

# Vaincre la peur des autres : la phobie sociale

Muriel Mury, MD

Présenté par l'Université de Sherbrooke, dans le cadre  
du *Palmarès d'ateliers à succès* — Université de  
Sherbrooke : *La phobie sociale*, novembre 2003



## Le cas de Nancy

Nancy, âgée de 35 ans, est gestionnaire de la filiale québécoise d'une compagnie internationale.

Depuis six mois, elle est incapable de faire des présentations devant des groupes. Elle n'a pourtant jamais éprouvé de telles difficultés auparavant.

Nancy a présenté une première attaque de panique après une promotion alors qu'elle devait présenter un projet à sa nouvelle équipe. Depuis, elle redoute les conférences et les réunions. Elle ne dort plus durant les nuits qui précèdent de tels événements et elle se sent « poche ».

Elle vient vous demander un avis d'arrêt de travail.

**Quel symptôme devez-vous éviter de renforcer?**



## Le cas de Julien

Une infirmière du CLSC vous fait part d'une situation qu'elle vient de vivre au travail.

Le petit Julien, âgé de huit ans, a fait une véritable crise de rage lorsque son père a voulu le faire entrer dans la salle d'attente remplie d'enfants qui attendaient pour se faire vacciner.

Le père a simplement dit, en guise d'excuse : « il n'y a que sa mère qui sait le calmer dans ces moments-là, mais c'est toujours moi qui doit l'accompagner à ses rendez-vous parce qu'elle a peur d'avoir l'air étrange devant des étrangers ».

**Que vous évoquent les comportements de Julien et de sa maman?**



**A**ussi fréquente que méconnue, la phobie sociale représente un grave problème de santé publique. Elle se caractérise par une très forte anxiété ou de l'évitement envers les situations sociales. Elle engendre chez la personne atteinte une souff-

rance excessive et entrave son fonctionnement. Terrain de prédilection du développement de troubles anxieux associés (dépression, alcoolisme, toxicomanies), elle conduit fréquemment à des tentatives de suicide dans ses formes comorbides.

## La phobie sociale

Le dépistage en routine et une diffusion de la connaissance de son traitement contribueront à soulager près d'un million de Québécois qui sont destinés à en souffrir à un moment ou à un autre de leur existence (tableau 1).

On distingue deux types de phobie sociale :

- La phobie sociale non généralisée
- La phobie sociale généralisée

### La phobie sociale non généralisée

Il s'agit d'une peur qui concerne une ou deux situations sociales précises.

### La phobie sociale généralisée

Cette phobie est reliée à au moins trois situations sociales ou de performance distinctes. Celle-ci survient généralement à un âge précoce et elle présente une tendance familiale marquée. La perturbation de la vie socioprofessionnelle est majeure.

Débutant dès l'enfance par une timidité excessive à l'origine d'absentéismes fréquents, voire de



La Dre Mury est professeur adjointe, département de psychiatrie, Université de Sherbrooke, et psychiatre et pédopsychiatre, Hôtel-Dieu, CHUS.

Tableau 1

### Le dépistage de la phobie sociale

#### Soupçonnez une phobie sociale chez les patients qui :

- Semblent intravertis ou timides
- Sont dépressifs
- Présentent une dépendance à l'alcool

#### Posez-leur les quatre questions suivantes :

1. Vous sentez-vous mal à l'aise ou gêné lorsque l'attention est centrée sur vous?
2. Avez-vous de la difficulté à interagir avec les gens?
3. Est-ce que vous rougissez ou tremblez lorsque l'on vous demande de faire quelque chose en public, comme parler, manger ou écrire un chèque?
4. De quoi avez-vous peur?

décrochages scolaires, elle concerne 80 % des phobiques sociaux.

### Quels sont les symptômes physiques et psychologiques?

Les symptômes physiques les plus fréquemment rapportés par les phobiques sociaux sont le rougissement, le bredouillement, la transpiration, les symptômes digestifs (embarrassants), la bouche sèche, les palpitations, les tremblements, la miction impérieuse et les attaques de panique.

Les symptômes psychologiques sont la peur d'être déprécié, désapprouvé, humilié ou embarrassé. Les sujets présentent une autoévaluation négative de leur performance et anticipent certaines situations sociales parfois des semaines ou des mois à l'avance.

De quoi le patient a-t-il peur par rapport à une situation sociale donnée? On identifiera les principales émotions négatives : peur de rougir, de trembler, d'avoir l'air ridicule, de bafouiller, de ne pouvoir s'exprimer convenablement, de ne pas être aimé ou apprécié, d'être évalué négativement, tendance à interpréter l'attitude des autres comme hostile, rejetante, critique, sentiment de honte, d'inadéquation, d'auto dévalorisation (tableau 2).

