

Synthèse du livre
PSYCHOLOGIE DE LA PEUR : craintes, angoisses et phobies
 Christophe André
 2^{ème} lecture Août 2008 (Evelyne PERNOT)

CHAPITRE 1 : Peurs normales et peurs pathologiques

La peur un système d'alarme

Il faut écouter ses peurs : elles sont un système d'alarme précieux face aux dangers. Mais il ne faut pas s'y soumettre. On ne choisit pas d'avoir peur, encore moins d'avoir trop peur. Mais on peut, par contre, choisir de mieux comprendre la peur. Pour se préparer à mieux agir face à elle....

• **Qu'est-ce qu'une peur normale ?**

Une peur normale est une alarme efficacement calibrée dans son activation comme dans sa régulation. Dans son activation, l'alarme de peur ne se déclenche qu'à bon escient, face à un vrai danger, et non à la possibilité ou au souvenir d'un danger. Elle tient compte du contexte : si vous êtes à trois mètres d'un tigre dans la jungle, vous avez peur ; s'il est en cage, cette peur reste limitée. Et surtout son intensité est proportionnelle au danger. Dans sa régulation, la peur normale s'éteint vite et facilement, une fois que le danger est passé, ou que l'on a pris conscience qu'il n'était pas si menaçant. C'est le cas des peurs liées à la surprise : bruits violents, personnes arrivées silencieusement derrière nous. Cette régulation rapide de la peur réflexe facilite l'action adaptatrice : une fois qu'elle a joué son rôle d'alarme, la peur doit diminuer, sinon elle devient inutile et dangereuse. Nous verrons qu'une peur non régulée est ce que l'on nomme une « attaque de panique », qui annihile les capacités d'adaptation de la personne et la paralyse complètement : c'est l'équivalent d'une crise d'asthme chez un allergique.

• **Quand une peur devient-elle pathologique ?**

Une peur pathologique correspond à une alarme mal réglée, dans son activation comme dans sa régulation.

Son activation est anormale : la peur se déclenche trop souvent pour des seuils de dangerosité trop bas. Vous êtes victime de fausses alertes fréquentes, comme un animal traqué, une gazelle au point d'eau, qui sursaute et prend la fuite au moindre bruit ou mouvement de feuilles. Le déclenchement de la peur est trop fort, sans flexibilité, en tout ou rien : la peur n'est pas modulée et devient très vite une panique. Cette rigidité dans le déclenchement de la peur, ce fonctionnement de type stimulus-réponse, est épuisant. Sa régulation est anormale : l'alarme de peur n'est pas modulée. Elle peut dégénérer très vite en panique incontrôlable. C'est pourquoi beaucoup de patients phobiques souffrent du phénomène appelé « peur de la peur ». La peur pathologique met très longtemps à redescendre et à se calmer. Elle a enfin tendance à se rallumer très facilement : c'est le phénomène du *retour de la peur*.

Des peurs malades aux maladies de la peur : les phobies

• **Quelle est la différence entre peur et phobie ?**

Peurs normales	Peurs phobiques
Registre de l'émotion	Registre de la maladie
Peur d'intensité limitée, souvent contrôlable	Peur pouvant aller jusqu'à la panique, souvent incontrôlable
Associées à des situations objectivement dangereuses	Associées à des situations parfois non dangereuses
Evitements modérés, et handicap léger	Evitements importants, et handicap significatif
Peu d'anxiété anticipatoire : l'existence n'est pas organisée autour de la peur	Anxiété anticipatoire majeure : l'existence est organisée autour de la peur
Les confrontations répétées peuvent peu à peu faire diminuer l'intensité de la peur	Il est fréquent que, malgré des confrontations répétées, la peur ne diminue pas.

- **Quelle est la fréquence des peurs et des phobies ?**

La fréquence des peurs dites « simples » en population générale sur un échantillon représentatif de 8 098 personnes adultes. (Ces chiffres concernent le risque de survenue sur la vie entière)

Nature de la peur	Personnes souffrant de cette peur excessive parmi la population générale	Personnes souffrant de cette peur à un stade phobique dans la population générale
Vide et hauteurs	20.4%	5.3%
Vol en avion	13.2%	3.5%
Être enfermé (Claustrophobie)	11.9%	4.2%
Etre tout seul(e)	7.3%	3.1%
Orages, tonnerre, tempête	8.7%	2.9%
Animaux	22.2%	5.7%
Sang, blessures, injections	13.9%	4.5%
Eau	9.4%	3.4%
Tout confondu	49.5%	11.3

Fréquence des deux autres grandes familles de peurs

	Peur excessive	Peur invalidante	Phobie
Peur du regard et du jugement des autres	Timidité : 60% Trac : 30%	Anxiété sociale invalidante : 10%	Phobie sociale : 2 à 4%
Peur d'avoir un malaise et de perdre le contrôle	Attaques de paniques isolées : 30% sur la vie entière	De panique (attaques de panique répétées) : 2%	1/3 à 2/3 des paniqueurs deviennent agoraphobes)

- **Les phobies : des peurs intenses et résistantes.**

Les phobies ne se caractérisent pas seulement par l'existence de peurs excessives, elles sont de véritables maladies de la peur, avec leur dynamique propre. Une fois apparues, elles ont tendance à être chroniques, et parfois même, pour les plus sévères d'entre elles, à s'aggraver et à s'étendre.

