

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Christine MIRABEL-SARRON

Pierre-Yves SARRON

Luis VERA

Comment soigner une phobie

**Des peurs normales aux phobies :
mieux comprendre pour mieux savoir
quand et comment traiter**

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2018

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-077350-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Liste des auteurs..... | 7 |
| Introduction..... | 8 |
| Chapitre 1 – Les phobies : mieux les comprendre pour mieux les traiter..... | 10 |
| 1 ● QU'EST-CE QU'UNE PHOBIE ?..... | 12 |
| Une souffrance très fréquente..... | 12 |
| L'âge d'apparition des phobies..... | 13 |
| Une définition internationalement partagée..... | 13 |
| L'attaque de panique..... | 13 |
| L'évitement..... | 14 |
| L'anticipation anxieuse..... | 14 |
| Grandes familles de phobies..... | 15 |
| Tout peut être source de phobies..... | 16 |
| 2 ● DEPUIS QUAND PARLE-T-ON DE PHOBIES ?..... | 16 |
| 3 ● COMMENT ÉVOLUE UNE PHOBIE ?..... | 17 |
| La phobie extensive..... | 17 |
| La guérison spontanée de la phobie..... | 18 |
| La phobie chronique..... | 19 |
| 4 ● POURQUOI L'ENFERMEMENT DU SUJET PHOBIQUE ?..... | 21 |
| 5 ● DES TERMES À NE PAS CONFONDRE..... | 23 |
| Chapitre 2 – Comment diagnostiquer une phobie ?..... | 26 |
| 1 ● ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC DE PHOBIE..... | 28 |
| 2 ● COMMENT CLASSER LES PHOBIES ?..... | 29 |
| Phobie des animaux..... | 31 |
| Claustrophobie..... | 32 |
| Peur des environnements naturels..... | 32 |
| Phobie situationnelle..... | 34 |
| Phobie du sang et des maladies..... | 36 |
| Autres phobies..... | 37 |
| 3 ● MODÈLES EXPLICATIFS DE L'AGORAPHOBIE..... | 39 |
| Modèle de Clark (1996)..... | 39 |
| Modèle de la fausse alarme de Barlow (1988)..... | 39 |
| Modèle bio-comportemental de Sheehan et Sheehan (1982)..... | 40 |
| Modèle cognitif de Beck (1976, 1985)..... | 41 |
| 4 ● LES PHOBIES SOCIALES..... | 41 |
| Symptômes..... | 43 |
| 5 ● RECHERCHER D'AUTRES TROUBLES ANXIEUX ASSOCIÉS..... | 48 |
| 6 ● IDENTIFIER LA SOUFFRANCE DÉPRESSIVE BIEN SOUVENT ASSOCIÉE..... | 49 |
| 7 ● CONSOMMATION ABUSIVE DE SUBSTANCES..... | 50 |
| 8 ● FAIRE ATTENTION AUX « FAUX AMIS »..... | 51 |
| Lésions traumatiques..... | 51 |
| Autres troubles mentaux simulant une phobie..... | 52 |
| Origines microbiennes..... | 55 |
| 9 ● IL N'Y A PAS DE PETITES ET DE GRANDES PHOBIES !..... | 55 |
| 10 ● LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES..... | 55 |

| | |
|--|-----|
| Chapitre 3 – Dix raisons à l’origine des phobies..... | 58 |
| 1 ● UNE PROTECTION DE L’ESPÈCE HUMAINE..... | 60 |
| L’inné ou l’acquis ?..... | 61 |
| Des phobies pour mieux s’adapter ?..... | 62 |
| 2 ● LE CHAMP DES PULSIONS INCONSCIENTES..... | 62 |
| 3 ● UNE TRANSMISSION GÉNÉTIQUE..... | 64 |
| 4 ● QUAND LA NEUROPHYSIOLOGIE S’EN MÊLE..... | 64 |
| 5 ● LES FACTEURS NEUROBIOLOGIQUES..... | 65 |
| 6 ● LES PHOBIES, DE L’ENFANT À LA VIE ADULTE..... | 68 |
| L’enfant : de la peur normale de croissance à la phobie..... | 68 |
| La phobie chez l’enfant : l’évolution du phénomène et les réactions diverses..... | 70 |
| 7 ● ÉT SI ON IMITAIT LES AUTRES ?..... | 71 |
| Apprendre la peur..... | 71 |
| Du bon modèle à mauvais escient..... | 72 |
| 8 ● UN FACTEUR TRAUMATIQUE..... | 73 |
| 9 ● LA PART DE L’ACQUIS..... | 75 |
| Comment peut apparaître une phobie ?..... | 77 |
| Un évitement aux conséquences sournoises..... | 79 |
| 10 ● LES RÈGLES MENTALES..... | 79 |
| Des schémas psychologiques de danger bien ancrés..... | 79 |
| L’abord des pensées : une solution thérapeutique..... | 81 |
| L’influence de la personnalité..... | 81 |
| Penser, c’est anticiper la peur..... | 82 |
| Chapitre 4 – La peur d’avoir peur, l’anticipation anxieuse..... | 84 |
| 1 ● L’EMPRISE DE LA PHOBIE..... | 86 |
| 2 ● LA PEUR D’AVOIR PEUR..... | 86 |
| Un enchaînement de réactions..... | 87 |
| Vaincre sa peur..... | 88 |
| Une spirale infernale..... | 89 |
| L’anticipation anxieuse..... | 90 |
| 3 ● LES STRATÉGIES POUR « FAIRE FACE » OU STRATÉGIES DE « COPING »..... | 91 |
| Une pente dangereuse..... | 92 |
| Un défaut d’apprentissage..... | 93 |
| 4 ● UNE ESTIME DE SOI ABÎMÉE..... | 93 |
| Le conditionnement à l’échec..... | 94 |
| De la phobie à la pathologie..... | 94 |
| 5 ● CE QUE NOUS APPRENNENT LES PHOBIES..... | 95 |
| Chapitre 5 – Comment venir à bout d’une phobie : les stratégies thérapeutiques efficaces..... | 98 |
| 1 ● FAUT-IL ENVISAGER UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ?..... | 100 |
| Les anxiolytiques..... | 100 |
| Les bêta-bloquants..... | 101 |
| Les régulateurs de la sérotonine..... | 101 |
| 2 ● LES PRESCRIPTIONS EN PRATIQUE COURANTE..... | 103 |
| Les phobies spécifiques..... | 103 |
| Les attaques de panique..... | 103 |
| Les phobies sociales..... | 103 |
| Et les phobies des enfants ?..... | 104 |
| 3 ● LES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES (TCC)..... | 104 |
| Quelles sont les caractéristiques de la démarche comportementale et cognitive ?..... | 105 |
| Qu’est-ce qu’une analyse fonctionnelle en pratique ?..... | 113 |
| Comment poser une indication de TCC ?..... | 114 |
| Méthodes d’évaluation comportementale..... | 117 |