### Comment identifier les comportements d'évitement?

Méconnus par le patient, ces comportements sont caractérisés par l'évitement de situations sociales difficiles et le recours fréquent à l'alcool.

### L'alcoolisme et la phobie sociale

Vu l'utilisation délibérée de l'alcool pour combattre l'anxiété anticipatoire, le risque de développer une dépendance à l'alcool est multiplié par trois chez le phobique social.

Le risque de dépendance à l'alcool sera plus important si la phobie sociale est grave. Une phobie sociale, en association comorbide avec d'autres troubles de l'humeur ou anxieux, est retrouvée dans 85 % des cas impliquant un abus d'alcool.

### Quelles sont les causes de la phobie sociale?

- Le facteur génétique
- Les expériences fondatrices (humiliations vécues dans le passé)

Tableau 2

### Le diagnostic différentiel

#### La timidité

Anxiété modérée, évitement variable, sentiments de gêne depuis l'enfance et amélioration avec réussites.

#### Le trouble panique

Attaques de panique inattendues et spontanées qui se manifestent en cas de trouble panique en dehors d'un contexte social ou de performance. La personne se sent mieux lorsqu'elle est accompagnée.

#### L'agoraphobie

Évitement d'endroits où la personne ne pourrait se faire aider en cas d'attaque de panique (peur de demeurer piégée et sans secours, de mourir ou de perdre la tête).

#### La dépression atypique

Le retrait social et l'hypersensibilité à la critique peuvent être présents lors d'une dépression majeure, particulièrement lorsque la qualification de « caractéristiques atypiques » s'applique. Toutefois, ces symptômes varient avec l'humeur et leur rémission survient en même temps que les symptômes dépressifs.

#### Les psychoses et les personnalités schizoïdes

Prédominance de retrait social, d'absence d'intérêt envers les autres, d'indifférence par rapport au jugement d'autrui. Certaines psychoses peuvent débuter ou être accompagnées par de l'anxiété sociale.

- Les pensées automatiques négatives (« je vais faire rire de moi », « mon sentiment d'anxiété sera perçu »)
- Les standards trop élevés (« je ne dois jamais être anxieux », « je dois toujours être approuvé par tous »)
- Le manque d'habiletés sociales par carence éducative

Tableau 3

### Les objectifs thérapeutiques

- Soulager l'affect angoissé et la cognition
- Réduire l'anxiété d'anticipation
- Réduire le comportement d'évitement
- Atténuer la comorbidité
- Atténuer les symptômes cognitifs et physiques de l'anxiété

## Quels sont les traitements?

Misez sur une approche pharmacologique, psychoéducatrice, cognitivo-comportementale et complémentaire (tableau 3).

## Le traitement pharmacologique

### Les benzodiazépines

La clonazépam (0,5 mg à 4 mg par jour) a un effet rapide et demeure indiquée à court terme. Les troubles mnésiques et le risque élevé de dépendance, en rapport avec une forte comorbidité d'abus et de dépendance à l'alcool, limitent cependant leur utilisation.

### Les antidépresseurs

Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la noradrénaline (ISRN) sont des indications de choix (tableau 4).

### Les inhibiteurs de la monoamine oxydase

Ces médicaments sont très efficaces, mais ils présentent de redoutables effets indésirables.

Tableau 4

### Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)

- Citalopram (20 à 40 mg par jour)
- Fluoxétine (10 à 60 mg par jour)
- Fluvoxamine (100 à 200 mg par jour)
- Paroxétine — ISRS le plus étudié (10 à 40 mg par jour)
- Sertraline (50 à 225 mg par jour)
- Le traitement doit être débuté avec de très petites doses et augmenté progressivement afin d'atténuer les effets indésirables, toujours vécus très dramatiquement par les patients anxieux, jusqu'à obtention de l'effet thérapeutique désiré.
- Bonne tolérabilité en général.
- Besoin de rassurer sur le caractère généralement transitoire des effets indésirables (insomnie, céphalée, agitation, tremblements, nausées, diarrhées, flatulences, sialorrhée, dysfonction sexuelle).