Les enfants, qui ont de nombreuses peurs « normales » apprennent peu à peu, peur à peur, à les dépasser : tout simplement, la vie les guérit de leurs peurs, en leur offrant des occasions de s'y confronter, d'apprendre à les maîtriser. Et à en garder les bons côtés, comme la prudence, issue de l'expérience.

- **La phobie, ce n'est pas seulement la peur et la fuite, mais aussi l'échec émotionnel des confrontations avec la peur.**

Le plus souvent, les personnes phobiques doivent fuir ce qu'elles redoutent, sous l'effet de la peur et de sa morsure. Mais pas toujours. On sait que les comportements d'évitement dépendent aussi de variables de personnalité : il existe des personnes phobiques évitantes, et d'autres confrontantes.

Par exemple, vous pouvez être phobique de l'avion, et cependant vous forcer à le prendre, parce que vous l'avez décidé ou que vous y êtes obligé. Mais ces confrontations risquent d'être épuisantes et toxiques : loin de se calmer, votre peur pourra persister et même augmenter de vol en vol.

Car en réalité, la solution n'est pas seulement de se confronter en force. Elle est surtout dans la réussite émotionnelle des ces confrontations : si peu à peu j'ai moins en moins peur, c'est que mon cerveau émotionnel a « compris » qu'il n'y avait pas de danger. Et il ne reste plus qu'à continuer de le désensibiliser à la peur excessive. Si à l'inverse, plus je me confronte, plus j'ai peur, c'est que mon cerveau émotionnel reste persuadé que le danger est toujours là, même si mon intelligence et ma logique lui répètent, qu'il n'y a pas de danger.

Les très grandes peurs et les phobies : une forme de peur allergique ?

J'explique souvent à mes patients que leurs très grandes peurs sont comme des allergies.

Certaines de nos peurs sont innées, propre à notre espèce, et chaque espèce à ses peurs innées : pour l'être humain, ce sont par exemples des serpents, et pour les souris, les chats. D'autres peurs nous ont été apprises par des expériences de vie : elles surviennent si nous avons été mordus par un chien, ou après avoir échappé à une noyade.

Nos peurs normales peuvent donc être comparées à un système immunitaire de détection des dangers. Et nos peurs phobiques, hélas, ressemblent à des allergies, avec ce que l'on appelle des « réponses anaphylactiques » (*L'anaphylaxie est une réaction violente de l'organisme, liée à l'hypersensibilité à une substance donnée*) : ces flambées de peur sont aussi explosives et inadaptables qu'une poussée d'allergie ou une crise d'asthme.

Tout comme il existe une « mémoire immunologique », il existe une mémoire de la peur. Pour l'immunité, les choses se passent ainsi : à chaque réexposition à l'antigène, la réponse immunitaire sera plus rapide et plus intense. Pour la peur pathologique, on observe sur les personnes souffrant de phobie voient souvent leurs réactions de peur s'aggraver de contact en contact.

Les phobies dites « complexes », comme la phobie sociale ou l'agoraphobie, se caractérisent par d'autres symptômes surajoutés aux crises de peur, qui en aggravent l'évolution, comme une inflammation des bronches se rajoute aux crises de bronchospasme dans l'asthme chronique. Ces symptômes peuvent être une anxiété chronique, par exemple chez les sujets paniqueurs qui vivent dans la hantise d'avoir de nouvelles crises ; ou des atteintes de l'estime de soi, comme chez les phobiques sociaux qui se dévalorisent constamment.

Finalement, le message que je souhaite faire passer à mes patients, lorsque j'évoque cette comparaison, c'est qu'ils ne sont pas plus responsables de leur phobie qu'un asthmatique ne l'est de son asthme. On ne choisit pas d'être phobique : on souffre de sa maladie, et l'on aimerait bien s'en débarrasser. Il n'existe aucune complaisance des phobiques envers leur trouble, ni aucune jouissance dans le fait d'être phobique.

Comment maîtriser ses peurs ?

