

## PHOBOPHOBIE Peur d'avoir peur

### Phobophobie : quand la peur d'avoir peur prend toute la place

Vous avez déjà eu peur... **rien qu'en imaginant** que la peur pourrait revenir ? Vous surveillez vos battements de cœur, vos vertiges, le moindre frisson, comme si votre corps était une bombe à retardement. Si cette description vous parle, vous n'êtes pas « dramatique ». Vous êtes peut-être au cœur d'un phénomène méconnu : la **phobophobie**, la *peur d'avoir peur*.

Ce trouble n'est pas une coquetterie psychologique. Il peut ruiner une soirée, un trajet, une carrière, un couple. Il agit comme un amplificateur d'angoisse : la peur de la peur devient plus terrifiante que la peur elle-même. Cet article vous propose un décryptage concret, scientifique et profondément humain de ce mécanisme... et surtout des pistes réelles pour s'en libérer.

### En bref : ce qu'il faut savoir sur la phobophobie

- La phobophobie est la **peur d'éprouver à nouveau de la peur**, souvent après avoir vécu des attaques de panique ou des phobies intenses.
- Elle fonctionne comme un *cercle vicieux* : la personne surveille ses sensations, s'alarme, et déclenche précisément ce qu'elle redoute.
- Elle se manifeste par des symptômes physiques très proches d'une crise de panique : palpitations, vertiges, sueurs, impression de perdre le contrôle.
- Elle s'inscrit dans la famille des troubles anxieux, parmi les plus fréquents au monde : jusqu'à un tiers de la population vivra un trouble anxieux au cours de sa vie.
- Les **thérapies cognitivo-comportementales**, l'exposition (in vivo, intéroceptive, réalité virtuelle) et parfois l'EMDR ou l'hypnose montrent une efficacité notable.
- On ne « guérit » pas en contrôlant parfaitement son corps, mais en apprenant à tolérer la peur sans la fuir.

### Comprendre la phobophobie : une peur qui précède la peur

#### Définition : quand l'alarme s'allume avant l'incendie

La phobophobie désigne la **peur d'éprouver à nouveau de la peur**, et en particulier la peur de revivre un épisode d'angoisse intense, souvent de type attaque de panique. Là où une phobie classique cible un objet ou une situation (un avion, une araignée, un pont), la phobophobie cible un état interne : vos propres réactions.

La personne phobophobe redoute moins la situation en elle-même que ce qui pourrait se passer *en elle* : « Et si je me mettais à trembler ? Et si je m'évanouissais ? Et si je faisais une crise comme la dernière fois ? ». La peur devient abstraite, diffuse, mais omniprésente.

**Exemple typique** : quelqu'un qui a fait une attaque de panique dans le métro commence à craindre, non plus seulement le métro, mais la simple possibilité que « ça » recommence, n'importe où. Il évite les soirées, les salles de réunion, les magasins bondés... pas pour ce qu'ils sont, mais pour ce qu'ils *pourraient réveiller* en lui.

## Un trouble dans la grande famille de l'anxiété

Les troubles anxieux sont parmi les troubles mentaux les plus fréquents : jusqu'à 33,7 % de la population connaîtra un trouble anxieux au cours de sa vie. Les phobies spécifiques sont particulièrement répandues, avec des taux de prévalence sur 12 mois pouvant dépasser 9 % chez l'adulte.

La phobopobie n'est pas toujours distinguée dans les grandes enquêtes épidémiologiques : elle se niche souvent dans les tableaux de phobie, de trouble panique ou d'anxiété généralisée. Pourtant, cliniquement, cette peur de la peur joue un rôle de **catalyseur** qui aggrave la détresse et complique la prise en charge.

## Symptômes : ce que vit vraiment une personne phobophobe

### Le cercle vicieux des sensations et des pensées

La phobopobie installe un « radar interne » permanent. La personne scrute ses sensations : un léger vertige, un battement de cœur un peu fort, une impression d'irréalité... et cela suffit à déclencher une alerte maximale.

