur 64.

Le sentiment de solitude est annoncé chez notre sujet, dont il marque un score de 10 sur 11, d'après ses réponses à l'échelle de Jong-Gierveld. Mademoiselle « F », éprouve une solitude sociale très intense, qui atteint selon l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, un score de 5 sur 5. La solitude émotionnelle est aussi montrée chez notre sujet « F », avec un score de 5 sur 6.

2. L'analyse générale des cas :

Les sujets de notre population de recherche, sont des adolescents âgés entre 12 ans et 18 ans, dont la moyenne de leurs âges est 16 ans. Ces adolescents sont de deux sexes, dont il ya deux garçons et quatre filles, ils sont tous des élèves, mais en niveaux scolaires différents, dont quatre sont des lycéens et deux sont en C.E.M.

Notre population regroupe des adolescents souffrants d'une phobie sociale, qui se manifeste par une inhibition dans les situations sociales, ou l'évitement de ces situations, des rougissements et une peur intense des jugements des autres. Le degré d'intensité de ce trouble dépasse un score de 50 sur 64 chez tous les cas, d'après leurs réponses à l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee adaptée à la population arabe, à l'exception de monsieur « B », dont le degré d'intensité chez lui marque un score de 50 sur 64. Ce qu'on va présenter dans le tableau ci dessous :

Tableau N° 15 : La présentation des scores de la phobie sociale pour notre population de recherche :

Les cas	« A »	« B »	« C »	« D »	« E »	« F »	La moyenne
Les scores obtenus (sur 64).	59	50	57	56	60	58	56,66

On peut remarquer à partir de ce tableau, la présence d'une phobie sociale intense chez notre population de recherche, dont elle marque un score de 50 sur 64 chez le sujet « B », 56 sur 64 chez mademoiselle « D », 57 sur 64 chez « C », 58 sur 64 chez « F », 59 sur 64 chez « A », et un score de 60 sur 64 chez monsieur « E ».

La moyenne pour le totale de nos sujets dépasse un score de 56 sur 64, selon leurs réponses à l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee.

Les réponses à nos questions lors de entretien montrent également des signes de la phobie sociale chez nos sujets, telles que l'inhibition dans les relations sociales et de performance ou l'évitement de ces situations, des rougissements, ainsi que des peurs d'être mal jugé ou d'être humilié et embarrassé.

Nos sujets vivent tous avec leurs familles, dont les deux parents sont présents, à l'exception de mademoiselle « A », dont le père est décédé. Ils ont tous des frères, dont deux sont des benjamins, deux des aînés et deux se classent les quatrièmes dans leur fratrie. Les relations de tous nos cas avec leurs parents et frères sont pauvres d'après leurs réponses à notre entretien, à l'exception du sujet « E », qui a de très bonnes relations avec son frère avec qui il partage toutes ses préoccupations.

Tous nos sujets ont des relations sociales pauvres d'après leurs réponses à l'entretien. Ils n'ont aucun ami intime, à l'exception de mademoiselle « F », qui a une amie, avec qui elle partage tous ses secrets. Ils évitent tous de parler aux autres de leurs préoccupations, d'intégrer au sein des groupes ou de se rapprocher des autres, par crainte d'être mal jugés ou d'être rejetés.

Ces relations sont bonnes avec leurs camarades et enseignants. Elles sont marquées par le respect, mais qui demeurent très pauvres et qui ne dépassent pas le cadre scolaire. En classe nos sujets préfèrent ne pas participer et rester calmes tout le temps pour éviter d'être embarrassés ou humiliés. Ils se trouvent inhibés quand un enseignant leur pose une question, ou leur demande de passer au tableau, par crainte de commettre une erreur, ou de se montrer ridicules.

Notre population de recherche souffre d'un sentiment plus ou moins élevé de solitude, selon les scores obtenus de leurs réponses à l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld.

