

Le traitement de la phobie sociale

Hélène Ollat

1. Introduction

1.1. La phobie sociale, dont le *tableau 1* récapitule les critères diagnostiques selon le DSM-IV, a d'abord été considérée comme peu fréquente. Les premières études épidémiologiques avaient en effet conclu à une prévalence (sur la vie) de 3-5 % (*voir par exemple : 1*). Le problème est qu'on avait alors utilisé une version du *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) tirée du DSM-III où les peurs sociales n'étaient pas traitées à part mais apparaissaient à la rubrique "phobies simples" ; en outre seules quelques peurs sociales étaient répertoriées.

Secondairement on a eu recours au successeur du DIS élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé, le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), qui prend en compte toutes les peurs sociales spécifiées dans le DSM-III-R et le DSM-IV. Avec cet outil, la phobie sociale a une prévalence nettement plus élevée, de l'ordre de 15 %, aussi bien dans la population générale (*voir par exemple : 2,3*) que dans la population consultant en médecine générale (4) ; et on peut penser que c'est en fait **le plus fréquent** des troubles anxieux.

1.2. La phobie sociale est aussi une maladie **sévère**.

D'une part ses symptômes apparaissent habituellement pendant l'enfance ou l'adolescence et ils se manifestent ensuite volontiers toute la vie, même s'il peut y avoir des rémissions partielles ou totales à l'âge adulte.

D'autre part elle perturbe profondément les activités professionnelles (scolaires) et sociales ainsi que les relations avec les autres. En conséquence les patients ont souvent de faibles niveaux éducatif et professionnel et plus de la moitié d'entre eux vivent seuls (*voir par exemple 5*).

Enfin la phobie sociale est très souvent associée à d'autres troubles mentaux dont les plus fréquents sont le trouble panique avec agoraphobie, les états dépressifs et l'abus de produits addictifs, avant tout l'alcool qui peut être utilisé comme une "automédication" (*pour revue : 6*). Ces troubles associés compliquent la prise en charge thérapeutique et augmentent nettement le risque suicidaire (2,7).

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien des situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.</p> <p>B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.</p> <p>C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.</p> <p>D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.</p> <p>E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s), sociale(s) ou de performance, perturbent de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (scolaires) ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.</p> <p>F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.</p> <p>G. La peur ou le comportement d'évitement ne sont pas liés aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à un abus, ou un médicament), ni à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple Trouble panique avec ou sans agoraphobie, Trouble anxieux de séparation, Peur d'une dysmorphie corporelle, Trouble envahissant du développement ou Personnalité Schizoïde).</p> <p>H. Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, leur peur décrite en A est indépendante de ces troubles ; par exemple le sujet ne redoute pas de bégayer, de trembler dans le cas de la maladie de Parkinson ou de révéler un comportement alimentaire anormal dans l'Anorexie mentale ou la Boulimie.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Spécifier Type généralisé si les peurs concernent la plupart des situations sociales (envisager également un diagnostic additionnel de Personnalité évidente)

a) les critères diagnostiques de la CIM-10 d'une phobie sociale requièrent l'existence de symptômes anxieux neuro-végétatifs et stipulent qu'au moins deux symptômes de l'anxiété – parmi les 14 symptômes d'agoraphobie – soient présents de façon simultanée, au moins en une occasion, avec au moins un des symptômes suivants : rougir ou trembler, peur de vomir, avoir un besoin ou peur d'uriner ou d'aller à la selle.

De plus la CIM-10 spécifie que les symptômes anxieux surviennent exclusivement ou prédominent dans les situations redoutées ou quand le sujet pense à ces situations.

Tableau 1. Critères diagnostiques de la Phobie sociale chez les adultes (d'après le DSM-IV)^(a).

1.3. La phobie sociale a été relativement peu étudiée, beaucoup moins que le trouble panique ou l'anxiété généralisée. La situation est cependant en train de changer suite à la prise de conscience de sa fréquence, de sa sévérité et de ses conséquences socio-économiques. En particulier on a fait la preuve de l'efficacité de divers traitements, pharmacologiques ou non, qui font l'objet de cette revue.

2. Le traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux doit bien sûr faire **céder rapidement l'anxiété pathologique**. Il doit également être **bien toléré** puisqu'il faudra le maintenir sur une longue période. Parallèlement il faut aussi **traiter les éventuels troubles associés** (8).