Sur le plan clinique, on observe fréquemment :

- **Hypervigilance corporelle** : surveillance constante du rythme cardiaque, de la respiration, des sueurs, des tremblements.
- **Interprétations catastrophiques** : « Si mon cœur s'accélère, je vais faire une crise », « Si j'ai la tête qui tourne, je vais m'évanouir devant tout le monde ».
- **Anticipation anxieuse** des situations où la peur pourrait surgir (transports, files d'attente, réunions, examens, rendez-vous amoureux).
- **Évitements** : la personne réduit son périmètre de vie pour minimiser le risque de « perdre le contrôle » en public.

### Des symptômes physiques bien réels

Les manifestations physiques ressemblent à s'y méprendre à celles d'une phobie ou d'un trouble panique :

- Palpitations, oppression thoracique, impression que le cœur « va lâcher ».
- Sueurs, bouffées de chaleur ou frissons.
- Tremblements, sensation de jambes en coton.
- Vertiges, impression de « flotter » ou de ne plus être tout à fait dans la réalité.
- Nausées, gêne digestive.

Ce n'est pas « dans la tête » au sens où le corps réagit réellement, via le système nerveux autonome, aux interprétations mentales catastrophiques. **Le corps croit à l'alarme**, même quand il n'y a pas de danger extérieur.

### Impact sur la vie quotidienne : quand tout se rétrécit

À force d'éviter, l'existence se referme. Beaucoup de personnes phobiques adaptent leur vie silencieusement : trajet modifié pour éviter une station, refus d'un poste nécessitant des présentations, renoncements à des voyages ou des projets de couple.

Les études montrent que les troubles phobiques s'accompagnent souvent de retentissements importants sur la vie sociale et professionnelle, parfois plus que certains autres troubles anxieux. La phobie, en tant qu'amplificateur, peut accentuer encore ces limitations, avec un risque accru d'isolement et de symptômes dépressifs associés.

**Tableau comparatif : phobie classique, trouble panique, phobobie**

Caractéristique	Phobie spécifique	Trouble panique	Phobobie
Cible principale de la peur	Objet ou situation précise (avion, araignée, sang...).	Survenue d'attaques de panique imprévisibles.	Expérience interne de la peur elle-même, réactions du corps.
Déclencheur typique	Exposition à l'objet ou à la situation phobique.	Parfois sans déclencheur clair, contexte de stress.	Pensées anticipatoires, micro-sensations corporelles.
Stratégie d'évitement	Évite l'objet/situation ciblé(e).	Évite les lieux perçus comme « à risque » de crise.	Évite toute situation où la peur pourrait se manifester, parfois très large.
Risque de généralisation	Faible à modéré.	Fréquent après plusieurs crises.	Très élevé : la peur se déplace d'un contexte à l'autre.
Traitement de référence	Exposition graduée, TCC.	TCC centrée sur les attaques et l'anticipation.	TCC, exposition interoceptive, parfois EMDR, hypnose, réalité virtuelle.

### Causes : pourquoi certaines personnes développent une peur d'avoir peur

#### Le rôle des expériences traumatiques ou marquantes

Dans de nombreux cas, la phobie apparaît **après** un épisode d'angoisse aiguë, vécu comme un choc : crise de panique dans un avion, malaise en public, frayeur intense face à un objet ou une situation. Le corps a enregistré cette expérience comme un danger majeur.

Les auteurs décrivent un phénomène de *conditionnement* : la personne associe certains lieux, sensations ou contextes au souvenir de la crise, et un « signal d'alarme » se déclenche très

tôt, parfois bien avant tout réel danger. La peur de la peur devient une tentative, maladroite mais logique, d'anticiper pour ne plus jamais « revivre ça ».

