

PHOBOPHOBIE Peur de perdre le contrôle

Phobophobie : quand la peur d'avoir peur prend le contrôle

Vous ne fuyez pas l'ascenseur, les araignées ou l'avion. Vous fuyez *votre propre réaction*. Le cœur qui s'emballe, la tête qui tourne, la sensation de perdre pied. Et plus vous surveillez ces signaux, plus ils s'emballent. Bienvenue dans la **phobophobie**, cette peur d'avoir peur qui transforme le corps en alarme permanente.

Si vous avez déjà pensé : « *Si je refais une crise, je ne vais pas m'en remettre* », ou si vous choisissez vos trajets, vos sorties, vos projets en fonction du risque de "déraper émotionnellement", vous n'êtes ni « faible », ni « fou ». Vous êtes peut-être enfermé dans un **cercle vicieux anxieux** dont la logique est implacable... mais réversible.

En bref : ce que vous allez trouver dans cet article

- Une définition claire de la phobophobie, la **peur d'avoir peur**, et comment elle se distingue des autres phobies.
- Le mécanisme intime : pourquoi une crise de panique peut suffire à installer la peur de la peur, et comment le cerveau apprend à anticiper le pire.
- Les signes qui doivent alerter : hypervigilance corporelle, évitements, rituels de "sécurité", repli progressif.
- Les liens avec les attaques de panique, l'agoraphobie et le terrain anxieux, chiffres à l'appui.
- Les approches thérapeutiques validées (TCC, exposition, travail sur les sensations corporelles, formats intensifs ou en ligne) et ce que disent les données récentes.
- Des pistes concrètes pour reprendre du pouvoir sur votre anxiété sans vous épuiser dans la lutte.

Comprendre la phobophobie : la peur qui se nourrit d'elle-même

Définition : plus qu'une simple "angoisse"

La **phobophobie** désigne la *peur d'avoir peur* : la personne ne redoute pas un objet ou une situation extérieure, mais la survenue même de la peur et des sensations qui l'accompagnent (palpitations, vertiges, souffle court, impression de devenir fou ou de mourir). Elle anticipe les réactions possibles de son corps, parfois en l'absence de tout danger réel ou de déclencheur identifiable.

Dans les phobies "classiques", l'ennemi est dehors (l'araignée, le vide, l'avion). Ici, il est dedans : le phobophobe guette chaque battement de cœur, chaque sensation de flottement, chaque bouffée de chaleur, et y voit le signe avant-coureur d'une catastrophe émotionnelle. C'est cette hypervigilance corporelle qui entretient la peur... et la rend terriblement crédible.

Une phobie souvent née d'une crise de panique

La phobophobie apparaît fréquemment après une première **attaque de panique**, vécue comme un choc : cœur qui s'accélère, sensations de mort imminente, impression de perdre

le contrôle ou de “devenir fou”. Le cerveau associe alors ces sensations internes à un danger majeur et commence à redouter leur retour, parfois au point d’en faire une obsession silencieuse.

Des travaux épidémiologiques montrent que les troubles anxieux sont parmi les troubles psychiques les plus fréquents, avec des prévalences sur 12 mois dépassant 17% en Europe et environ 19% chez l’adulte aux États-Unis, les phobies spécifiques faisant partie des diagnostics les plus répandus. Dans ce paysage, la phobopobie reste une entité peu étudiée mais cliniquement bien décrite, souvent imbriquée avec les attaques de panique et l’agoraphobie.

Le cercle vicieux de la peur d’avoir peur

Comment le cerveau apprend à craindre la peur

Sur le plan psychologique, la phobopobie s’inscrit dans les **théories de l’apprentissage** : une expérience d’angoisse aiguë, comme une crise de panique, devient un “événement marquant” que le cerveau cherche absolument à éviter à l’avenir. Il suffit alors d’une légère accélération cardiaque ou d’un vertige pour que la mémoire de cette expérience se réactive et déclenche une montée d’angoisse, comme si l’histoire allait se répéter.