| | | |
|----------|---|------------|
| | Évaluer la motivation du patient à entreprendre une thérapie TCC..... | 118 |
| | Construire une alliance thérapeutique de qualité..... | 119 |
| 4 | LES AUTRES AIDES PSYCHOLOGIQUES..... | 121 |

Chapitre 6 – Les premiers pas en thérapies comportementales et cognitives des phobies..... 124

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | COMMENT CONSTRUIRE LE CONTRAT THÉRAPEUTIQUE ?..... | 126 |
| 2 | QU'EST-CE QUE L'ÉDUCATION DU PATIENT, LA PSYCHO-ÉDUCATION ?..... | 127 |
| 3 | POURQUOI FAIRE DE LA RELAXATION UNE ÉTAPE IMPORTANTE, SOUVENT LA PREMIÈRE ?..... | 127 |
| | Un apprentissage du bien-être..... | 128 |
| | Les règles de base pour la relaxation de Jacobson..... | 128 |
| 4 | DES TECHNIQUES D'EXPOSITION EN DOUCEUR ?..... | 132 |
| 5 | POURQUOI ACQUÉRIR UN MEILLEUR CONTRÔLE RESPIRATOIRE ?..... | 133 |
| | Trouble panique et physiologie respiratoire..... | 133 |
| | Modèle de l'hyperventilation..... | 133 |
| | Technique de déclenchement volontaire des attaques de panique par hyperventilation..... | 135 |
| 6 | LA MISE À DISTANCE DES PENSÉES DE CATASTROPHES, OU LA RESTRUCTURATION COGNITIVE..... | 136 |
| 7 | LA PLEINE CONSCIENCE OU VIVRE LE MOMENT PRÉSENT..... | 138 |

Chapitre 7 – Quoi de plus pour les anxieux sociaux ?..... 142

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | EXEMPLES D'EXERCICES D'EXPOSITION DANS LA PHOBIE SOCIALE..... | 146 |
| | Situations d'observation..... | 146 |
| | Situations d'interaction..... | 146 |
| 2 | LA MISE À DISTANCE DE PENSÉES DE JUGEMENT DES AUTRES (RESTRUCTURATION COGNITIVE) DANS LA PHOBIE SOCIALE..... | 146 |
| 3 | LES TECHNIQUES ASSERTIVES..... | 149 |
| | Les thérapies d'affirmation de soi : une aide concrète..... | 149 |

Chapitre 8 – Innovations dans la prise en charge des phobies..... 154

| | | |
|----------|--|------------|
| 1 | LES THÉRAPIES D'EXPOSITION PAR RÉALITÉ VIRTUELLE..... | 156 |
| | Réalité virtuelle (RV) : le principe..... | 156 |
| | Thérapie d'exposition par réalité virtuelle (TERV)..... | 157 |
| | Indications..... | 157 |
| | Études de validation..... | 158 |
| | Avantages de la TERV..... | 158 |
| 2 | POTENTIALISATION MÉDICAMENTEUSE DES THÉRAPIES D'EXPOSITION..... | 159 |
| | La potentialisation médicamenteuse, qu'est-ce que c'est ?..... | 159 |
| | Pourquoi avoir recours à la potentialisation médicamenteuse ?..... | 160 |
| | Études de validation..... | 160 |
| 3 | THÉRAPIES PAR INTERNET ?..... | 162 |