Quatre types de produits peuvent être envisagés : avant tout les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS), mais aussi les benzodiazépines et les β -bloquants.

2.1. Parmi les **IMAO**, la phénelzine – un IMAO non spécifique et irréversible – a été la plus étudiée. Son efficacité a été bien établie par des essais contrôlés contre placebo, avec environ 2/3 de patients "répondeurs" après deux mois de traitement (9,10,11). Mais les contraintes diététiques (exclusion de tous les aliments contenant de la tyramine afin d'éviter les crises hypertensives) et les effets indésirables de ce type d'IMAO pesaient lourd face à leur efficacité.

La situation a un peu changé avec l'apparition des IMAO réversibles et spécifiques de la MAO-A, mieux tolérés et ne nécessitant pas de mesures diététiques (du moins aux doses recommandées). Dans cette classe plusieurs études contrôlées contre placebo ont conclu à l'efficacité du moclobémide (Moclamine®) à la dose de 600-800 mg/jour (11,12,13). L'une d'entre-elles a également comparé phénelzine et moclobémide ; leur efficacité était à peu près équivalente, mais la phénelzine a semblé agir plus vite (70 % des patients sous phénelzine était pratiquement asymptomatiques après 4 mois de traitement, contre 54 % des patients sous moclobémide) (11). Cependant d'autres études contre placebo n'ont pas confirmé l'efficacité du moclobémide (14,15).

2.2. L'efficacité des **ISRS** a d'abord été suggéré par des "case reports" concernant le citalopram (Séropram®) ou des études en ouvert avec la fluoxétine (Prozac®) (pour revue : 6).

Secondairement des études contrôlées contre placebo portant sur un petit nombre de patients ont conclu à l'efficacité de la fluvoxamine (Floxyfral®) avec 46 % de répondeurs (16), de la sertraline (Zoloft®) avec 42 % de répondeurs (17), et de la paroxétine (Déroxat®) avec 77 % de répondeurs (18).

Finalement l'efficacité de la paroxétine a été bien démontrée grâce à deux études contre placebo, menées chacune chez près de 200 patients présentant une phobie sociale de type généralisé, c'est-à-dire la forme la plus sévère de ce trouble (19,20).

Les ISRS ont ainsi "détrôné" les IMAO et sont maintenant considérés comme le traitement médicamenteux **de première intention** de la phobie sociale parce qu'ils associent une bonne efficacité et une relativement bonne acceptabilité (en tout cas bien meilleure que celle des IMAO). On peut cependant souligner que seule l'efficacité de la paroxétine semble solidement établie et qu'il n'en sera peut être pas de même pour les autres ISRS, l'expérience nous ayant déjà appris que tous les ISRS n'ont pas la même efficacité dans une situation clinique donnée.

Une autre question est celle du bien fondé d'une action spécifique sur la recapture de sérotonine. Certes une étude neurobiologique a conclu à l'existence d'un dysfonctionnement de la transmission sérotoninergique au cours de la phobie sociale, tandis que les transmissions noradrénergique et dopaminergique apparaissent normales (21). Cependant une autre étude concernant les sites plaquettaire de recapture de sérotonine n'a pas conclu à une diminution de leur nombre, diminution observée en revanche dans d'autres troubles dont le trouble panique (22). Par ailleurs on peut être troublé par les résultats d'une étude clinique en ouvert de la venlafaxine (Effexor®), un inhibiteur de la recapture de sérotonine et de noradrénaline : à la dose moyenne de 150 mg/jour, dose dont les effets tensionnels témoignaient d'une activation du système noradrénergique, la venlafaxine a amélioré de façon notable des patients qui n'avaient pas répondu aux ISRS (23).

2.3. Parmi les **anxiolytiques**, l'alprazolam (Xanax®) et le clonazépam (Rivotril®) se sont avérés efficaces dans plusieurs études en ouvert (pour revue : 6). Dans une étude contrôlée, menée chez 75 patients, il y a eu environ 80 % de répondeurs sous clonazépam contre 25 % sous placebo (24) et le suivi à deux ans de ces patients a montré que les effets bénéfiques du clonazépam pouvaient se maintenir à long terme (25).

