

Phobie sociale

Ce trouble anxieux, sévère et fréquent (2 à 4 % de la population) doit être recherché en cas d'isolement social, de dépressions récurrentes ou de problèmes d'alcool.

Longtemps, les patients ayant une phobie sociale ont été oubliés. Ils ne dérangent personne, leur trouble passe inaperçu, et l'essentiel de leurs efforts consiste à le dissimuler. On confondait leur souffrance avec une timidité excessive.

Dépister

Il est rare que le patient phobique social vienne consulter de lui-même. Le plus souvent, c'est au praticien de rechercher activement cette pathologie. La phobie sociale est en effet un trouble silencieux, car les patients ne mettent pas en avant leurs symptômes (perçus comme l'expression de leur personnalité profonde), ont honte de parler de leurs évitements ou de leurs craintes, supposent qu'il n'y a rien à faire...

Quelques interrogations suffisent le plus souvent pour avoir des réponses suffisamment explicites : « Vous arrive-t-il de vous sentir particulièrement mal à l'aise dans certaines situations sociales ? » ; « Vous sentez-vous très gêné si vous êtes en point de mire de l'attention des autres ? »

L'exploration systématique de l'anxiété sociale devrait, idéalement, faire partie de tout entretien avec un patient primoconsultant pour troubles psychologiques. Mais cela peut aussi s'avérer utile auprès d'un patient alcoolodépendant, ou bien ayant des troubles de l'humeur chroniques ou récidivants, ou encore en échec social et relationnel.

Valider le diagnostic

Une fois l'anxiété sociale suspectée, il importe d'évaluer s'il s'agit d'une forme mineure ou pathologique : c'est le problème du seuil.

Les **anxiétés sociales « normales »** sont la timidité (inhibition lors de toutes les « premières fois »), qui concerne environ 40 à 60 % de la

population générale, et le trac (anxiété de performance) qui touche au moins 30 % des sujets. Les différences entre ces manifestations et la phobie sociale sont le plus souvent clairement perceptibles pour le clinicien expérimenté (tableaux 1 et 2).

Questions à poser. Sur l'aspect excessif des peurs sociales : « Pensez-vous que votre peur est excessive ou déraisonnable ? » Sur leurs conséquences comportementales : « Redoutez-vous tellement ces situations sociales que vous les évitez chaque fois que possible ? » Sur leurs conséquences émotionnelles : « Si vous ne pouvez les éviter, vous sentez-vous très mal à l'aise à chaque fois que vous y êtes confronté ? » Sur le handicap : « Cette peur vous gêne-t-elle dans votre travail, vos activités quotidiennes, ou dans vos relations sociales ? »

Comprendre la maladie

Cette phase permet au praticien, mais aussi parfois au patient, de mesurer la place prise au quotidien par le trouble et de préparer les interventions thérapeutiques.

Cinq types de situations doivent être méthodiquement explorées. Certains patients vont redouter toutes ces situations, d'autres pouvoir en affronter quelques-unes :

- performance (parler face à un groupe ou lors de réunions, passer un examen...);
- interactions superficielles (échanger quelques mots, même brefs et superficiels, avec voisins, collègues, commerçants...);
- interactions approfondies et révélation de soi (faire connaissance avec quelqu'un, entrer dans une relation amicale ou sentimentale suivie...);

- affirmation de soi (donner son avis, dire non, oser demander et déranger...);
- observation (se trouver exposé au regard d'autrui en marchant, mangeant, buvant...).

Symptômes

L'exploration des trois principales familles de symptômes est souvent l'occasion d'aider le patient à comprendre sa maladie.

Émotions. Les deux fondamentales sont la peur et la honte. La peur est centrée sur la vigilance envers l'environnement, dans l'attente de la survenue d'un danger : ici, toute forme d'agression ou de désapprobation verbale ou sociale. La honte est la conviction de ne pas avoir pu se conformer aux règles du groupe, et la certitude de s'en trouver dévalorisé et diminué. Les deux coexistent en général : anxiété avant et pendant les confrontations, honte pendant et après.

Comportements. Les évitements sont un des symptômes majeurs de la phobie sociale ainsi que l'explication la plus convaincante de son caractère chronique. En évitant de se confronter, le sujet maintient intacte et renforce la conviction qu'il a bel et bien évité un danger réel. Deux types sont intriqués : les évitements situationnels, assez manifestes, dans lesquels le patient renonce à affronter les contextes sociaux (soirées, repas en tête-à-tête, opinions à donner ou questions à poser face à un groupe...), et les dits « subtils » survenant lorsque le sujet a pu ou dû se confronter mais ne peut aller jusqu'au bout de la prise de risque (aller à une soirée mais rester dans son coin, prendre la parole mais très brièvement...). Les patients n'en sont pas clairement conscients : ils rationalisent leurs évitements en choix de vie (« Je n'aime pas

TABLEAU 1 TRAC ET PHOBIE SOCIALE¹

Trac	Phobie sociale
Anxiété anticipatoire forte peu avant la situation	Anxiété anticipatoire très forte longtemps avant la situation
Le malaise diminue durant l'intervention	Le malaise diminue peu durant l'intervention
Soulagement après l'intervention	Honte après l'intervention
Habituation (amélioration) relative au fur et à mesure des interventions	Sensibilisation (aggravation) fréquente au fur et à mesure des interventions

* Service hospitalo-universitaire, centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris. c.andre@ch-sainte-anne.fr

L'ESSENTIEL

- **Expliquer à l'entourage** qu'il ne s'agit pas d'une simple timidité.
- **Traiter par un antidépresseur** à impact sérotoninergique (paroxétine, venlafaxine, escitalopram) aux mêmes doses que pour un épisode dépressif.
- **Informé** sur la maladie et les efforts à développer au quotidien (confrontations aux peurs sociales, reconstruction d'un réseau social).
- **Encourager** les psychothérapies comportementales.

sortir», « Je n'aime pas parler pour ne rien dire ») et souvent n'en prennent conscience qu'en thérapie (« Je réalise que si je lis toujours quelque chose dans le métro, c'est pour ne pas croiser le regard des gens »).