Chapitre 9 – Illustrations cliniques..... 166

| | | |
|----------|--|------------|
| 1 | PHOBIES DES ANIMAUX..... | 168 |
| 2 | PEUR DES ENVIRONNEMENTS NATURELS..... | 169 |
| | La phobie de l'eau..... | 169 |
| | La phobie du vide : l'acrophobie..... | 172 |
| 3 | PHOBIE SITUATIONNELLE..... | 173 |
| | La phobie des transports..... | 173 |
| | La phobie de l'avion..... | 174 |
| | La peur de conduire..... | 176 |
| | La claustrophobie..... | 180 |
| 4 | PHOBIE DU SANG ET DES MALADIES..... | 180 |
| | La phobie du sang..... | 180 |
| | La peur des maladies..... | 181 |
| | La cancérophobie..... | 182 |

| | | |
|----------|---|------------|
| | L'émétophobie..... | 184 |
| | Les phobies dentaires..... | 185 |
| 5 | ● AUTRES PHOBIES..... | 191 |
| | La phobie de la déglutition..... | 191 |
| | L'aversion alimentaire n'est pas une phobie..... | 193 |
| | La phobie de la marche..... | 196 |
| | La phobie du sang..... | 198 |
| 6 | ● AGORAPHOBIE..... | 203 |
| 7 | ● PHOBIES SOCIALES..... | 203 |
| | La phobie de l'école est-elle une phobie sociale ?..... | 205 |
| 8 | ● PHOBIES MULTIPLES ASSOCIÉES..... | 212 |

Chapitre 10 - Résultats des études d'évaluation thérapeutique et perspectives.....

| | | |
|----------|---|------------|
| | | 216 |
| 1 | ● QUELQUES MÉTA-ANALYSES DE RÉFÉRENCE..... | 218 |
| 2 | ● DES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES POSITIFS LARGEMENT CONFIRMÉS..... | 219 |
| | Les phobies spécifiques..... | 219 |
| | Les phobies complexes..... | 221 |
| 3 | ● LES APPORTS DE L'IMAGERIE CÉRÉBRALE..... | 223 |
| | Les effets de la thérapie TCC chez les patients phobiques..... | 224 |
| 4 | ● LES PERSPECTIVES FUTURES..... | 226 |

Chapitre 11 - Un cas clinique complet.....

| | | |
|----------|---|------------|
| | | 228 |
| 1 | ● RECUEIL DES DONNÉES..... | 231 |
| | Grille <i>Basic Idea</i> | 231 |
| 2 | ● TRAITEMENT..... | 234 |
| | La stratégie thérapeutique..... | 234 |
| | Les moyens thérapeutiques..... | 235 |
| | Le contrat thérapeutique..... | 235 |
| | L'évaluation de l'efficacité du traitement..... | 236 |
| | Le déroulement du traitement..... | 237 |
| | La rééducation de la phonation..... | 237 |
| | Le travail technique..... | 238 |
| | La relaxation..... | 239 |
| | La respiration..... | 240 |
| | La phonation..... | 240 |
| | Désensibilisation systématique..... | 241 |
| | La mise au point d'une hiérarchie de situations anxiogènes..... | 241 |
| | Désensibilisation..... | 242 |
| | Le travail à la maison..... | 246 |
| 3 | ● LES RÉSULTATS..... | 246 |
| 4 | ● LE SUIVI DE CONSOLIDATION : RETROUVER UNE PHONATION NORMALE..... | 246 |

Conclusion.....

Annexes I 249

| | | |
|----------|--|------------|
| 1 | ● ANNEXE 1. LISTE DES PHOBIES : UNE SAVANTE CLASSIFICATION..... | 249 |
| 2 | ● ANNEXE 2. ADRESSES UTILES..... | 260 |
| | L'assistance médicale/paramédicale..... | 260 |
| | Les organisations professionnelles..... | 261 |

Bibliographie..... 263

Liste des auteurs

Christine Mirabel-Sarron est psychiatre ; praticien hospitalier ; responsable du Centre de psychothérapies, Pôle CMME, Service du professeur Gorwood, Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, Université Paris V ; instructeur MBCT ; Membre de l'Advisory board. <https://www.accessmbct.com/>. Elle a été présidente de l'Association française de thérapie cognitive et comportementale (AFTCC) et de la Société médico-psychologique. Docteure en psychologie clinique et pathologique, elle enseigne dans différentes universités de médecine et de psychologie, essentiellement francophones, dans de nombreux pays.

Pierre-Yves Sarron est psychiatre, psychothérapeute, Assistant chef de clinique, CPU Clinique psychiatrique universitaire, service du professeur Camus, Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Tours.

Luis Vera est psychologue, psychothérapeute, docteur en psychologie clinique et pathologique. Il enseigne dans différentes universités de médecine et de psychologie essentiellement francophones dans de nombreux pays. Il est conférencier à l'université Paris-Descartes et directeur pédagogique du diplôme universitaire Thérapie comportementale et cognitive, hôpital Sainte-Anne - Université Paris-Descartes.

