

CLAUSTROPHOBIE ET PSYCHANALYSE

Psychanalyse et claustrophobie : quand la peur des espaces clos révèle un enfermement intérieur

Vous connaissez peut-être cette scène : portes qui se ferment, ascenseur trop plein, couloir sans fenêtre... et un corps qui s'emballe, comme si l'air se retirait de la pièce alors que l'oxygène est pourtant bien là. La claustrophobie ne se voit pas, mais elle se vit comme un étau qui se referme de l'intérieur. Derrière ce vécu très physique, la psychanalyse y lit une histoire, des liens précoces, des peurs anciennes qui se rejouent dans chaque espace clos. Elle ne cherche pas seulement à "calmer la crise", mais à comprendre ce que cet enfermement symbolise pour le sujet, et comment lui redonner de l'espace psychique pour respirer autrement.

- Une explication claire de la claustrophobie : ce qui se passe dans le corps, mais aussi dans l'inconscient.
- Ce que la psychanalyse apporte, là où les approches comportementales travaillent surtout sur le symptôme.
- Les grandes hypothèses : trauma, relation précoce à la mère, peur de l'intrusion ou de l'abandon.
- Un tableau comparatif des approches thérapeutiques (TCC, psychanalyse, réalité virtuelle, etc.).
- Des pistes concrètes : comment parler de cette peur, comment se préparer à un travail analytique, quand associer plusieurs méthodes.

Comprendre la claustrophobie : bien plus qu'une peur "irrationnelle"

Un trouble fréquent, mais souvent caché

On estime que les phobies spécifiques concernent environ **un adulte sur huit** au cours de la vie, et que la peur des espaces clos toucherait autour de 2 à 7% de la population, avec une fréquence plus élevée chez les femmes et un début souvent à l'adolescence. Beaucoup de personnes s'organisent pour éviter ascenseurs, transports souterrains, IRM, files d'attente serrées, au prix d'un quotidien limité. Le problème n'est pas seulement la peur : c'est tout ce qui se rétrécit autour, projets, travail, vie sociale, voyages, examens médicaux.

Sur le plan clinique, la claustrophobie se manifeste par des symptômes physiques intenses : palpitations, tremblements, sensation d'étouffement, vertiges, impression de perdre le contrôle ou de "devenir fou". La personne sait souvent que l'espace n'est pas objectivement dangereux, mais son corps ne "écoute" pas la raison. C'est précisément cet écart entre ce que l'on sait et ce que l'on ressent qui fascine la psychanalyse, puisqu'il indique qu'une autre scène se joue, en dehors du contrôle conscient.

Ce que la psychanalyse regarde derrière le symptôme

Les approches cognitivo-comportementales décrivent la claustrophobie comme une peur spécifique, entretenue par des pensées catastrophistes et des comportements d'évitement. La psychanalyse, elle, pose une autre question : *de quoi* la peur des espaces clos est-elle la

traduction symbolique ? Pour Freud et ses héritiers, une phobie est une tentative de l'appareil psychique de déplacer une angoisse plus profonde sur un objet "gérable" (ici, un ascenseur, un tunnel, une salle de classe).

Dans cette perspective, la claustrophobie serait liée à des expériences d'**enfermement psychique** : être pris au piège d'un lien, d'une attente parentale, d'un secret, d'un environnement étouffant, voire d'un corps vécu comme menaçant. L'espace clos extérieur vient alors réveiller un espace clos intérieur : celui où se sont logées des peurs, des colères ou des détresses qui n'ont pas pu être dites.

Les origines possibles : quand l'enfermé d'aujourd'hui rencontre l'enfant d'hier

Trauma, mémoire du corps et "scènes d'enfermement"

De nombreuses personnes claustrophobes évoquent un événement marquant : être resté coincé dans un ascenseur, enfermé dans un placard par jeu, bloqué dans une foule, ou encore une épreuve médicale très intrusive. La recherche clinique montre que ce type d'expérience peut constituer un facteur déclenchant, surtout quand il réactive une vulnérabilité préexistante. Dans certains cas, la claustrophobie s'inscrit dans un tableau plus large de stress post-traumatique.

Dans une étude de cas récente associant trauma complexe, état de stress post-traumatique et claustrophobie, une approche intégrée (stabilisation, EMDR, TCC, exposition graduée) a permis une amélioration nette de la capacité à tolérer les espaces clos. Mais le plus frappant, dans le récit clinique, est la façon dont chaque espace "fermé" faisait écho à des situations relationnelles anciennes où la patiente s'était sentie piégée, silencieuse, sans issue possible.

La voix de la petite enfance : séparation, contenance et objet

Pour la psychanalyse, le rapport à l'espace est intimement lié au rapport aux premiers liens : la façon dont le bébé est porté, contenu, séparé, rejoint. Les théories des relations d'objet et de l'attachement décrivent combien l'enfant a besoin d'un environnement suffisamment fiable pour interioriser un sentiment de sécurité, même quand la mère ou la figure d'attachement s'absente. Quand ces expériences sont trop instables, intrusives ou au contraire abandonniques, le monde peut être vécu soit comme trop proche, soit comme trop lointain.