Cognitions. La dimension cognitive est principalement dominée par l'anxiété d'évaluation. Dans toute circonstance sociale, le patient est convaincu que l'on va l'observer attentivement, le juger négativement, le rejeter ou se moquer de lui. Des troubles de l'estime de soi sont quasi constants. Les deux craintes les plus fréquentes portent sur le fait de révéler son émotivité et sur celle de révéler ses limites (manque de culture, de connaissances, d'intelligence).

Formes cliniques

Formes limitées à une ou deux circonstances sociales ; le plus souvent peur de manger, de boire ou d'écrire devant autrui, ou peur panique de prendre la parole face à un groupe. Même si les autres situations peuvent être affrontées, il est fréquent que le patient ait des petits signes d'anxiété sociale ou des évitements subtils (crainte de révéler son émotivité ou son incompétence).

Formes généralisées : toutes les situations sociales sont source de peur et de honte intenses.

Formes confrontantes : le patient arrive à donner le change, au prix de beaucoup d'énergie et d'évitements subtils assez élaborés (froideur relationnelle, agressivité, humour et ironie systématiques en lieu et place de véritables échanges...) et à préserver une activité sociale de façade, parfois à des postes de responsabilité. Les émotions, surtout de peur, n'en sont pas moins intensément ressenties. À chaque confrontation, il a le sentiment de frôler de peu la catastrophe et le risque d'être démasqué.

Formes associées à une personnalité évitante, plus difficiles à traiter.

Formes centrées sur la peur obsédante de l'apparition d'un symptôme physique : la crainte de rougir, trembler ou transpirer caractérise certains patients, qui sont persuadés que toutes leurs difficultés viennent de là.

TABLEAU 2 TIMIDITÉ ET PHOBIE SOCIALE¹

Timidité	Phobie sociale
Gêne	Panique
Inhibition et observation des autres	Dissimulations et auto-observation
Crainte d'être ignoré	Crainte d'être humilié ou agressé
Rassuré par les attitudes amicales ou bienveillantes	Parfois angoissé par les attitudes amicales ou bienveillantes
Capable de parler de son trouble à son entourage	Tend à dissimuler son trouble, même à son entourage proche
Qualité de vie préservée	Qualité de vie altérée
Comorbidité faible	Comorbidité élevée
Anxiété diminuant avec la répétition des contacts	Anxiété pouvant augmenter avec la répétition des contacts

Ils cherchent alors des solutions médicamenteuses ou chirurgicales (sympathectomies) plutôt qu'un suivi psychiatrique.

Anxiété sociale chez des schizophrènes : les formes « pseudo-névrotiques » de la schizophrénie prennent ce masque ; le patient peut alors décrire assez précisément des situations socialement angoissantes, mais le plus souvent, ses contenus de pensée sont plus pauvres que ceux des authentiques phobiques sociaux. On retrouve un plus grand apragmatisme, ainsi que d'autres troubles de la lignée psychotique (seuil interprétatif assez bas des attitudes et comportements d'autrui).

Traiter

Le fait de nommer le trouble, de rappeler qu'il concerne un grand nombre de patients, et que ses mécanismes sont connus des soignants procure souvent un soulagement important.

Limiter le recours aux benzodiazépines : au moment où ils consultent, la plupart des patients phobiques sociaux y ont déjà eu recours (sans grand bénéfice). Leur usage doit être ponctuel (accès d'anxiété anticipatoire).

Cibler les β -bloquants : pris environ 1 heure avant les situations (propranolol, 40 mg), ils limitent l'intensité des manifestations sympathiques périphériques de l'anxiété de performance (prises de parole en public).

Les antidépresseurs sont à prescrire en première intention : paroxétine, venlafaxine

et escitalopram sont indiqués « dans la phobie sociale généralisée avec handicap important ». Cliniquement, les patients répondeurs ont une limitation de l'intensité des pics anxieux permettant des confrontations comportementales (« J'arrive à affronter ») et un recul vis-à-vis des cognitions anxieuses (« J'ai toujours mes peurs, mais je peux les combattre »).

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) reposent sur l'exposition aux situations redoutées et sur la restructuration cognitive. L'approche en groupe est souvent privilégiée. Il faut prévenir le patient que cette approche suppose une confrontation régulière aux situations redoutées ; difficile pour les patients les plus sévères (une phase préalable de traitement médicamenteux est souvent nécessaire). Leur arrêt ne doit se faire qu'une fois acquis des bénéfices symptomatiques nets et une fois modifié le style de vie quotidien. ●

RÉFÉRENCES

1. André C, Légeron P. La peur des autres. 3^e éd. Paris: Odile Jacob; 2000: 332 pp.

POUR EN SAVOIR PLUS

- George G, Vera L. Soigner la timidité chez l'enfant et l'adolescent. Approche comportementale et cognitive. Paris: Dunod; 2003: 226 pp.
- Lemperière T. Les phobies sociales. Paris: Masson; 2002: 220 pp.
- Servant D. Soigner les phobies sociales. Paris: Masson; 2002: 176 pp.
- Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. Lancet 2008;371:1115-25.
- Liste de thérapeutes : www.aftcc.org
- Association Médiagora : www.mediagora.fr