Tableau N° 16 : La présentation des scores de sentiment de solitude pour notre population de recherche :

Les cas	« A »	« B »	« C »	« D »	« E »	« F »	La moyenne
Les scores obtenus (sur 11)	08	10	10	11	09	10	09,66

On remarque dans ce tableau, que la plupart de nos sujets souffrent d'un sentiment de solitude, avec des scores différents, dont le degré de ce dernier atteint un score de 8 sur 11 chez le cas « A » et se montre par des sentiments d'abandon, d'ignorance et de rejet. Chez les cas « B », « C » et « F » le sentiment de solitude est affirmé avec un degré de 10 sur 11, chez le sujet « E », est atteint un score de 9 sur 11. Alors que le sujet « D », souffre d'un sentiment de solitude très intense avec un score de 11 sur 11. Notre population de recherche souffre donc, d'un sentiment de solitude avec une moyenne qui marque un score de 09,66 sur 11.

Ce sentiment de solitude se manifeste chez tous nos sujets d'après leurs réponses à nos questions lors de l'entretien par des sentiments de vide relationnel, de manque et d'échec dans l'établissement des relations.

Notre population d'étude souffre d'une solitude émotionnelle qui se manifeste d'après leurs réponses à l'entretien, par l'absence des relations intimes et de proximité, un sentiment permanent de vide relationnel et un sentiment subjectif d'être seul et de ne pas pouvoir utiliser le réseau social existant .

D'après les réponses de nos sujets à l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, on a constaté des degrés plus ou moins élevés de solitude émotionnelle. Ce qu'on va présenter dans le tableau suivant :

Tableau N° 17 : La présentation des scores de solitude émotionnelle pour notre population de recherche :

Les cas	« A »	« B »	« C »	« D »	« E »	« F »	La moyenne
Les scores obtenus (sur 06)	06	05	06	06	04	05	05,33

A partir de ce tableau, on remarque la présence d'une solitude émotionnelle, avec des degrés différents chez nos sujets. Cette solitude est cotée d'après leurs réponses à l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, un degré de 6 sur 6 chez les cas « A », « C » et « D », un degré de 5 sur 6 chez les sujets « B » et « F » et un degré de 4 sur 6 chez le sujet « E ». La moyenne de la solitude émotionnelle, éprouvée chez le totale de notre population de recherche présente un score de 05,33 sur 06.

On a pu constater chez tous nos cas, à partir de leurs réponses à nos questions lors de l'entretien, ainsi qu'à travers les résultats obtenus de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, l'existence d'une solitude sociale, qui se montre par des sentiments d'abandon de marginalité et de rejet, avec un sentiment d'échec dans l'établissement des relations ou d'intégration dans un groupe.

Tableau N° 18 : La présentation des scores de solitude sociale pour notre population de recherche :

Les cas	« A »	« B »	« C »	« D »	« E »	« F »	La moyenne
Les scores obtenus (sur 06)	02	05	04	05	05	05	04,33

On peut remarquer dans ce tableau, la présence d'une solitude sociale avec des degrés différents chez notre population de recherche, dont elle atteint un score de 5 sur 5 chez les sujets « B », « D », « E » et « F », un degré de 4 sur 5 chez notre sujet « C » et un score de 2 sur 5 chez mademoiselle « A ». La moyenne de la solitude sociale, éprouvée chez le totale de notre population de recherche présente un score de 04,33 sur 05.

De tout ce qui précède, on peut conclure que notre population de recherche présente une phobie sociale intense, qui se manifeste par une inhibition dans les situations sociales ou l'évitement de ces situations, des rougissements et des peurs des jugements des autres ou de leur rejet. Notre population de recherche souffre également d'un sentiment de solitude avec des degrés différents, qui se manifeste par des sentiments de rejet, d'ignorance et de marginalité, au sein de leurs relations sociales, mais aussi de leurs familles.

3. La discussion des hypothèses :

Notre travail de recherche consiste à évaluer le degré de sentiment de solitude chez les adolescents qui souffrent d'une phobie sociale. On a effectué notre étude de recherche sur un groupe de six adolescents, de sexes différents, âgés de 12 ans à 18 ans qu'on a sélectionné dans l'unité de dépistage et de suivi d'El-Kseur.

Pour faire cette sélection on a utilisé l'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee, adaptée sur la population arabe.

On a constaté, d'après les réponses de notre population de recherche à cette échelle, ainsi qu'à notre entretien, la présence d'une phobie sociale élevée, avec des scores qui dépassent 50 sur 64, pour tous nos cas, à l'exception du monsieur « B », dont l'intensité de sa phobie sociale marque un score de 50 sur 64, et qui marque une moyenne de 56,66 sur 64, pour la totalité de notre population de recherche. Cette phobie se manifeste chez nos sujets, d'après les réponses à notre entretien par une grande inhibition dans les situations sociales, des rougissements et une peur intense des jugements des autres et de leur rejet.