Les benzodiazépines ne peuvent cependant être considérées comme un traitement de première intention de la phobie sociale. D'une part, à la différence des ISRS et des IMAO, elles n'ont pas d'effets antidépresseurs. D'autre part, elles sont contre-indiquées en cas d'alcoolisme ou de consommation d'autres produits addictifs. Enfin et surtout leur usage prolongé expose au développement d'une dépendance.

Quant à la buspirone (Buspar®), un agoniste sérotoninergique, des essais en ouvert avaient suggéré son utilité, en monothérapie ou en association avec un

ISRS, mais une étude contrôlée contre placebo n'a pas confirmé son efficacité (26).

2.4. Dans les essais cliniques les β -bloquants ne font pas mieux que le placebo (10), néanmoins ils peuvent être utiles dans l'anxiété de performance : ils peuvent être pris de façon ponctuelle, à l'occasion de la performance ; ils n'ont pas d'effets délétères sur les fonctions intellectuelles ; ils font céder le tremblement émotionnel. Avant leur prise il faut pratiquer un ECG pour éliminer un bloc atrioventriculaire.

3. Le traitement cognitivo comportemental

Plusieurs traitements cognitivo-comportementaux ont été proposés, où se combinent i) une information quant à la phobie sociale ii) une "restructuration cognitive" visant à modifier la façon dont le patient interprète les situations qu'il redoute et ce qu'il considère comme des échecs dans ces situations iii) une exposition aux situations anxiogènes (en imagination ; en réalité, dans la vie courante ; en jeu de rôle, au cours des séances de thérapie) iv) un entraînement aux interactions sociales (par exemple comment amorcer une conversation) (27).

En l'absence de comorbidité, ces traitements ont une efficacité à peu près équivalente à celle des traitements médicamenteux mais un peu plus longue à se manifester (27,28).

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.

4. En pratique (6)

4.1. Le choix entre traitement médicamenteux et thérapie cognitivo-comportementale dépend théoriquement du souhait du patient et de la sévérité du trouble. Selon la plupart des experts la thérapie cognitivo-comportementale peut être envisagée dès lors qu'il s'agit de formes de phobie sociale peu sévères ou de formes limitées à quelques situations (par exemple prendre la parole en public). Dans les formes sévères il faut recourir au traitement médicamenteux, associé ou non à une thérapie cognitivo-comportementale.

En réalisant le choix d'un traitement médicamenteux s'impose le plus souvent du fait du petit nombre d'équipes qui pratiquent les thérapies cognitivo-comportementales.

4.2. Quant au traitement médicamenteux, les formes limitées à quelques situations particulières peuvent être traitées "au coup par coup" par une benzodiazépine ou un bêta-bloquant.

Dans les autres formes il faut recourir aux ISRS ou aux IMAO, et maintenir le traitement sur une longue période, d'au moins 6 mois - 1an, après la sédation complète des

symptômes. L'indication d'un traitement prolongé s'appuie sur le grand nombre de rechutes (jusqu'à 2/3 des patients répondeurs) observées à l'arrêt du traitement dans les essais cliniques cités précédemment, tous de courte durée (2 à 4 mois). Il faut noter que les effets de la thérapie cognitivo-comportementale semblent nettement plus durables et qu'il est donc dommage que ce type de prise en charge soit si rarement possible.

REFERENCES

1. Regier D.A., Narrow W.E., Rae D.S. The epidemiology of anxiety disorders : the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatry Res* 1990 ; 24 (suppl. 2) : 3-14.
2. Davidson J.R.T., Hughes D.L., George L.K. The epidemiology of social phobia : findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993 ; 23 : 709-718.
3. Magee W.J., Eaton W.W., Wittchen H.-U., McGonagle K.A., Kessler R.C. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 159-168.
4. Weiller E., Bisserbe J.C., Boyer P., Lépine J.P., Lecrubier Y. Social phobia in general health care. An unrecognised undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry* 1996 ; 168 : 169-174.
5. Schneier F.R., Heckelman L.R., Garfinkel R. et coll. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry* 1994 ; 55 (8) : 322-331.
6. Brunello N., den Boer J.A., Judd L.L. et coll. Social phobia : diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *J Affect Disord* 2000 ; 60 : 61-74.
7. Schneier F.R., Johnson J., Hornig C.D., Liebowitz M.R., Weissman M.M. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992 ; 49 (4) : 282-288.
8. Lydiard R.B. The role of drug therapy in social phobia. *J Affect Disord* 1998 ; 50 : S35-S39.
9. Gelertner C.S., Uhde T.W., Cimbalic P. et coll. Cognitive-behavioural and pharmacological treatments of social phobia : a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1991 ; 48 : 938-945.
10. Liebowitz M.R., Schneier F., Campeas R. et coll. Phenelzine versus atenolol in social phobia. A placebo-controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1992 ; 49 : 290-300.
11. Versiani M., Nardi A.E., Mundim F.D., Alves A.B., Liebowitz M.R., Amrein R. Pharmacotherapy of social phobia : a controlled study with moclobemide and phenelzine. *Br J Psychiatry* 1992 ; 161 : 353-360.
12. Versiani M., Nardi A.E., Mundim F.D., Pinto S., Saboya E., Kovacs R. The long-term treatment of social phobia with moclobemide. *Int Clin Psychopharmacol* 1996 ; 11 (suppl. 3) : 83-88.