Nous tenons à remercier vivement **Denis Piolet**, psychologue, psychothérapeute TCC, pour sa relecture attentive de l'ensemble du manuscrit, pour ses suggestions, sa très grande bienveillance et disponibilité dans cette élaboration collective.

Introduction

LES PHOBIES FONT partie des troubles anxieux et sont aujourd'hui bien connues. Elles se traduisent par une peur aiguë. Cette peur naît systématiquement lorsque l'on se retrouve face à une situation, un animal ou un objet redouté. Elle n'a rien de commun avec la réalité et se révèle tout à fait impossible à contrôler.

Ces peurs inexplicables en apparence ne doivent pas être prises à la légère. La phobie est une vraie maladie qui empoisonne l'existence. Mieux vaut la repérer, l'affronter et consulter pour s'en sortir.

Ces peurs irrésistibles sont fréquentes et tout le monde peut en souffrir. Une association internationale de sujets phobiques en dénombre même plus de six mille cinq cents formes, c'est dire si elles sont multiples !

Cet ouvrage se propose :

- de savoir reconnaître les différentes souffrances phobiques ;
- de savoir expliquer les phobies à l'enfant, à l'adulte et à leur famille ;
- d'évaluer leurs conséquences chez l'enfant ou chez l'adulte ;
- de se familiariser avec les traitements médicamenteux et psychologiques ;
- de découvrir les thérapies comportementales et cognitives des phobies qui sont parmi les thérapies les plus efficaces à court et à long terme ;
- d'appréhender les formes de phobies les plus habituelles par l'intermédiaire de nombreux exemples.

Cet ouvrage vous fera voyager dans l'univers des phobies en définissant dans le chapitre 1 ce qu'est réellement une phobie. Comment une phobie apparaît-elle soudainement ? Le plus souvent pour des raisons multiples. Au moins une dizaine de causes sont détaillées dans le troisième chapitre. La phobie apparue peut disparaître spontanément, mais dans la moitié des cas elle persiste, s'installe et entraîne des évitements, des appréhensions, des réactions émotionnelles telles que la honte, la peur d'avoir peur, le découragement, etc., avec un ensemble de stratégies spontanées pour faire face et de conséquences (décrites dans le chapitre 4). Afin de vous familiariser avec les prescriptions médicamenteuses et les aides psychologiques efficaces proposées aux patients phobiques, nous faisons un bref survol de ces différents traitements dans le chapitre 5. Le

chapitre 6 décrit les premières étapes de la prise en charge comportementale et cognitive et les outils classiques appris aux patients phobiques (relaxation, contrôle respiratoire, techniques d'expositions progressives, outils informatisés, etc.). Le chapitre 7 détaille les particularités de la prise en charge des phobies sociales. Le chapitre 8 explore les dernières innovations dans la prise en charge des phobies. Les chapitres 9 et 10 présentent les principales phobies à travers des exemples cliniques avec leurs déroulés thérapeutiques. Le chapitre 11 dresse l'état de l'évaluation des thérapies des phobies et leurs perspectives.

Chapitre 1

Les phobies : mieux les comprendre pour mieux les traiter



| | | |
|---|--|----|
| ❶ | Qu'est-ce qu'une phobie ? | 12 |
| ❷ | Depuis quand parle-t-on de phobies ? | 16 |
| ❸ | Comment évolue une phobie ? | 17 |
| ❹ | Pourquoi l'enfermement du sujet phobique ? | 21 |
| ❺ | Des termes à ne pas confondre | 23 |

L'ANXIÉTÉ EST UNE ÉMOTION courante et banale, éprouvée en de multiples circonstances. Dès qu'elle est trop importante, les sensations physiques sont désagréables, marquées par un sentiment de fébrilité, de tension, ou d'inconfort avec une appréhension diffuse. Cette réaction intense modifie le comportement et entraîne une conduite d'évitement, conçue pour échapper à la source de la peur. La plupart des phobies sont l'amplification d'un sentiment normal. Par exemple, la phobie des araignées représente une maximalisation des sensations que la majorité des personnes ressentent à leur contact.

Découvrons ensemble ce monde des phobies et apprenons à les surmonter.

1 D QU'EST-CE QU'UNE PHOBIE ?

Les phobies représentent bien un trouble psychologique de la famille des troubles anxieux. Une phobie est une peur d'un genre particulier, disproportionnée par rapport à la réalité, ne pouvant être ni expliquée ni raisonnée, allant au-delà du contrôle volontaire et qui conduit à l'évitement de la situation redoutée. L'anxiété phobique se produit seulement en présence d'une situation ou d'un objet bien déterminés. Elle peut concerner n'importe quelle situation. Elle apparaît brutalement à n'importe quel moment de la vie et la plupart du temps sans véritable cause apparente.

Une souffrance très fréquente

Vingt pour cent de la population générale française, soit plus d'un million de personnes, souffriraient de phobies.