### **Éducation, modèles familiaux et vulnérabilité biologique**

Les facteurs familiaux interviennent aussi : grandir dans un environnement où la peur est omniprésente, où l'on met beaucoup en garde contre les dangers, accroît la probabilité d'une hypervigilance aux signaux de menace. Voir un parent réagir très fortement à l'anxiété peut devenir un modèle implicite.

Le terrain biologique n'est pas à négliger : certaines études soulignent une composante génétique dans la vulnérabilité aux troubles phobiques et anxieux, même si elle n'explique jamais tout. Enfin, des périodes de stress prolongé, de surmenage ou d'isolement social peuvent fragiliser davantage le système d'alerte émotionnelle.

### **Un mécanisme central : la confusion entre danger réel et malaise interne**

Au cœur de la phobopobie, on retrouve souvent une confusion : « Si je me sens mal, c'est que **quelque chose de grave va arriver** ». Les sensations internes sont interprétées comme des preuves de danger, plutôt que comme des réactions physiologiques parfois normales.

Les TCC montrent que ce sont moins les sensations elles-mêmes que leur *interprétation* qui entretient la peur : croire qu'un cœur qui bat plus vite annonce un malaise grave augmente l'adrénaline... qui accélère encore le cœur. Le système se nourrit de lui-même jusqu'à la crise.

### **Diagnostic : comment un professionnel repère la phobopobie**

#### **Ce que le clinicien écoute vraiment**

Le diagnostic ne repose pas sur un examen biologique, mais sur une **anamnèse clinique** détaillée : histoire des crises, contextes d'apparition, stratégies d'évitement, impact sur la vie quotidienne.

Le clinicien va chercher à savoir :

- Ce que la personne redoute le plus : l'objet extérieur ou ses propres réactions.
- À quel moment la peur apparaît : au contact du stimulus, ou bien en amont, dans l'anticipation.
- Comment les symptômes ont évolué dans le temps : extension des évitements, augmentation de la fréquence des pensées d'anticipation.

### **Différencier phobopobie, trouble panique et autres troubles**

Les classifications internationales (DSM, CIM) ne disposent pas toujours d'une catégorie isolée pour la phobopobie : elle se retrouve souvent à l'intersection des phobies et du trouble panique. L'enjeu n'est pas de « coller une étiquette » parfaite, mais de comprendre le mécanisme dominant.

Si l'angoisse se concentre sur la peur d'une nouvelle attaque, sur la surveillance des sensations et l'anticipation anxieuse, la dimension phobophobique devient une cible thérapeutique centrale. C'est cela qui oriente vers des stratégies comme l'exposition aux sensations internes plutôt qu'à un stimulus extérieur.

### **Traitements : ce qui fonctionne vraiment contre la peur d'avoir peur**

#### **Thérapies cognitivo-comportementales : attaquer le cercle vicieux au cœur**

Les **TCC** sont aujourd'hui l'approche la mieux documentée pour traiter les phobies et les troubles anxieux en général. Dans la phobophobie, elles visent trois axes :

- Identifier les pensées catastrophiques (« Je ne vais pas supporter », « Je vais devenir fou/folle », « On va se moquer de moi »).
- Expérimenter, de manière progressive et sécurisée, le fait de rester en présence des sensations internes sans fuir immédiatement.
- Reprendre pied dans la réalité par des comportements concrets (recommencer à prendre les transports, à participer à des réunions, etc.).

De nombreuses études montrent que les TCC, pour les phobies et le trouble panique, permettent une réduction significative des symptômes en quelques mois, avec des effets maintenus dans le temps chez une majorité de patients.

#### **Exposition intéroceptive : apprivoiser ses sensations**

Un levier spécifique à la phobophobie est l'**exposition intéroceptive**. Il s'agit de reproduire volontairement certaines sensations physiques redoutées : accélérer le rythme cardiaque par un exercice, se provoquer de légers vertiges par l'hyperventilation contrôlée, etc., sous supervision professionnelle.