13. Burrows G., Evans L., Baumhackl U., Hebenstreit H., Katschnig H., Schony W. Moclobemide in social phobia. A double-blind, placebo-controlled clinical study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997 ; 247 : 71-80.
14. Noyes Jr R., Moroz G., Davidson J.R. et coll. Moclobemide in social phobia : a controlled dose-response trial. *J Clin Psychopharmacol* 1997 ; 17 : 247-254.
15. Schneier F.R., Goetz D., Campeas R., Fallon B., Marshall R., Liebowitz M.R. Placebo-controlled trial of moclobemide in social phobia. *Br J Psychiatry* 1998 ; 172 : 70-77.
16. Van Vliet I.M., den Boer J.A., Westenberg H.G. Psychopharmacological treatment of social phobia ; a double-blind placebo-controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology* 1994 ; 115 : 128-134.
17. Katelnick D.J., Kobak K.A., Greist J.H., Jefferson J.W., Mantle J.M., Serlin R.C. Sertraline for social phobia : a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Am J Psychiatry* 1995 ; 152 (9) : 1368-1371.
18. Stein M.B., Chartier M.J., Hazen A.L. et coll. Paroxetine in the treatment of generalized social phobia : open-label treatment and double-blind placebo-controlled discontinuation. *J Clin Psychopharmacol* 1996 ; 16 : 218-222.
19. Stein M.B., Liebowitz M.R., Lydiard R.B., Pitts C.D., Bushnell W., Gergel I. Paroxetine treatment of generalized social phobia (Social Anxiety Disorders) : a randomized controlled study. *J Am Med Assoc* 1998 ; 280 : 708-713.
20. Gergel I., Pitts C., Oakes R., Kumar R. Significant improvement in symptoms of social phobia after paroxetine treatment. *Biol Psychiatry* 1997 ; 42 (26S), Abs. 14-12.
21. Tancer M.E., Mailman R.B., Stein M.B., Mason G.A., Carson S.W., Golden R.N. Neuroendocrine responsivity to monoaminergic system probes in generalized social phobia. *Anxiety* 1994 ; 1 : 216-223.
22. Stein M.B., Delaney S.M., Chartier M.J., Kroff C.D., Hazen A.L. [³H]paroxetine binding to platelets of patients with social phobia : comparison to patients with panic disorder and healthy volunteers. *Biol Psychiatry* 1995 ; 37 : 224-228.
23. Kelsey J.E. Venlafaxine in social phobia. *Psychopharmacol Bull* 1995 ; 31 : 767-771.
24. Davidson J.R.T., Potts N.L.S., Richichi E.A. et coll. Treatment of social phobia with clonazepam and placebo. *J Clin Psychopharmacol* 1993 ; 13 : 423-428.
25. Sutherland S.M., Tupler L.A., Colket J.T., Davidson J.R. A 2-year follow-up of social phobia. Status after a brief medication trial. *J Nerv Ment Dis* 1996 ; 184 : 731-738.
26. Van Vliet I.M., den Boer J.A., Westenberg H.G., Pian K.L. Clinical effects of buspirone in social phobia : a double-blind placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 1997 ; 58 : 164-168.
27. Lydiard R.B., Falsetti S.A. Treatment options for social phobia. *Psychiatry Ann* 1995 ; 25 : 570-576.
28. Heimberg R.G., Liebowitz M.R., Hope D.A. et coll. Cognitive behavioral group therapy versus phenelzine therapy for social phobia : 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 55 : 1133-1141.