#### Surveillez :

Le syndrome sérotoninergique  
L'hypersensibilité aux ISRS  
L'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale

#### Prévenez le syndrome de retrait :

- Il survient un à quelques jours après le sevrage brutal de fortes doses.
- Il est augmenté en présence de demi-vies courtes.
- Il peut se manifester par des myalgies, des paresthésies, des dyskinésies, une incoordination visuelle, une léthargie, des céphalées, de la fièvre, de la sudation, des frissons, des malaises, de l'insomnie, de l'anxiété, de l'agitation, des pleurs, de l'irritabilité, de la confusion, une désorientation et un ralentissement de la pensée.
- Il est important de diminuer progressivement les doses après une utilisation prolongée.
- Des améliorations ont été notées au cours d'études ayant porté sur les plans suivants : fonctionnement social, professionnel, vie familiale et qualité de vie du patient.

Le grand problème relié aux médicaments est le haut taux de rechutes lorsqu'elles sont arrêtées.

### La psychoéducation et la psychothérapie cognitive et comportementale

Le patient doit comprendre ses symptômes physiques, psychiques, comportementaux et affectifs et il doit apprendre à bien se documenter (livres, Internet). Il faut rendre le patient coactif (travail d'équipe avec le thérapeute), lui expliquer l'évitement, qui représente une protection exagérée, ainsi que l'importance de l'exposition et de la mise en situation.

*On rapporte souvent la présence de rougissement, de bredouillement et de transpiration.*

Il convient d'évaluer d'une manière exhaustive l'anxiété en situation sociale et l'évitement et de dépister les comorbidités, l'alcoolisme et les abus de substances avant de prescrire, et d'expliquer l'intérêt de la médication, ses avantages et ses effets secondaires.

Il est important d'obtenir une forte alliance thérapeutique. Le patient apprendra à s'auto-observer en tenant un journal struc-

Tableau 5

### Autres options thérapeutiques

- Venlafaxine (37,5 mg — doses moyennes efficaces de 112,5 mg et de 150 mg)
- Mirtazapine (soulage les symptômes d'anxiété, est bien tolérée et est intéressante en association avec un ISRS ou avec la venlafaxine, s'il y a une comorbidité dépressive)
- Antidépresseurs tricycliques (à essayer en cas d'échec des médicaments de première ligne)

### À retenir...

- La phobie sociale est caractérisée par la peur, reconnue par le sujet lui-même comme étant excessive, présente pendant plus de six mois, de montrer des signes d'anxiété ou d'être ridicule, au cours de situations où il doit s'exposer ou accomplir une performance sous le regard attentif d'étrangers.
- La phobie sociale ne doit pas être la conséquence directe d'une substance, d'une affection médicale générale ou d'un autre trouble mental et elle ne doit pas être reliée au désir de dissimuler l'une de ces conditions.
- On distingue deux types de phobie sociale : la phobie sociale généralisée et la phobie sociale non généralisée.

turé. Le traitement comportemental consistera en la gestion de l'anxiété, des séances d'exposition en imagination et *in vivo* et l'apprentissage de méthodes de relaxation musculaire progressive et respiratoire. L'axe

## La phobie sociale

central du traitement cognitif sera la résolution des problèmes de vie, accompagnée d'une restructuration cognitive systématique (tableau 5). *Clin*

Suggestions de lecture pour le patients

1. André, C, Legeron, P : *La peur des autres : trac, timidité et phobie sociale*. Éditions Odile-Jacob, Paris, 2000.
2. Fanget, F : *Je m'affirme*. Deuxième édition. Éditions Odile-Jacob, Paris, 2002.
3. Cungi, C : *Savoir s'affirmer*. Retz, 1996.

Suggestions de lecture pour l'omnipraticien

1. Birau, A : *Les phobies*. PUF, Paris.
2. Lempérière, T : *Les phobies sociales*. Masson, Paris, 2002.

[www.stacommunications.com](http://www.stacommunications.com)



Cet article est disponible en ligne. Visitez *Le Clinicien*.

## La maladie d'Alzheimer

*Dissiper  
les mythes*

Il y a de nombreux mythes entourant la maladie d'Alzheimer, par exemple sur la cause et la prévention de la maladie, et sur qui l'aura.

**Informez-vous.**

Consultez notre site Internet à [www.alzheimer.ca](http://www.alzheimer.ca) ou communiquez avec votre société Alzheimer régionale.

**L'aide d'aujourd'hui.  
L'espoir de demain.**

*Société Alzheimer*

Mythe 6

On peut prévenir la maladie d'Alzheimer.

**Réalité :** Comme les causes de la maladie d'Alzheimer ne sont pas connues, rien ne nous permet de conclure qu'on peut prévenir la maladie. Toutefois, il y a un nombre croissant d'indications selon lesquelles les choix de vie qui favorisent le maintien de la forme physique et mentale peuvent réduire le risque. Ces choix comprennent l'activité intellectuelle, l'exercice physique et un bon régime alimentaire constitué de fruits frais, de légumes et de poisson.