Ce mécanisme de généralisation est bien documenté dans les troubles anxieux : le cerveau étend la zone de danger à des signaux de plus en plus subtils, jusqu’à considérer ses propres sensations comme une menace. La personne se retrouve prise dans une boucle où la peur des sensations amplifie ces sensations, ce qui confirme la peur – un auto-renforcement redoutable.

La spirale quotidienne : un exemple très concret

Imaginez Léa, 32 ans. Un matin dans le métro, elle fait une attaque de panique : sueurs, impression d’étouffer, peur de s’évanouir devant tout le monde. L’épisode finit par passer, mais quelque chose a changé : à partir de ce jour-là, elle se met à scruter son corps, par peur que “ça recommence”.

Quelques semaines plus tard, un simple coup de stress au travail suffit à accélérer son cœur. Léa interprète aussitôt ce signal comme le début d’une nouvelle crise, son anxiété grimpe, son rythme cardiaque aussi : la prophétie se réalise. Elle commence à éviter le métro, puis les réunions, puis les sorties trop loin de chez elle. La **phobopobie** a pris la main sur son agenda.

Tableau : signes fréquents de phobopobie

ASPECT	MANIFESTATIONS TYPIQUES	IMPACT AU QUOTIDIEN
Peur centrale	Peur de perdre le contrôle, de faire une crise, de “devenir fou” ou de faire un malaise en public.	Anticipation anxieuse avant sorties, trajets, prises de parole.
Hypervigilance corporelle	Surveillance constante du cœur, de la respiration, des vertiges, des bouffées de chaleur.	Fatigue mentale, difficulté à se concentrer

ASPECT	MANIFESTATIONS TYPIQUES	IMPACT AU QUOTIDIEN
		sur autre chose que le corps.
Évitement	Fuite des situations "à risque" : transports, magasins, files d'attente, lieux bondés, sport intense.	Restriction progressive du périmètre de vie, repli social.
Conduites de sécurité	Objets rassurants, besoin d'être accompagné, repérage systématique des sorties, vérification de la fréquence cardiaque.	Dépendance accrue, illusion de contrôle, maintien de la peur.
Terrain anxieux	Stress chronique, fatigue, parfois trouble panique ou agoraphobie associés.	Vulnérabilité accrue aux rechutes si rien n'est traité en profondeur.

Pourquoi la peur d'avoir peur est si épuisante

Une charge mentale invisible

La phobopobie se voit peu de l'extérieur, mais elle occupe une place immense dans la tête de la personne qui en souffre. Une partie de son esprit reste en mode surveillance permanente, prête à détecter le moindre signe avant-coureur d'angoisse. Cette vigilance continue augmente la fatigue, affecte le sommeil et peut même réduire les capacités cognitives (attention, mémoire, prise de décision).

Les données disponibles indiquent que les troubles anxieux figurent parmi les causes majeures de handicap fonctionnel dans la population générale, perturbant la vie professionnelle, sociale et familiale. La phobopobie, même si elle n'est pas toujours nommée comme telle dans les études, s'inscrit clairement dans cette catégorie de troubles anxieux à fort retentissement.

Une peur qui isole progressivement

Pour limiter le risque de "dérapage", beaucoup de personnes adoptent une stratégie logique à court terme : **éviter** tout ce qui pourrait déclencher la peur. Transports publics, hypermarchés, salles de spectacle, activités sportives, parfois même la file d'attente à la boulangerie deviennent des menaces potentielles. À mesure que les évitements se multiplient, le territoire de vie se rétrécit, ce qui peut nourrir tristesse, honte, voire colère contre soi.

Des liens forts sont observés entre attaques de panique, agoraphobie et phobopobie : la peur de revivre une crise dans un endroit d'où il serait difficile de s'échapper ou d'être secouru conduit progressivement à éviter ces lieux, caractéristique de l'agoraphobie. Cette dynamique peut s'installer chez des personnes par ailleurs très fonctionnelles, parfois performantes au travail, ce qui accentue le décalage entre l'image renvoyée et la souffrance intérieure.

