

SOMNIPHOBIE Peur de s'endormir

**Phobie non officielle, non reconnue, non spécifique,
non classifiée en tant que trouble anxieux défini dans le DSM-5 et la CIM-11**

Statut nosographique. La somniphobie (ou hypnophobie, du grec *hypnos*; le doublet latin *somnus* est plus rare) ne constitue pas une entité autonome dans le DSM-5-TR ni dans la CIM-10 : elle relève de la phobie spécifique, type « autre », dont l'objet n'est pas le sommeil comme état physiologique, mais ce qu'il condense symboliquement et expérimentiellement. Le diagnostic suppose une peur ou une anxiété disproportionnée, un évitement actif ou une endurance sous détresse intense, une persistance d'au moins six mois et un retentissement fonctionnel, à l'exclusion d'une meilleure explication par un autre trouble.

Objets de la peur : une phénoménologie hétérogène. Le syndrome est moins unitaire que son nom ne le suggère. On y distingue schématiquement :

- la crainte de la perte de contrôle et de vigilance (dessaisissement de soi, vulnérabilité à l'intrusion ou à l'agression nocturne) ;
- l'anticipation des cauchemars, en particulier post-traumatiques, où le sommeil devient le lieu de reviviscence (parenté étroite avec l'onirophobie) ;
- l'angoisse thanatique, le sommeil comme « petite mort », ne pas se réveiller ;
- la peur d'événements nocturnes spécifiques : paralysie du sommeil avec hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques, terreurs nocturnes, épisodes cataplectiques ou apnéiques vécus comme asphyxie.

Mécanismes d'entretien. Le modèle cognitivo-comportemental est ici assez robuste : hypervigilance somatique à l'endormissement (monitoring des sensations), comportements de sécurité (évitement, stimulation, sieste de compensation, veille sentinelle), interprétations catastrophistes des signes physiologiques de l'endormissement, ruminations. Cela rejoint le modèle attention-intention-effort d'Espie et le modèle cognitif de l'insomnie de Harvey, avec une spécificité : l'activation est ici d'origine phobique et non seulement conditionnée. La privation chronique qui en résulte produit un cercle vicieux, car elle augmente l'irritabilité émotionnelle, abaisse le seuil de réactivité amygdalienne et aggrave l'anxiété anticipatoire.

Diagnostic différentiel. Insomnie psychophysiologique (conditionnée), TSPT avec perturbations du sommeil, trouble panique avec attaques nocturnes, trouble anxieux généralisé, parasomnies, troubles respiratoires du sommeil, et, plus rarement, un contexte psychotique où le sommeil est investi de menace persécutive.

Lecture métapsychologique. Freud, dans le *Complément métapsychologique à la théorie du rêve* (1917), conçoit le sommeil comme retrait narcissique de l'investissement des objets, régression vers un état prénatal. La somniphobie peut alors se lire comme défense contre cette régression : le refus du désinvestissement est refus de l'abandon du Moi aux processus primaires, à l'informe pulsionnel et à la désintégration, qui rend compte de la tonalité de perte de maîtrise.

Prise en charge. Thérapie cognitivo-comportementale avec exposition graduée (intéroceptive et situationnelle), restructuration cognitive, intégration éventuelle d'une TCC-I (restriction du temps passé au lit avec prudence, contrôle du stimulus). En cas de cauchemars : imagery rehearsal therapy. En cas de composante traumatique : thérapies centrées sur le trauma (exposition prolongée, EMDR). Le recours pharmacologique reste adjuvant, avec une vigilance particulière aux hypnotiques, susceptibles de renforcer le comportement de sécurité.