Des protocoles consistent parfois à induire artificiellement des sensations de panique, par exemple via des mélanges contrôlés de CO<sub>2</sub> et d'O<sub>2</sub> ou d'autres agents physiologiques, afin d'apprendre à les tolérer sans les associer immédiatement à une catastrophe. Cette approche, utilisée avec prudence, permet de couper l'association automatique « sensation = danger ».

#### **Réalité virtuelle, hypnose, EMDR : des outils complémentaires**

Les technologies de **réalité virtuelle** offrent désormais des environnements contrôlés où l'on peut s'exposer à des situations anxiogènes de manière progressive, en modulant l'intensité des stimuli. Cela permet, par exemple, de simuler un métro bondé ou une salle de réunion, sans y être physiquement.

L'**hypnose** thérapeutique est parfois mobilisée pour travailler sur les souvenirs anxieux et les anticipations catastrophiques, en modifiant les représentations internes et en favorisant un vécu corporel plus apaisé. L'**EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), initialement développée pour les traumatismes, montre des résultats intéressants dans les phobies, en ciblant les souvenirs à l'origine des réactions disproportionnées.

Des études comparant EMDR et exposition chez l'enfant indiquent que l'exposition in vivo reste très efficace, parfois supérieure, mais que l'EMDR peut favoriser une baisse rapide de la détresse subjective en quelques séances. L'important, là encore, est d'adapter l'outil à la personne plutôt que l'inverse.

### **Médicaments : soutien ponctuel, pas solution unique**

Dans certains cas, le médecin ou le psychiatre peut proposer un traitement médicamenteux (antidépresseurs de la famille ISRS, par exemple) pour stabiliser un terrain anxieux très élevé ou associé à un état dépressif. Leur rôle est de baisser le niveau de bruit de fond, pas de supprimer toutes les émotions.

Les recommandations cliniques rappellent toutefois que, pour les phobies spécifiques, la thérapie d'exposition reste l'outil central, les médicaments n'étant pas en première ligne sauf contexte particulier. L'enjeu est que la personne réapprenne à faire l'expérience de la peur sans se sentir en danger vital.

### **Vivre avec (et après) la phobopobie : pistes concrètes**

#### **Normaliser la peur, sans l'idéaliser ni la diaboliser**

Une idée simple peut déjà fissurer le cercle vicieux : **la peur n'est pas un bug**. C'est un mécanisme de protection, devenu hypersensible chez certaines personnes. Statistiquement, une large partie de la population connaîtra un trouble anxieux au cours de sa vie, ce qui relativise la sensation de « cas isolé ».

Travailler avec un professionnel permet de remettre la peur à sa place : une émotion parfois intense, parfois très inconfortable, mais qui ne dit pas toute la vérité sur la réalité ni sur votre valeur personnelle.

#### **Quelques axes de travail courants en thérapie**

Sans prétendre remplacer un accompagnement, voici certains leviers souvent explorés en psychothérapie :

- Apprendre à repérer le moment précis où la peur de la peur s'allume, souvent bien avant la crise.
- Mettre en lumière le dialogue intérieur (« Si je rougis, ce sera ridicule », « Je dois garder le contrôle »), puis l'assouplir progressivement.
- Réintroduire, pas à pas, des situations évitées, en se donnant le droit de ne pas « performer », mais simplement d'être présent.
- Travailler sur la honte qui entoure souvent ces manifestations, pour que demander de l'aide ne soit plus vécu comme un aveu de faiblesse.

Les données épidémiologiques rappellent que les phobies et les troubles anxieux constituent l'un des motifs les plus fréquents de souffrance psychique, mais aussi un domaine où les traitements fondés sur les preuves ont beaucoup progressé. La phobopobie, même spectaculaire, n'est pas une fatalité.

© <https://psychologie-positive.com/tout-sur-la-phobophobie-symptomes-causes-et-traitement/>