Selon notre première hypothèse les adolescents souffrants d'une phobie sociale présentent un sentiment élevé de solitude.

L'ensemble des résultats obtenus dans notre entretien, ainsi que l'échelle de la solitude effectuée sur notre population de la recherche pour vérifier cette hypothèse, nous a permis de constater la présence d'un sentiment de solitude annoncé chez quatre adolescents ; les cas « B », « C », « F » avec un score de 10 sur 11, le cas « E » avec un score de 9 sur 11, un qui manifeste un degré relatif avec un score de 8 sur 11. Alors que le cas « D », manifeste un degré très élevé de sentiment de solitude avec un score de 11 sur 11.

La moyenne de sentiment de solitude chez le totale de nos cas d'après leurs réponses à l'échelle de Jong-Gierveld est 9,66 sur 11, un score qui montre un sentiment affirmé de solitude.

Nos sujets présentent d'après les réponses à l'entretien, un sentiment de solitude qui se manifeste par le sentiment d'être rejetés, un manque et un sentiment de vide relationnel avec un échec des relations.

L'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, ainsi que l'entretien effectués sur notre population de recherche, nous ont également permis de vérifier notre deuxième hypothèse selon laquelle les adolescents souffrants d'une phobie sociale manifestent deux types de solitude, émotionnelle et sociale.

On a pu constater la présence de la solitude émotionnelle avec un degré très élevé chez trois cas (les cas « A », « C » et « D »), avec un score de 6 sur 6, un degré élevé chez deux cas (les cas « B » et « F »), avec un score de 5 sur 6. Alors qu'un sur six des cas (le cas « E »), présente un degré relatif de solitude émotionnelle avec un score de 4 sur 6.

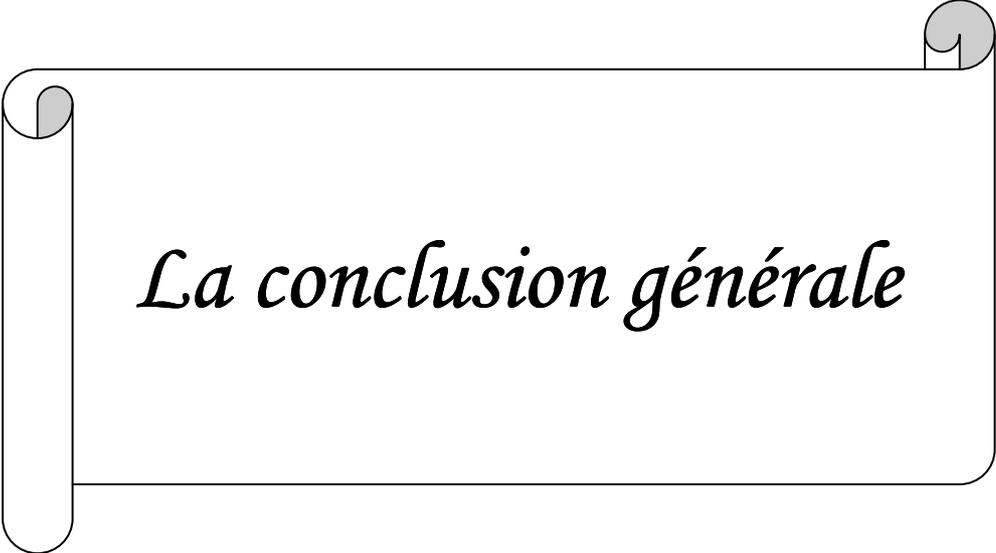
La moyenne de cette solitude chez le total de nos cas est 5,33 sur 6, qui est une moyenne élevée. Ce type de solitude est exprimé d'après les réponses à nos questions lors de l'entretien, par l'absence des relations intimes de proximité, un sentiment d'être seul et de ne pas pouvoir utiliser le réseau social existant, avec un sentiment permanent de vide relationnel.