Plus précisément, dans la population générale, la prévalence des phobies spécifiques est de 4,7 % sur les douze derniers mois et de 11,6 % sur la vie entière (HAS, 2014), ce qui en fait le plus fréquent des troubles anxieux (Van Houtem et al., 2013). La fréquence est globalement deux fois supérieure chez la femme. De fait, ce trouble anxieux intéresse 20 % des sujets en population générale, 30 à 40 % en consultation de psychiatrie, 5 à 10 % en milieu hospitalier.

Extrêmement fréquente, elle est souvent peu remarquée par l'entourage du fait de l'évitement de la situation anxieuse par le phobique ou encore par l'utilisation de stratégies d'adaptation (objet contra-phobique, fétiche, personne rassurante...).

L'âge d'apparition des phobies

L'âge de début des troubles diffère selon le type de phobie spécifique, avec un début des troubles dans l'enfance (entre 8 et 13 ans) pour la phobie des animaux, l'agoraphobie, la phobie du sang et des maladies et les autres phobies. Concernant les phobies situationnelles, l'apparition des troubles est plus tardive, à l'adolescence ou chez le jeune adulte (Van Houtem et al., 2013 ; Park et al. 2013).

Les phobies mises en scène au cinéma

- *Les oiseaux* d'Alfred Hitchcock.
- Du même cinéaste, *Pas de printemps pour Marnie* : Marnie est phobique de la couleur rouge ; l'origine traumatique de cette phobie remonte à l'âge de cinq ans où elle assiste à l'agression de sa mère.
- Du même auteur encore, dans *Vertigo* dont le titre français sera *Sueurs froides*, le héros John Ferguson, interprété par James Stewart, un ancien policier témoin de la chute d'un agent depuis un immeuble, acquiert une acrophobie. Dans les premières scènes il procède spontanément à une exposition graduée en réalité à l'aide d'un escabeau en disant « une marche, deux marches », etc. Hélas il rate une marche.
- *Le Secret derrière la porte* de Fritz Lang. Le mari a la phobie du lilas, les fait couper partout où il passe. Le scénario nous apprend qu'elle se construit après un enfermement dans une chambre dans sa jeunesse.

Une définition internationalement partagée

Une phobie est une « peur persistante et intense à caractère irraisonné, ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou à une situation spécifique. » Pour être considérées comme pathologiques, ces peurs doivent franchir le seuil d'une simple appréhension et durer depuis plus de six mois.

L'attaque de panique

La phobie provoque quasi systématiquement une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une crise d'angoisse aiguë (attaque de panique ou ADP).

Appelées également « crises d'angoisse aiguë », les attaques de panique se manifestent souvent par une accélération de la respiration, une oppression thoracique, des palpitations, des sueurs froides, des contractures musculaires et des

vertiges. La peur de mourir est le sentiment le plus fort dans ces moments-là ; elle s'accompagne d'agitation à la fois psychique et motrice, la personne recherchant désespérément à fuir cette situation angoissante.

L'évitement

Le sujet phobique reconnaît le caractère excessif de sa peur. Dès qu'il le peut, il évite la situation phobogène.

« L'évitement de la situation redoutée est le symptôme caractéristique de la phobie. Tous les phobiques mettent au point une stratégie et inventent des aménagements destinés à les mettre à l'abri de cette crainte paroxystique. Ainsi, ceux qui ont peur des chats les fuient résolument. Ceux qui craignent les serpents ne se risquent pas dans les lieux où vivent ces animaux. Ceux qui ne supportent pas les ascenseurs montent courageusement à pied... Cet évitement s'étend à tous les domaines de la vie. Les claustrophobes, par exemple, ne s'aventurent ni dans les ascenseurs, ni au théâtre, ni au cinéma, ni dans une salle fermée et vont quelquefois jusqu'à modifier leurs vêtements. Certains claustrophobes éprouvent une crainte paroxystique s'ils portent des vêtements très serrés et des fermetures susceptibles de se coincer¹. »

L'évitement, l'anticipation anxieuse et la souffrance émotionnelle sont les trois conséquences majeures. Imaginer la situation suffit pour déclencher l'angoisse.

L'anticipation anxieuse

L'anticipation anxieuse rassemble des réactions physiologiques, comportementales et mentales qui précèdent les situations ou événements que le sujet doit affronter ou bien qu'il imagine comme susceptibles de se produire. L'anticipation anxieuse est jugée à tort comme une activité mentale qui renforcerait la motivation à agir. Pourtant, malgré l'efficacité de leurs stratagèmes, les personnes phobiques craignent toujours de se retrouver face à l'objet de leur crainte. Ils s'inquiètent : l'image d'un chat ou d'une mygale risque de surgir sur l'écran de la télévision, ils pourraient être obligés de prendre l'ascenseur ou de rester dans un espace clos. Une anxiété d'anticipation se développe alors et cette « peur d'avoir peur », très douloureuse en elle-même, auto-entretient la phobie. Ainsi, le sujet qui craint de trembler quand il est observé ou bien celui qui a peur de perdre ses moyens lors d'un entretien peut raisonnablement

1. . Dr. Mirabel-Sarron, *La phobie, une maladie à prendre au sérieux*, Interview par le Dr. Bruet Ferreol, 2012.

s'attendre à ce que cela se produise. L'anticipation anxieuse est donc souvent confortée par l'expérience. Le caractère morbide de l'anxiété est souvent méconnu et son importance et sa gravité potentielle sous-estimées.

