

Phobie

En psychopathologie le terme **phobie**, du grec ancien phobos (φόβος), désigne un ensemble de souffrances psychiques qui se présentent de manière différente chez l'enfant où elles sont souvent sans conséquence, ou chez l'adolescent et l'adulte. Lorsqu'elles prennent valeur de symptômes, elles doivent être appréciées comme un signe d'une souffrance psychique. En psychanalyse la **phobie** ne saurait constituer *un processus pathologique indépendant*^[1] et c'est pour cela qu'elle est rattaché à l'hystérie d'angoisse.

Dans l'approche béhavioriste

Épidémiologie comportementale

Dans les classifications comme le DSM ou le CIM, ces réactions doivent être suffisamment invalidantes pour que l'on puisse parler de phobie. Les phobies sont les formes les plus fréquentes de la famille des troubles anxieux. On estime que 5 à 25 % de la population générale souffre de phobie(s). Les phobies représentent même la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez les femmes, et la 2^e plus fréquente chez les hommes.^[réf. nécessaire] Le diagnostic nécessite d'écarter toute origine organique de la symptomatologie (notamment, des urgences pouvant avoir la même présentation - Infarctus, Embolie pulmonaire, Phéochromocytome, AVC, hypoglycémie...), une névrose plus structurée, un trouble dysthymique ou une psychose (phobies atypiques). La phobie se caractérise par une peur irrationnelle et majeure en présence du stimulus phobogène, pouvant évoluer vers une attaque de panique si l'évitement n'est pas possible.

Les phobies ne deviennent des « pathologies » que lorsqu'elles entraînent une souffrance importante chez le patient, et une détérioration de sa qualité de vie. Elles deviennent alors invalidantes de par les symptômes en présence du stimulus phobogène, et de par les stratégies que doit mettre en place le patient afin de les éviter.

A noter que photophobie et hydrophobie ne désignent pas des phobies d'ordre psychologique, mais sont des réactions à des stimuli physiquement insupportables en raison d'un état médical particulier :

- Photophobie, crainte de la lumière, un des symptômes possibles de la méningite.
- Hydrophobie, crainte de l'eau, désignant, dans le cas d'un patient atteint de rage, l'impossibilité à avaler les liquides, dans la mesure où ceux-ci entraînent un spasme laryngé.

Classification et signes visibles

La classification comportementaliste sépare les phobies en trois catégories :

- les phobies spécifiques (ou phobies « simples »), où les symptômes sont déclenchés par un objet externe : souris, avions, sang, etc. Souvent négligées par l'entourage et parfois tournées en ridicule, elles peuvent être source de détresse psychologique majeure, et, dans certains cas, d'un impact sérieux sur la qualité de vie (phobie des transports, phobie des animaux, phobie des phénomènes naturels...).
- les phobies sociales, à savoir la peur d'interagir avec les autres, de réaliser certaines actions devant d'autres personnes, par exemple la blemmophobie (peur du regard des

autres) ou encore l'éreutrophobie (peur de rougir). Il convient de relativiser ce concept de « phobie sociale », qui est un concept émergent de la psychiatrie moderne et était jusque-là couramment désigné sous le terme de « timidité ».

- l'agoraphobie, c'est-à-dire la peur de quitter son environnement proche et de se retrouver dans un endroit dont il serait difficile ou gênant de s'extraire.

Les phobies vis-à-vis des maladies, comme la nosophobie (peur des maladies en général) ou la cancérophobie (peur du cancer), sont en principe des formes d'hypocondrie et non des phobies simples. Néanmoins, certains classements rangent la peur d'être contaminé dans les phobies simples, et celle d'être déjà malade dans l'hypocondrie. La plupart des phobies spécifiques représentent un état extrême d'un sentiment normal : la phobie des avions représente la suramplification de la sensation d'appréhension naturelle que tout le monde ressent lors d'un décollage, par exemple. Les symptômes ressentis lors de la confrontation à l'objet ou la situation phobogène^[2] varient fortement d'un sujet à l'autre, constituant dans les cas extrêmes une attaque de panique avec malaise général, sensation de mort imminente, tachycardie, sueurs, etc. Dans tous les cas, les sujets frappés de phobie spécifique sont conscients de l'irrationalité de leur peur, et en souffrent. La plupart des individus souffrant de phobie tendent à fuir l'objet phobogène ou encore, lorsque ils sont forcés de le croiser, s'arrangent pour être accompagné d'un objet « contraphobique » qui les rassure : gri-gri, boîte de médicaments ou d'une personne. La dénomination des phobies est forgée en utilisant la racine grecque correspondant à l'objet craint. La diversité des phobies décrites fait que l'on peut référencer des centaines de phobies spécifiques différentes ! Parmi les formes infinies sous lesquelles les phobies peuvent se présenter, on se référera à la Liste exhaustive des phobies (Entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem, littéralement : « Les choses essentielles ne doivent pas être multipliées sans nécessité »)