Concernant la solitude sociale, on a remarqué sa présence avec un degré très élevé chez quatre cas (les cas « B », « D », « E » et « F »), avec un score de 5 sur 5, une solitude sociale annoncée chez un seul cas « C », avec un degré de 4 sur 5 chez. Alors qu'un des cas (le cas « A »), présente un degré faible de solitude sociale, avec un score de 2 sur 5.

La moyenne de ce type de solitude chez le total de nos cas est élevée, avec un score de 4.33 sur 5. Cette solitude est montrée selon les réponses de nos sujets à l'entretien par un sentiment d'être abandonné par l'environnement (familial ou social), un sentiment d'échec dans l'établissement des relations avec les autres, accompagné d'un sentiment de marginalité et de rejet.

Synthèse :

Notre hypothèse principale est confirmée pour toute notre population de recherche, ce qui nous permet donc de conclure que l'adolescent souffrant d'une phobie sociale présente un sentiment de solitude. Cette solitude peut se manifester dans ses deux types émotionnel et social.



La conclusion générale

La conclusion générale :

Être entouré, avoir des amis, des connaissances, avoir quelqu'un avec qui partager ses préoccupations, tout cela ajoute au bien être psychologique et aide au développement de la personnalité et des compétences sociales, surtout à l'adolescence, la période où les relations et l'univers social se construisent. Mais lorsqu'il est question des adolescents souffrants d'une phobie sociale on parle facilement de solitude et de sentiment d'exclusion et de rejet.

La crainte d'être rejeté ou critiquée dans les situations sociales, la peur de ne pas être à la hauteur, d'être inhibé ou exposé à la honte poussent les adolescents souffrants d'une phobie sociale à éviter les situations sociales ou les contextes d'intimité, ce qui les amène à se sentir seuls socialement et émotionnellement. Certaines préfèrent de rester seuls que de risquer de vivre un rejet.

Dans ce contexte nous avons donc réalisé notre recherche intitulée « le sentiment de solitude chez l'adolescent souffrant d'une phobie sociale », au niveau de l'unité de dépistage et de suivi d'El-Kseur, sur une population présentant une phobie sociale constituée de six adolescents, âgée de 12 à 18 ans et de deux sexes, dont le but est d'évaluer le sentiment de solitude chez elle, ainsi que le type de cette solitude (sociale, émotionnelle).

D'après les résultats recueillis de notre entretien ainsi que les réponses à l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, on a constaté la présence d'un sentiment de solitude chez ces adolescents.

Notre hypothèse principale, est confirmée chez toute notre population de recherche, ce qui nous permet de dire que l'adolescent souffrant d'une phobie sociale éprouve un sentiment de solitude. Cette solitude est présentée avec des degrés différents, dans ses deux types ; sociale et émotionnelle.



La liste bibliographique

La liste bibliographique :

1. Les ouvrages :

1. AKTOUF O., (1887), « Méthodologie des sciences sociales et approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique », Québec, Les presses de l'université de Montréal.
2. ALVIN P., MARCELLI D., (2005), « Médecine de l'adolescent », Paris, Masson.
3. ANDRE C., LEGERON P., (2003), « La peur des autres : Trac, timidité et phobie sociale », Paris, Odile Jacob.
4. ANGERS M., (1997), « Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines », Alger, Casbah université.
5. ARCHER E., (2001), « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle », Paris, John Libbey Eurotext.
6. AREZKI D., (2010), « La psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent », Tizi-Ouzou, Odyssée.
7. BENONY H., (2005), « L'examen psychologique et clinique de l'adolescent », Paris, Armand Clin.
8. BERNARD P., (1979), « Le développement de la personnalité », Paris, Masson.
9. BIOY A., FOUQUES D., (2002), « Manuel de psychologie du soin », Paris, Bréal.
10. BOURNE E. J., (2011), « Manuel du phobique et de l'anxieux », Paris, Eyrolles.
11. CHAHRAOUI KH., BENONY H., (1999), « L'entretien clinique », Paris, Dunod.
12. CHAHRAOUI KH., BENONY H., (2003), « Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique », Paris, Dunod.
13. CHILAND C., (1983), « L'entretien clinique », Paris, PUF.