Grandes familles de phobies

La psychiatrie a catégorisé les phobies en quatre grandes familles : les phobies simples (appelées également spécifiques), l'agoraphobie, la phobie sociale et les nosophobies (phobie du sang, des maladies). Lépine et ses collaborateurs (étude ECA, 1993) ont mené une enquête dans deux régions de France et constatent une prévalence sur la vie entière des phobies simples à 10,5 % pour les hommes et à 20,1 % pour les femmes. Chez les enfants, les phobies simples sont évaluées aux environs de 2,4 % et 9,1 %, avec là encore une plus grande proportion de filles (Mouren-Siméoni *et al.*, 1993). Des différentes phobies, les phobies spécifiques semblent être les plus fréquentes (voir tableau ci-après). Les phobies spécifiques ou simples apparaissent comme les plus courantes, elles concernent 6 à 7 % de la population.

Tableau 1.1. Les principales phobies et leur ordre de fréquence chez les hommes et chez les femmes (Bourdon, *Journal of Anxiety Disorders*, 1988, 2, 227-241)

| Phobies | Type | Femmes | Hommes |
|--|----------------|--------|--------|
| Insectes, souris, serpent | Phobie simple | 1 | 2 |
| Hauteurs | Phobie simple | 2 | 1 |
| Transports en commun | Agoraphobie | 3 | 5 |
| Être dans l'eau | Phobie simple | 4 | 6 |
| Orages | Phobie simple | 5 | 11 |
| Être dans la foule | Agoraphobie | 6 | 3 |
| Autres peurs | Phobie simple | 7 | 4 |
| Claustrophobie | Phobie simple | 8 | 8 |
| Tunnel et ponts | Agoraphobie | 9 | 10 |
| Parler en public à des gens connus | Phobie sociale | 10 | 9 |
| Sortir dehors seul | Agoraphobie | 11 | 14 |
| Rester seul | Agoraphobie | 12 | 13 |
| Rester près d'un animal dangereux ou non mais qui ne peut vous atteindre | Phobie simple | 13 | 15 |
| Parler à des gens inconnus | Phobie sociale | 14 | 7 |
| Manger avec des gens connus ou en public | Phobie sociale | 15 | 12 |

Tout peut être source de phobies

Une des caractéristiques des phobies, c'est qu'elles peuvent s'appliquer à tout et n'importe quoi, des orages aux nuages en passant par les sauterelles. Les exemples abondent de conduites phobiques déconcertantes.

Quelques personnages phobiques illustres

- Pour mémoire la photophobie du dramaturge Georges Feydeau, qui ne supportait pas la lumière du jour et ne sortait de chez lui que la nuit !
- On sait, par exemple, que l'empereur romain Germanicus ne supportait pas les coqs ; Ambroise Paré s'évanouissait devant une anguille, et Napoléon partageait avec son vieil ennemi Wellington la phobie des chats...
- Henri III, Louis XIV et aussi Alexandre Le Grand, Jules César, Napoléon Bonaparte, et bien d'autres... ont tous pour point commun la phobie des chats...

Un catalogue exhaustif des phobies n'est donc pas envisageable, mais il existe parmi la somme inépuisable des phobies plus de phobies que de jour de l'année. L'annexe 4 rassemble des exemples de phobies les plus courantes.

2 DEPUIS QUAND PARLE-T-ON DE PHOBIES ?

Les peurs phobiques ont été décrites depuis l'Antiquité, dès Hippocrate, et prennent leur nom d'usage. La langue grecque possède deux mots pour désigner la peur : *deos*, qui signifie une crainte réfléchie, mentalisée et contrôlée, et *phobos*, qui décrit une peur intense et irraisonnée, accompagnée d'une fuite. Il convient de bien distinguer la peur normale qui appartient au registre de l'émotion, qui constitue une alarme utile face à une situation dangereuse, de la peur pathologique (phobie) qui correspond à une alarme mal réglée, dans son activation comme dans sa régulation (André, 2004). Dans la Grèce antique, Phobos était une divinité honorée avant le combat. Il est le fils du dieu Arès, dieu de la guerre, et d'Aphrodite, déesse de la beauté. Il accompagne son père à la guerre avec son frère Déimos. Il incarne la peur panique.

L'Illiade le décrit ainsi :

« On voit ainsi Arès, fléau des hommes, marcher au combat,
suivi d'Effroi, son fils intrépide et fort,
Qui met en fuite le guerrier le plus résistant. »

Jusqu'au XIX^e siècle, les souffrances phobiques donnent lieu à de nombreuses interprétations : possession, sorcellerie, envoûtement, etc. Ce n'est qu'en 1866 que les phobies relèvent de la psychiatrie.