Diagnostic : comment savoir si c'est de la phobopobie ?

Quand la peur de la peur devient un problème central

En pratique clinique, la phobopobie n'est pas toujours codée comme un diagnostic à part, mais plutôt comprise comme une composante du trouble panique ou des phobies. Elle se caractérise par le fait que la **peur centrale** porte sur l'expérience anxieuse elle-même : faire une crise, perdre le contrôle, s'effondrer, devenir fou devant les autres.

Quelques questions peuvent aider à repérer ce fonctionnement : passez-vous beaucoup de temps à anticiper une possible crise ? Évitez-vous certains lieux uniquement parce que vous craignez d'y faire une attaque de panique ? Surveillez-vous votre corps à la recherche de signes d'angoisse ? Si ces préoccupations occupent une place disproportionnée dans votre vie, l'hypothèse de phobopobie mérite d'être explorée avec un professionnel.

L'importance d'un bilan complet

Un entretien approfondi avec un psychologue ou un psychiatre permet de distinguer phobopobie, trouble panique, trouble anxieux généralisé, phobie sociale ou encore trouble dépressif associé. Ce bilan peut inclure des échelles standardisées d'anxiété, des questions sur les évitements, les conduites de sécurité, l'histoire des crises de panique et l'impact sur la vie quotidienne.

Sur le plan médical, il est parfois utile de vérifier qu'aucune pathologie somatique (cardiaque, endocrinienne, neurologique, etc.) n'explique les symptômes physiques, pour éviter le piège d'une interprétation exclusivement psychologique là où un autre trouble serait en cause. Une fois ces éléments clarifiés, le travail thérapeutique peut se concentrer sur ce qui entretient réellement la peur d'avoir peur.

Peut-on vraiment sortir de la peur d'avoir peur ?

Les TCC : affronter la peur sans s'y perdre

Les **thérapies cognitivo-comportementales (TCC)** sont aujourd'hui parmi les approches les mieux validées scientifiquement pour les phobies et les troubles paniques. Elles reposent sur un principe contre-intuitif : plutôt que fuir la peur, on apprend à l'approcher graduellement, à la comprendre, à la laisser passer sans catastrophe, jusqu'à ce que le cerveau mette à jour ses prédictions.

Dans le champ des phobies spécifiques, des méta-analyses montrent que les thérapies d'exposition, en une ou plusieurs séances, obtiennent des améliorations comparables, avec parfois une efficacité remarquable dès une seule séance intensive. Chez les jeunes, une grande étude menée auprès de plusieurs centaines d'enfants et d'adolescents a montré qu'un protocole en une séance d'exposition pouvait être aussi efficace qu'une TCC multi-séances, tout en coûtant significativement moins cher par patient.

Exposition aux sensations : apprivoiser le corps

Dans la phobopobie, l'un des leviers clés est l'**exposition aux sensations internes** (interoceptive exposure) : provoquer volontairement, en séance ou via des exercices, certaines sensations redoutées (accélérer le cœur par de petits efforts, jouer avec la respiration, tourner sur soi-même pour générer un léger vertige). L'objectif n'est pas de faire souffrir, mais de montrer, dans un cadre sécurisé, que ces sensations sont désagréables mais supportables, et qu'elles ne mènent pas à la folie ou à la mort.

Dans des programmes intensifs ou en ligne pour le trouble panique et l'agoraphobie, des formats concentrés sur une semaine avec exposition répétée aux sensations et aux situations ont montré une faisabilité et une acceptabilité élevées, avec des réductions importantes des symptômes et de la gêne fonctionnelle. Ce type de résultats ouvre la voie à des prises en charge plus flexibles, adaptées à la phobopobie quand elle s'inscrit dans ce type de tableaux.

Formats intensifs, en ligne, ou classiques : ce que dit la recherche

Les recherches récentes sur les phobies suggèrent que les formats **intensifs** (une seule séance longue ou quelques jours concentrés) peuvent être aussi efficaces que les formats classiques en plusieurs semaines, pour un temps total de thérapie plus court. Au-delà des phobies spécifiques, des programmes de TCC délivrés sur Internet pour le trouble panique et l'agoraphobie montrent des résultats prometteurs, avec un accompagnement thérapeutique limité mais ciblé.