Certains auteurs parlent de "claustrum" interne : un espace psychique fermé où le sujet vient se réfugier, mais qui devient aussi sa prison. Quand l'environnement externe rappelle trop brutalement ce type de clôture – pièce sans issue, IRM, métro bondé –, l'angoisse surgit comme si le sujet était aspiré dans cette "cellule intérieure". La claustrophobie, dans ce langage, raconte une difficulté à faire confiance à un contenant suffisamment bon : ni intrusif, ni abandonnant.

Angoisse d'intrusion, angoisse d'abandon : deux faces d'une même peur

Chez certaines personnes, l'espace clos est vécu comme un lieu d'intrusion : impossible d'y être soi-même, d'y respirer, d'y dire non. Le lien à l'autre a pu être marqué par des frontières

non respectées, des exigences, des violences plus ou moins visibles. D'autres vivent le lieu clos comme un endroit où ils pourraient être abandonnés, oubliés, laissés sans secours, dans une panique archaïque de disparition. Les deux mouvements coexistent parfois : peur d'être trop collé à l'autre, peur d'être trop loin de lui.

La psychanalyse invite à ne pas réduire la claustrophobie à "la peur de manquer d'air", mais à entendre ce que le sujet redoute réellement de perdre dans ces moments : sa liberté, sa dignité, son contrôle, sa capacité à appeler, voire son existence même. C'est cette singularité qui fait qu'aucune histoire phobique ne ressemble tout à fait à une autre, même si les symptômes se ressemblent beaucoup.

Ce que la psychanalyse propose : du symptôme à l'histoire que l'on se raconte

L'espace analytique comme anti-pièce fermée

En psychanalyse, le dispositif lui-même a une valeur symbolique forte : un cabinet, un cadre stable, des séances régulières, un temps défini. Là où un ascenseur impose sa fermeture, la relation analytique cherche à créer un espace qui **contient sans enfermer**. Le patient y est invité à parler librement, sans censure, y compris de ce qui lui paraît absurde, honteux ou ridicule. C'est souvent par ces chemins détournés que surgissent des souvenirs d'enfermement, des images corporelles, des rêves de tunnels, de couloirs, de boîtes trop petites.

L'analyste n'interprète pas la claustrophobie "en général", il écoute comment elle s'inscrit dans la vie singulière de la personne. Parfois, l'angoisse augmente d'ailleurs au début de la thérapie : parler de ce qui a été maintenu fermé peut faire peur, comme si l'on ouvrait une pièce restée longtemps verrouillée. Tout l'enjeu est d'appivoiser ce mouvement sans brusquer le sujet, en respectant ses défenses, qui ne sont pas des caprices mais des tentatives de survie psychique.

Des contenus refoulés aux scénarios répétitifs

Les premiers modèles psychanalytiques insistaient sur le rôle du refoulement : des représentations, des désirs ou des affects jugés inacceptables sont tenus à distance, et la phobie surgit comme compromis. Dans certains cas de claustrophobie, des souvenirs longtemps minimisés émergent au fil des séances : hospitalisations en chambre fermée, scènes familiales violentes derrière des portes closes, humiliations à l'école dans des lieux confinés.

D'autres fois, ce n'est pas un événement spectaculaire qui apparaît, mais un climat : une enfance passée dans un appartement exigü, une mère anxieuse qui ne supportait pas que l'enfant sorte, un père imprévisible qui faisait de chaque retour à la maison une loterie émotionnelle. Le travail analytique consiste à relier la peur actuelle à ces scénarios anciens, non pour culpabiliser qui que ce soit, mais pour que le sujet cesse d'être prisonnier d'une histoire qu'il rejoue sans la connaître.

Quand le corps “parle” dans l’ascenseur

La psychanalyse ne nie pas la dimension physiologique des crises de panique, mais elle les lit aussi comme un langage. La sensation d’étouffement, par exemple, peut être associée à des expériences où la parole n’a pas pu circuler, où tout devait rester dedans. Les sueurs, les tremblements, les jambes qui flanchent racontent à leur manière la fragilité des appuis internes.

Certaines personnes décrivent ainsi l’ascenseur comme un “théâtre miniature” où tout se joue en quelques secondes : peur d’être vu en crise, peur de déranger, peur de s’effondrer sur les autres. L’analyste aide alors à mettre des mots là où, jusque-là, le corps se chargeait de parler seul, parfois au prix d’un évitement massif des situations supposées dangereuses.

La psychanalyse face aux autres traitements : rivalité ou alliance ?

Ce que montrent les études sur les approches cognitives et comportementales

Les recherches actuelles sont claires : les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), et en particulier l’**exposition graduée**, sont efficaces pour réduire les symptômes des phobies spécifiques, dont la claustrophobie. Elles travaillent sur les pensées catastrophistes, les évitements et l’habituation progressive au stimulus redouté. Des dispositifs innovants, comme l’exposition en réalité virtuelle pour les espaces clos, montrent aussi des résultats prometteurs et mieux tolérés par certains patients.