Tout d'abord les phobies sont rangées au chapitre des délires émotifs selon la classification de Morel, aux côtés de l'hystérie, des obsessions et des états dépressifs multifformes. Il faut attendre 1875 pour que les phobies soient traitées en tant que telles. Wesfall introduit le terme « agoraphobie » en 1878. En France, Legrand de Saule décrit la peur des espaces qui terrorise le phobique, effrayé de se sentir isolé du monde entier devant le vide qui l'entoure, tout en sachant que sa frayeur n'est pas fondée. En 1879, Ball décrit la claustrophobie. Puis viendront successivement les descriptions de l'érotophobie en 1899, puis la thanatophobie (peur de la mort), la cynéphobie (peur des chiens), l'acrophobie (peur des hauteurs), la cheimophobie (peur des tempêtes). Plus tard, les cliniciens distingueront parmi les phobies celles des situations, des objets, des maladies.

3 COMMENT ÉVOLUE UNE PHOBIE ?

La phobie extensive

La personne phobique qui esquivé le danger n'affronte pas sa peur. De ce fait, elle n'apprend pas à gérer son angoisse. La phobie perdure et s'amplifie.



De la peur de la conduite automobile à l'incapacité de sortir en dehors de chez soi

Michel est pris de tachycardie au volant de sa voiture. Il rentre chez lui et consulte dans la semaine un cardiologue qui exclut toute affection cardiaque et parle de crise d'angoisse. Dès la semaine suivante, Michel ne veut plus prendre le volant, l'autobus, puis se déplacer seul dans la rue. Six semaines après cette « crise d'angoisse », il reste confiné à son domicile. Il ne pourra plus sortir et se rendre à son travail qu'à pied et en compagnie d'une personne de confiance.

Ce phénomène s'appelle la « généralisation du stimulus phobogène ». De plus en plus de situations deviennent phobiques (elles présentent toujours des similarités au premier stimulus). Cette extension s'effectue donc en fonction d'une certaine logique propre à l'individu.

La guérison spontanée de la phobie

L'évolution spontanée des phobies peut sembler surprenante. En effet, 50 % des phobies connaîtront une rémission spontanée et donc disparaîtront toutes seules. À l'opposé, l'autre moitié se maintient parfois pendant des dizaines d'années.

Ces phobies qui guérissent toutes seules...

Une phobie peut disparaître spontanément. Le phénomène a lieu le plus souvent dans l'année qui suit l'apparition des symptômes phobiques. Passée cette première année, le risque de chronicité s'accroît.

- une première hypothèse explicative est la fréquence faible de rencontre entre la personne et l'objet source de phobie. La peur alors s'amoinvrirait, un déconditionnement naturel et une extinction de la réponse phobique se réaliseraient ;
- un deuxième scénario est que la phobie ne mène jamais à l'évitement, la personne ne veut pas céder ; la situation est pénible, les sensations physiques sont multiples, le sujet apprivoise pas à pas sa peur.
- une troisième alternative est une apparition brusque de colère et de rage qui pousse l'individu soudainement à affronter la situation évitée depuis longtemps quelles qu'en soient les conséquences.



Martiale est claustrophobe

Martiale, 30 ans, est claustrophobe depuis une dizaine d'années. Elle n'a toutefois jamais renoncé à prendre le métro quotidiennement même si c'est difficile. À chaque fois, elle est mal, elle a chaud, elle ne se sent pas très à l'aise. Elle évite aussi le regard des autres, pensant qu'ils ne peuvent pas manquer de remarquer son mal-être. Il n'est pas rare qu'elle effectue un voyage en métro en trois fois, reprenant un peu de calme en s'arrêtant quelques instants dans une station. Cela a été un vrai combat, « pénible », dit-elle. Ensuite, c'est devenu de moins en moins difficile. « Parfois, j'arrive même à oublier que je suis dans un endroit clos et que je peux manquer d'air », précise-t-elle.

La phobie chronique

► Attention aux phobies qui durent !

Ce trouble anxieux peut empoisonner la vie car il est difficile à expliquer aux autres.



Anne et la phobie des transports en commun

Anne, 37 ans, vient nous consulter suite à la persistance depuis plusieurs mois d'une fatigue énorme dont elle n'arrive pas à récupérer.

L'entretien révèle que, depuis six mois, Anne est devenue brutalement phobique des transports en commun. Elle ne peut plus prendre les deux autobus qui lui permettent de rejoindre son lieu de travail. Elle lutte contre cette appréhension qu'elle trouve ridicule, mais c'est plus fort qu'elle, elle ne peut pas rester dans l'autobus. Les médicaments contre l'angoisse l'assomment ; elle n'a plus la tête à son travail où on lui demande justement d'être efficace et rapide. Elle décide donc de se rendre à pied de son domicile au centre commercial où elle travaille, ce qui lui prend deux heures trente matin et soir, soit cinq heures par jour. Outre la fatigue, toute sa vie s'en trouve désorganisée : elle n'a plus le temps de faire ses courses, d'entretenir sa maison et il lui faut prendre sur ses heures de sommeil pour compenser la durée des trajets. En chahutant son emploi du temps, en l'obligeant à réduire volontairement sa durée de sommeil, la phobie contribue largement à l'asthénie persistante.

Son médecin traitant lui propose finalement un arrêt de travail et de traiter sa phobie des transports en commun.