14. CLAES M., (2005), « L'univers social des adolescents », Québec, les presses de l'université de Montréal.
15. COSLIN P. G., (2002), « Psychologie de l'adolescent », Paris, Armand Colin.
16. COSLIN P. G., (2007), « La socialisation de l'adolescent », Paris, Armand Colin.
17. DELAROCHE P., (2000), « L'adolescence : enjeux cliniques et thérapeutiques », Paris, Nathan.
18. DEBRAY Q., NOLLET D., (1997), « Les personnalités pathologiques : Approche cognitive et thérapeutique », Paris, Masson.
19. DIRICX B., (2005), « La solitude chez les personnes âgées », Bruxelles, Kluwer.
20. DOLTO F., (1988), « Solitude », Paris, Ergo Presse.
21. EMILIEN G. et coll, (2003), « L'anxiété sociale », Paris, Mardaga.
22. FRANCOIS J., (1986), « Guide des solitudes », Paris, Fayard.
23. GEORGE G., VERA L., (1999), « Soigner la timidité chez l'enfant et l'adolescent : Approche comportementale et cognitive », Paris, Dunod.
24. GRAZIANI P. L., (2003), « Anxiété et troubles anxieux », Paris, Nathan.
25. GUEHL C. M., (2003), « L'enfant anxieux : Dépistage et soins », Paris, Masson.
26. GUELFY J. D., et coll, (2003), « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM- VI », Paris, Masson.
27. GUELFY J. D., ROUILLON F., (2007), « Manuel de psychiatrie », Paris, Masson.
28. GUIDERE M., (2005), « Méthodologie de recherche », Paris, Ellipses.
29. GUIDETTI M., (2002), « Les étapes de développement psychologique », Paris, Armand Colin.
30. HESSELNBERG M., (2001), « Etudiants du secteur social, psychologie de l'enfant et de l'adolescent », Paris, Studio WO.
31. JUGON J. C., (1998), « Phobies sociales au japon », Paris, ESF.

32. LADOUCEUR R. et coll, (1999), « Les troubles anxieux: Approche cognitive et comportementale », Paris, Masson.
33. MARCELLI D., BRACONNIER A., (2004), « Adolescence et psychopathologie », Paris, Masson.
34. MAREAU C., DREYFUS A. V., (2004), « L'indispensable de la psychologie », Paris, Studyrama.
35. MARGALIT M., (2010), « Lonely children and adolescents: Self-perceptions, social exclusion, and hope », Tel Aviv, Psringer.
36. MARTY F., (2009), « Les grandes problématiques de la psychologie clinique », Paris, Dunod.
37. MAZET PH., HOUZEL D., (1979), « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », Paris, Maloine.
38. ROTENBERG K. J., HYMEL S., (1999), « Loneliness in childhood and adolescence », New York, Cambridge University Press.
39. PEDINIELLI J. L., (2005), « Introduction à la psychologie clinique », Paris, Armand Colin.
40. SAINT-LAURENT L., (1998), « L'expérience de la solitude : Le cas des personnes séparées ou divorcées », Canada, Les presses de l'université Laval.
41. SERVANT D., PARQUET PH. J., (1997), « Les phobies sociales », Paris, Masson.
42. SERVALANT D., (2005), « L'enfant et l'adolescent anxieux : Les aider à s'épanouir », Paris, Odile Jacob.
43. TOURRETTE C., GUIDETTI M., (2004), « Introduction à la psychologie de développement: Du bébé à l'adolescence », Paris, Armand Colin.
44. VALLERAND R. J., HESS U., (2000), « Méthodes de recherche en psychologie », Montréal, Gaëtan Morin.

2. Les dictionnaires :

1. DORON R., PAROT F., (2005), « Dictionnaire de psychologie », Paris, PUF.

3. Les thèses :

1. BALLAND J., (avril 2011), « Facteurs de risque de mésusage d'alcool chez les adolescents : A propos d'une étude dans le service de pédiatrie d'Épinal d'aout », Université d'Angers.
2. BERGER M., (Avril 2009), « Le sentiment de solitude, Le stress et le lieu de contrôle chez les personnes atteintes de cancer », Université du Québec.
3. EMERIAUD J., (octobre 2006), « Phobie sociale : Revue de la littérature et analyse conceptuelle », Université d'Angers.
4. MARTIN K., (octobre 2005), « Phobie sociale et comportements d'alcoolisation: Conduite à tenir en médecine générale à partir d'une étude de cas », Université d'Angers.
5. MEYER M., (juillet 2009), « La zoothérapie au service de la personne âgée: Quand la zoothérapie intervient pour soulager le sentiment de solitude des personnes âgées institutionnalisées », Ecole de santé Fribourg.
6. RONDET I., (mars 2005), « Timidité, anxiété de performance, phobie sociale, personnalité évitante : Quels repères cliniques et quelles indices thérapeutique », Université d'Angers.