Une étude de cas utilisant des images, des vidéos et un programme structuré d’exposition multimédia pour traiter claustrophobie et acrophobie souligne l’amélioration significative des capacités du patient à affronter des environnements qui étaient auparavant inaccessibles. Dans ces approches, l’objectif principal est de rendre la vie plus fonctionnelle, de permettre au sujet de reprendre l’ascenseur, l’avion, le métro, l’IRM, sans être submergé.

Comparer sans opposer : un tableau pour y voir clair

Approche	Focalisation principale	Durée habituelle	Forces	Limites potentielles
Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	Symptômes, pensées anxieuses, comportements d’évitement.	Souvent brève à moyenne, protocoles structurés.	Efficacité démontrée sur la réduction de la peur, outils concrets, exposition graduée.	Exploration limitée de l’histoire personnelle profonde, du sens singulier du symptôme.
Réalité virtuelle pour claustrophobie	Exposition immersive dans un	Séances ciblées, nombre	Permet un travail progressif, sécurisé,	Nécessite un équipement spécialisé, ne traite pas

Approche	Focalisation principale	Durée habituelle	Forces	Limites potentielles
	environnement contrôlé.	limité de sessions.	adaptable au rythme du patient.	forcément la dimension inconsciente.
Psychanalyse / psychothérapie d'inspiration analytique	Conflits inconscients, histoire de vie, relations précoces, organisation du self.	Plutôt moyenne à longue, rythme régulier.	Travail en profondeur sur les racines de l'anxiété, transformation durable de la relation à soi et aux autres.	Moins d'études quantitatives spécifiques à la claustrophobie, engagement temporel et émotionnel important.
Approches intégrées (EMDR + TCC + autres)	Trauma, symptômes anxieux, régulation émotionnelle.	Variable, selon la complexité du cas.	Souplesse, adaptation au profil du patient, traitement simultané de plusieurs dimensions.	Demande des thérapeutes formés à plusieurs modèles, coordination parfois complexe.

Pour la claustrophobie, la question n'est donc pas de choisir définitivement "pour ou contre" la psychanalyse, mais de décider dans quel ordre, avec quels objectifs, et possiblement avec quelles combinaisons d'approches. Un travail analytique peut tout à fait coexister avec un programme d'exposition ou un accompagnement médicamenteux ponctuel, selon la souffrance et les priorités de la personne.

Faire de la claustrophobie un matériau de travail sur soi

Une anecdote clinique : le couloir sans fenêtre

Imaginons Clara (personnage composite, inspiré de descriptions cliniques fréquentes) : 34 ans, brillante dans son travail, mais incapable de prendre l'ascenseur ou de rester dans une salle de réunion sans issue visible. Elle arrive en thérapie après avoir dû refuser une promotion, car le nouvel étage n'est accessible que par un ascenseur étroit. Ce qu'elle raconte d'abord, ce sont ses stratégies : arriver plus tôt, repérer les escaliers de secours, s'asseoir près de la porte.

Au fil des séances, d'autres scènes émergent : une enfance dans un appartement sombre, un père colérique derrière une porte de chambre qui pouvait claquer à tout moment, une hospitalisation à 6 ans dans une chambre fermée où sa mère ne pouvait venir qu'aux heures

de visite. Elle réalise peu à peu que ce qu'elle redoute dans l'ascenseur, ce n'est pas seulement la panne : c'est de revivre ce mélange d'isolement, d'imprévisibilité et d'impuissance qui a structuré une partie de son histoire.

Quelques repères si vous envisagez une démarche psychanalytique

Commencer un travail analytique avec une problématique de claustrophobie, c'est accepter de ne pas se limiter à "faire disparaître la peur", mais de se laisser surprendre par ce qu'elle dit de votre manière de vivre les liens et les limites. Avant même de choisir un praticien, il peut être utile de préciser pour vous-même ce que vous attendez : moins de symptômes, plus de compréhension, une transformation de vos relations, ou tout cela à la fois.

Dans les premières rencontres, n'hésitez pas à dire frontalement votre peur des espaces clos, y compris du cadre thérapeutique lui-même : cabinet exigü, porte fermée, salle d'attente, etc. Un analyste formé sait que pour certaines personnes, être dans une pièce avec quelqu'un qui se tait peut déjà avoir un parfum de *claustrum*. Pouvoir nommer cette inquiétude dès le départ est déjà une manière de rouvrir un peu la fenêtre intérieure.

Aller mieux sans se trahir

Beaucoup de personnes claustrophobes ont une capacité de contrôle impressionnante, une hypervigilance qui leur permet d'anticiper, de gérer, d'éviter les situations à risque. Le paradoxe, c'est que cette compétence, devenue presque un style de vie, peut rendre difficile l'idée de lâcher quelque chose en thérapie : *"Si je laisse tomber mes stratégies, qui me protège ?"*

La psychanalyse n'a pas pour projet de "faire disparaître" ce qui vous a protégé, mais de vous donner le choix : pouvoir prendre un ascenseur sans être en apnée, mais aussi comprendre ce que vous mettez de vous-même dans chaque porte que vous redoutez de franchir. À long terme, il ne s'agit plus seulement de supporter un espace clos, mais de construire en soi un espace interne où vous n'êtes ni enfermé ni abandonné.