Anne a retrouvé son autonomie, sa liberté, et une organisation moins pénalisante de ses journées.

Le cas d'Anne n'est pas exceptionnel. D'autres font de longs détours pour éviter un pont, un tunnel, ou passer à distance d'un hôpital. Ces aménagements pour éviter l'affrontement à l'objet ou à la situation phobogènes prennent du temps, entraînent de la fatigue, et finissent par gâcher la vie sociale, professionnelle et personnelle.

Par conséquent, mal comprises et mal perçues, les phobies constituent souvent un sujet « tabou », une honte pour les personnes atteintes, qui ont le sentiment que « *quelque chose cloche* ». De surcroît, elles entraînent une souffrance qui retentit sur leur vie.

Ainsi, la plupart des phobies se maintiennent pendant des années et finissent par devenir chroniques.

► Hypothèses explicatives

Plusieurs hypothèses explicatives sont évoquées.

● **La représentation de l'objet est source de terreur, de dégoût**

Même la confrontation en imagination, sur photographies ou en jouet est impossible. Cette constatation est faite pour un certain nombre de phobies d'animaux par exemple. L'évitement est alors rigidement maintenu et il faut une forte motivation de la personne pour envisager d'affronter ces images redoutées (même en étant accompagné d'un thérapeute). Cela a été le cas d'une phobie de la vache présentée par un jeune homme qui voulait effectuer une préparation à l'école vétérinaire, ou encore la phobie des pigeons pour une personne habitant à Paris. Le handicap entraîné par la phobie est alors considérable.

● **La phobie peut se maintenir par un second processus : l'évitement massif qu'elle crée**

C'est le cas pour la plupart des agoraphobes. Par un processus de généralisation extensive de la source d'angoisse (passant de l'évitement du carrefour, au boulevard, à la rue, au hall de l'immeuble...), ils développent des peurs multiples les confinant à leur domicile. Ils sont incapables d'aller faire des courses de première nécessité à proximité de leur lieu de vie.



Une fausse claustrophobie

Léa, agoraphobe, ne pouvait plus rejoindre sa boutique de mercerie alors qu'elle habitait dans le même immeuble deux étages plus haut. Elle ne restait plus seule chez elle et son frère s'était installé dans son appartement. Coupés de tout, du monde, des relations aux autres, le repli est total.

Par le phénomène d'évitement, Léa rompt le contact avec le stimulus, phobogène, perdant ainsi toute chance de voir cette peur disparaître. Au contraire, elle renforce la croyance « qu'elle persistera toujours » comme une fatalité puisque, à chaque fois qu'elle tente de s'y soumettre de nouveau, elle ressent les mêmes malaises. Elle rompt trop tôt l'affrontement pour voir l'extinction se produire.

● **Une dernière explication implique nos processus de gestion du stress**

Ainsi une exposition à la source de peur trop brève risque de renforcer l'intensité de l'angoisse et d'augmenter la « peur de la peur » avant une nouvelle confrontation éventuelle.

● Autres hypothèses

D'autres hypothèses supposent dans le maintien de la souffrance phobique des facteurs de personnalité, des conditions environnementales et le contexte de vie. Quelquefois, l'entourage est plein de bonnes intentions et prend des initiatives pour aider le patient phobique. Ce « maternage » favorise une dépendance accrue aux autres et un affaiblissement de la confiance en soi. Ce n'est pas facile, en effet, d'aider un phobique, en étant à la fois rassurant, affectif, bienveillant et en l'amenant pas à pas à effectuer des progrès successifs.

En pratique, quand les phobies restreignent le champ d'action, il faut consulter un professionnel. Ce dernier établit le diagnostic clinique, définit le programme de soin, émet avec le patient des hypothèses fonctionnelles de la constitution de sa phobie. La recherche de l'origine n'est nullement une fin en soi. Il s'agit d'éclaircir avec le patient un ou des mécanismes qui ont conduit à la phobie.

4) POURQUOI L'ENFERMEMENT DU SUJET PHOBIQUE ?

L'enfermement est secondaire à « une réaction en chaîne » que nous pourrions décrire comme suit :

- La personne phobique explique que, d'un point de vue rationnel, l'objet source de sa peur n'est pas si terrifiant.
- La peur est irrépressible ; la seule évocation du nom de l'objet phobogène peut suffire à déclencher un mal-être physique et psychique.
- Le sujet tente d'expliquer ses difficultés à son entourage.
- Les proches adoptent des discours ou des conduites de réassurance souvent peu efficaces et ils perdent patience, en viennent à l'ironie ou aux moqueries quelquefois.
- Le phobique s'isole, évite de parler de ses peurs.
- Pour chaque déplacement, pour chaque rencontre, il anticipe le parcours ou les lieux qu'il aura à fréquenter afin d'estimer son risque de confrontation avec l'objet ou la situation source de peur.
- Les situations évitées sont de plus en plus nombreuses.
- Cet enfermement sur soi et cette limitation de la vie personnelle et sociale entraînent le plus fréquemment des complications affectives, professionnelles, familiales, voire de consommation d'alcool, « pour se donner du courage », etc.