- Crainte marquée et persistante, excessive ou peu raisonnable, déclenchée par la présence ou l'idée anticipative d'un objet ou d'une situation spécifique (par exemple : vol en avion, hauteurs, animaux, recevoir une injection, voir du sang).
- L'exposition au stimulus phobique provoque presque invariablement une réponse immédiate d'inquiétude, qui peut prendre la forme soit d'une crise de panique liée à la situation, soit, d'une prédisposition à une telle crise.
 - Note : Chez les enfants, l'inquiétude peut être exprimée en pleurant, par de la mauvaise humeur, par de la rigidité, ou en se cramponnant.
- La personne admet que la crainte est excessive ou peu raisonnable.
 - Note : Chez les enfants, cette caractéristique peut être absente.
- Les situations phobiques sont évitées, ou bien, sont supportées avec une inquiétude ou une détresse intense.
- L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la détresse dans la situation redoutée interfère de manière significative avec le quotidien normal de la personne, avec son fonctionnement professionnel (ou scolaire), avec ses activités et rapports sociaux ; ou il y a une détresse marquée due au fait d'être sujet à la phobie.
- Pour les personnes de moins de 18 ans, la situation perdure depuis au moins 6 mois.
- Il faut que l'inquiétude, les crises de panique ou l'évitement phobique liées à l'objet ou à la situation ne s'expliquent pas mieux par un autre trouble mental. Cet autre trouble pourrait être le Trouble Obsessionnel Compulsif (par exemple, crainte de la saleté de quelqu'un, avec une hantise de contamination), un trouble post-traumatique (par exemple, l'évitement des stimuli liés à un facteur de stress), un trouble d'inquiétude de séparation (par exemple, évitement de l'école), une phobie sociale (par exemple, action d'éviter des situations sociales en raison de la crainte de l'embarras), une panique avec l'agoraphobie, de l'agoraphobie sans antécédent de panique.

- Génétique, en plus d'une composante organique supposée, on trouve le plus souvent une origine psychologique (intrapyschique et inconsciente) et, parfois, un facteur familial.
- Cognitivo-comportementale, les psychologues cognitivistes considèrent la phobie comme un comportement appris et renforcé au cours de la vie du patient. La nature de l'objet phobogène en lui-même n'est pas essentiel à la compréhension de l'étiologie de la phobie, mais plutôt les mécanismes cognitifs qui ancrent le patient dans sa phobie.
- La psychothérapie cognitivo-comportementale est une indication thérapeutique pour le traitement des phobies "si l'on veut s'attaquer au symptôme en tant que tel" (?). Dans cette mesure, le traitement consiste à proposer au patient à se confronter à la situation redoutée, d'abord de loin et dans un contexte rassurant, puis de plus en plus intimement. Cette exposition progressive entraîne une diminution des réactions de peur et permet la disparition de la peur pour certains des cas, par désensibilisation. La psychothérapie cognitivo-comportementale "soigne ainsi les symptômes" (si l'on ne se réfère qu'au paradigme psychanalytique !), et peut suffire à permettre au patient de vivre beaucoup mieux.

Par ailleurs, les psychiatres adeptes des TCC qui se réfèrent donc aux seuls DSMs et au CIM peuvent, après évaluation du patient, de l'opportunité de prescrire en appoint certaines classes médicamenteuses telles que les bêta bloquants, les anxiolytiques (notamment benzodiazépines ou anti H2), ou encore les antidépresseurs (parmi lesquels les IRS) dans le traitement de ce type de pathologie.

Notes et références

1. ↑ Jean Bergeret : *La personnalité normale et pathologique*, Ed.: Dunod; 2003, Col.: Psychismes, ISBN 2100030078
2. ↑ C'est-à-dire ce qui déclenche la peur

Bibliographie

- René Roussillon, avec C. Chabert, A. Ciccone, A. Ferrant, N. Georgieff, P. Roman : *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*, 2007, ISBN 9782294049569
- Paul Denis *Les Phobies* , PUF-Que sais-je ? , Numéro 2946, 2006, ISBN 2130554822
- Sigmund Freud : "Œuvres complètes vol 9: Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans (petit Hans) ou Ed.: PUF- quadridge, 2006, ISBN 2130516874 ; Remarques sur un cas de névrose de contrainte (L'homme aux rats)" , Ed: PUF, 1998, ISBN 2130496539
- Jean Bergeret : *La Personnalité normale et pathologique, les structures mentales, le caractère, les symptômes*, Dunod, Coll. : Psychismes, 1996 ISBN 2100030078