7. THIBODEAU S., (Août 2006), « Solitude professionnelle d'enseignants du secondaire : Relations avec le leadership du directeur d'école », Université du Québec.

4. Les revues :

1. KAUFMANN J.C., (1995), « Les cadres sociaux du sentiment de solitude », in Persée, *Sciences sociales et santé*.
2. (KOSCIELAK R., (1996), « Le sentiment de solitude chez les adolescents avec un handicap mental », in Gdansk, *Revue européenne du handicap mental*.

5. Les sites web :

1. (Dupont S., (2011), « Le sentiment de solitude chez l'enfant et l'adolescent », ingrandireensemble.hautetfort.com,
[neuropsychiatrie.fr](https://www.google.com/#hl=en&sclient=psyab&q=Le+sentiment+de+solitude+chez+l%E2%80%99enfant+et+l%E2%80%99adolescent+&oq=Le+sentiment+de+solitude+chez+l%E2%80%99enfant+et+l%E2%80%99adolescent+&gs_l=hp.12...1698832.1703615.2.1705364.3.3.0.0.0.0.0.0..0.0...0.0...1c.2j1.7.hp.5eEYYm2Zpn4&psj=1&bav=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.44158598,d.ZWU&fp=a46a26e2da4f4c8b&biw=1366&bih=622, 17/12/2012, 16 :40.2. OLLAT H., (2000), « Le traitement de la phobie sociale », in <a href=),

<http://www.neuropsychiatrie.fr/extranet/upload/article/9440364161720%20Le%20traitement%20de%20la%20phobie%20sociale.pdf>, 07/11/2012, 13 :16.

3. SANDRIN L., (2005), « Solitude et maladie », in camilliens.fr, https://www.google.com/#hl=en&output=search&client=psy-ab&q=solitude+et+maladie&oq=solitude+et+maladie&gs_l=hp.3...1063.6478.1.6908.19.15.0.0.0.0.0..0.0...0.0...1c.1.7.hp.Jsui8lnkVZQ&psj=1&bav=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.44158598,d.ZWU&fp=a46a26e2da4f4c8b&biw=1366&bih=622, 15/11/2012, 14 :22.

4. ABD AL RAZEK G., et coll (Juillet 2006), « Shyness in Arab countries: Is it a psychological phenomena? », in Cpsy.eg.net, <https://www.cpsy.eg.net/pdf/2006/july/8en.pdf>, 26/03/2013, 16:37.



Les annexes

L'annexe « A » : L'échelle de solitude de Jong-Gierveld :

1. J'ai toujours quelqu'un à qui je peux parler de mes problèmes au quotidien.	Oui	Plus ou moins	Non
2. Un ami proche me manque terriblement.	Oui	Plus ou moins	Non
3. Je ressens en général un vide intérieur.	Oui	Plus ou moins	Non
4. J'ai plusieurs personnes sur qui compter si j'ai des problèmes.	Oui	Plus ou moins	Non
5. La compagnie des autres me manque.	Oui	Plus ou moins	Non
6. Mon cercle d'amis et de connaissances est trop restreint.	Oui	Plus ou moins	Non
7. Il ya plusieurs personnes en qui je peux faire pleinement confiance.	Oui	Plus ou moins	Non
8. Je me sens proche de suffisamment de gens.	Oui	Plus ou moins	Non
9. Je m'ennuie de ne pas avoir de gens autours de moi.	Oui	Plus ou moins	Non
10. Je me sens souvent rejeté.	Oui	Plus ou moins	Non
11. Je peux compter sur mes amis quand j'ai besoin d'eux.	Oui	Plus ou moins	Non

L'annexe « B » : L'échelle de la phobie sociale de Raulin et Wee :