Ces données ne signifient pas que tout le monde devrait se précipiter sur une thérapie en une séance ou un protocole en ligne, mais qu'il existe aujourd'hui un vrai choix : thérapies individuelles ou de groupe, présence ou distanciel, formats intensifs ou étalés dans le temps. Pour la phobopobie, cette souplesse permet d'adapter le travail à la tolérance de la personne, à son agenda, à sa distance géographique et à ses autres vulnérabilités.

Stratégies concrètes pour reprendre du pouvoir sur la peur

Sortir de la lutte constante contre ses sensations

L'un des pièges de la phobopobie est la volonté de contrôler absolument ses sensations : ne jamais laisser le cœur battre trop vite, ne jamais se sentir essoufflé, toujours rester "nickel". Ce contrôle hyper-strict finit ironiquement par amplifier l'anxiété, car le moindre écart par rapport à cet idéal devient suspect, presque menaçant.

Un axe central du travail thérapeutique consiste à passer d'une posture de lutte à une posture d'**observation curieuse** : reconnaître les signaux du corps, les nommer, les laisser monter puis redescendre, en s'appuyant sur la respiration, sur l'ancrage sensoriel, sur des pensées alternatives plus nuancées. Cela ne supprime pas la peur du jour au lendemain, mais réduit son pouvoir, un peu comme baisser le volume d'une alarme, sans éteindre tout le système.

Réduire progressivement les évitements

Les évitements procurent un soulagement immédiat, mais entretiennent à long terme l'idée que la situation est réellement dangereuse et que la peur serait insurmontable. Un travail par

petits pas permet de reprendre du terrain : rester un peu plus longtemps dans le magasin, faire un trajet court en transport, participer à une réunion en ayant prévu un “plan B” réaliste plutôt qu’une fuite totale.

Ce processus, appelé **exposition graduée**, est souvent planifié en TCC via une “hiérarchie” des situations, de la moins anxiogène à la plus difficile. Chaque étape franchie envoie au cerveau un message correcteur : “j’ai eu peur, mais je n’ai pas perdu le contrôle, je n’ai pas fait de crise massive, je n’ai pas été ridiculisé”. Avec le temps, la peur d’avoir peur perd de sa force.

Quand envisager une aide médicale ?

Pour certaines personnes, la phobopobie s’accompagne d’un niveau d’angoisse et de détresse tel qu’un **traitement médicamenteux** peut être proposé en complément de la psychothérapie (antidépresseurs de type ISRS, par exemple), notamment en présence d’un trouble panique ou d’une dépression associés. Cette option se discute avec un psychiatre ou un médecin, en évaluant attentivement les bénéfices, les risques et les alternatives.

Les études générales sur les troubles anxieux indiquent que les combinaisons de traitements (TCC + médication) peuvent améliorer l’accès aux soins et la tolérance des expositions dans certains cas, même si la psychothérapie reste un pilier central pour modifier en profondeur la relation à la peur. Là encore, il ne s’agit pas de “tout ou rien”, mais de composer un traitement ajusté à la personne, à son histoire et à ses ressources.

Redonner un sens à la peur

La peur comme signal, pas comme ennemi

La phobopobie finit souvent par faire oublier ce qu’est la peur à l’origine : un **signal de protection**, imparfait mais précieux. À force de redouter la peur elle-même, le système se dérègle : il sonne trop fort, trop souvent, parfois pour des bruits de fond. Le travail thérapeutique vise moins à “supprimer la peur” qu’à réapprendre à dialoguer avec elle.

Ce changement de regard est rarement spectaculaire, mais il est profond : la peur cesse d’être un monstre intérieur à abattre pour redevenir une information parmi d’autres, à écouter puis à recadrer si nécessaire. Pour une personne en phobopobie, renouer avec cette vision peut être une étape décisive pour sortir du tunnel de la peur de la peur.