لا	نعم	العبارات
		1. أحب البقاء في الفراش حتى لا أرى أي شخص.
		2. استمتع بالوحدة.
		3. أفضل عاده أن أكون في صحبة الأصدقاء على أن أكون وحيدا.
		4. أشعر برغبة ملحة في أن أرحل على الفور عند دخولي حجرة مكتظة بالناس.
		5. يمثل التفاعل أو التواصل مع الآخرين عبئا نفسيا عليّ.
		6. لا أستطيع أن أشعر بالاسترخاء إلا إذا كنت بمفردي.
		7. أستمتع بالتعامل مع نوعيات مختلفة من الناس.
		8. أبتعد عن الآخرين قدر الإمكان.
		9. أمارس هواياتي المفضلة بمفردي.
		10. أخبر الآخرين أنني لست على ما يرام لأتجنب مشاركتهم في القيام ببعض المهام.
		11. أشعر بالارتياح عندما أكون بمفردي.
		12. أشعر بالقلق أثناء تواجدي مع الآخرين.
		13. أفضل تناول الطعام بمفردي عن تناولة مع الآخرين.
		14. أفضل السفر مع الأصدقاء عن السفر بمفردي.
		15. أفضل الذهاب الى السينما بمفردي.
		16. أستمتع دائما بوجودي مع الآخرين.
		17. أفضل الخروج مع الأصدقاء عن الجلوس وحدي بالبيت.
		18. عندما أتحدث مع الآخرين تتملكني رغبة قوية في التوقف عن الكلام والابتعاد عنهم.
		19. تواجدي مع الآخرين يسبب لي الإرهاق.
		20. أشعر غالبا بالرغبة في مغادرة الحفلات دون وداع أصدقائي.
		21. حتى عندما أكون في حالة نفسية جيدة، لا أفضل التواجد مع

		الآخرين.
		22. أتمنى مرور اليوم سريعا حتى أصبح بمفردي.
		23. أتمنى أن يتركني الآخرون وحدي.
		24. أشعر بالأمان عندما أكون بمفردي.
		25. عندما أجلس في مكان مزدحم أشعر بدافع قوي في ترك المكان
		26. أحتاج أن أكون بمفردي تماما لعدة أيام.
		27. أشعر بالارتياح عندما أكون مع الآخرين.
		28. أحب قضاء وقت فراغي مع الآخرين.
		29. عندما أقرر أن أكون مع الآخرين أندم على ذلك فيما بعد.
		30. يصيبني إرهاق شديد لا يمكن احتماله نتيجة تواجدي مع الآخرين.
		31. أعتبر نفسي شخصا وحيدا أو منعزلا عن الآخرين.
		32. أتمنى أن أكون بمفردي أو وحيدا معظم الوقت.

L'annexe « C » : Le guide d'entretien :

- Les informations personnelles :

- Le nom et le prénom :
- L'âge :
- Le sexe :
- Le niveau scolaire :
- La fratrie :
- Les antécédents familiaux :
- Les antécédents médicaux :

1. Les informations en relation avec la famille :

- Pouvez-vous nous parler de votre relation avec vos parents ?
- Parlez nous de vos relations avec vos frères.
- Comment identifiez-vous votre situation socio-économique ?
- Partagez-vous vos difficultés quotidiennes avec vos parents ou vos frères?

2. Les informations en relation avec la vie sociale :

- Pouvez-vous nous parler de vos relations sociales?
- Pouvez-vous nous parler de vos relations avec vous amis ?
- Pouvez-vous nous dire sur qui vous pouvez compter, et avec qui vous pouvez partager vos préoccupations ?
- Parlez-nous de vos relations avec vos pairs.

3. Les informations en relation avec la scolarité :

- Parlez nous de vos études.
- Pouvez-vous nous parler de vos relations avec vos enseignants ?
- Comment identifiez-vous vos relations avec vos camarades de classe ?
- Participez-vous à la classe, ou demandez-vous la parole ?
- Aimez-vous partager vos idées avec vos camarades de classe ?

4. Les informations en relation avec la phobie sociale :

- Pouvez-vous nous parler de votre sentiment quant vous vous situez sous l'observation des autres ?
- Aimez-vous les soirées ?
- Comment sentez-vous quand vous parlez avec quelqu'un en position d'autorité ?
- Parlez-vous sans difficultés avec les personnes inconnues ?
- Pouvez-vous nous parler de vos hobbies, et avec qui vous aimez les partager ?