Si je marche en forêt et que j'aperçois au sol, juste avant d'y poser le pied, une forme ressemblant à un serpent, je vais faire un brusque saut de côté. Ce n'était qu'une inoffensive branche ; mais si cela avait été un serpent, sans cet écart il m'aurait mordu. Ma peur m'a protégé, au prix d'une fausse alerte. Cependant, cette alerte n'a pas été disproportionnée : je n'ai pas pris la fuite en courant éperdument. Le premier mouvement de la peur privilégiant la vitesse de la réaction, plutôt que la précision de la perception. C'est pourquoi aussi, comme toutes les émotions, la peur échappe à notre volonté, du moins quant à son déclenchement : il n'est pas possible d'empêcher l'apparition de nos réactions de peur. Mais nous pouvons les réguler.

Les différents visages de la peur

Comme toutes les émotions fondamentales, la peur engendre de nombreuses émotions dérivées : anxiété, angoisse, frayeur, panique...

L'anxiété est une peur anticipée. Elle est le vécu associé à l'attente, au pressentiment, ou à l'approche du danger.

L'angoisse est une anxiété avec de nombreux signes physiques. Toutes deux sont des peurs « sans objet » : le danger n'est pas encore là. Mais on a déjà peur.

La panique, la terreur, la frayeur sont des peurs marquées par leur extrême intensité. Mais, paradoxalement, elles aussi peuvent survenir en l'absence de tout danger, simplement à son évocation ou son anticipation. Elles se caractérisent par la perte de toute forme de contrôle sur la peur.

CHAPITRE 2 : D'où viennent peurs et phobies ?

Pourquoi ai-je aussi peur ?

Savoir pourquoi on est phobique est toujours très intéressant, et parfois utile pour changer. Mais parfois non, surtout si c'est la seule démarche entreprise. La recherche acharnée des causes ne doit pas remplacer l'effort au jour le jour pour maîtriser des symptômes déconnectés de leurs lointaines origines, devenue des « symptômes vestigiels », « fantôme de la névrose ancienne ».

Car il y a deux grandes questions à propos des peurs et des phobies.

La première est celle que posent -souvent- les personnes qui n'en ont pas, ou peu : d'où viennent ces peurs excessives ? De l'enfance ? De l'inconscient ?

La seconde question est celle que posent – toujours – les personnes qui en souffrent : comment puis-je m'en débarrasser ? Et comment vivre sans ces peurs constantes, qui réduisent mon autonomie, ma liberté, qui me font parfois perdre ma dignité ?

En psychologie, on a longtemps fait croire aux patients que comprendre d'où venaient leurs symptômes serait suffisant pour faire disparaître ceux-ci. Cela s'est avéré doublement faux : en

général, ce n'est pas suffisant, et parfois le but de « faire disparaître les symptômes grâce à une vraie thérapie en profondeur » est tout simplement irréaliste.

D'où viennent les phobies et leurs peurs excessives ?

- **Les explications actuelles des très grandes peurs**

On considère que les peurs pathologiques et les phobies sont le fruit d'une double influence, avec d'une part des prédispositions biologiques, essentiellement innées (*un héritage familial individuel, mais aussi une hérédité collective, au niveau de l'espèce*) et d'autre part des influences environnementales, et donc acquises (*une histoire personnelle*). Ces tendances vont ou non se révéler en fonction de l'environnement : la génétique ne fait en général que des propositions, des « promesses », que les hasards ou les nécessités de l'existence vont accomplir ou non.

Un enfant hyperémotif peut avoir des trajectoires de vie très différentes : son environnement pourra jouer un rôle aggravant – au travers d'expériences angoissantes précoces, ou d'erreurs éducatives - ou réparateur et préparateur – au travers d'expériences de vie sécurisantes sans être surprotectrices, et d'une éducation à affronter les peurs et à pacifier ses réponses émotionnelles.

Attention, il n'y a pas que la génétique qui influence notre machinerie cérébrale et nos tendances biologiques à l'anxiété : les événements de vie précoces aussi. Nos expériences de vie laissent toujours une trace dans notre cerveau. Mais cette « neuroplasticité » n'est pas à sens unique : nous verrons que les efforts produits lors des thérapies efficaces peuvent modifier en retour la dimension biologique des phobies.

Les peurs de l'enfant

Les peurs de l'enfance sont nombreuses, on le sait. C'est normal, car l'enfant est fragile, et plus un être vivant est fragile, plus la peur lui est utile : elle représente alors une protection réflexe, précieuse et indispensable par rapport aux dangers éventuels.

Tous les enfants manifestent, à un moment donné de leur développement, des peurs excessives, qui vont peu à peu s'estomper et devenir maîtrisées, sous l'effet de l'éducation et de la vie en société.

Avec le temps, la plupart des peurs de l'enfant vont disparaître. Certaines ne resteront que des peurs excessives. Mais d'autres évolueront vers des troubles phobiques. C'est pourquoi la tendance actuelle est de ne plus considérer systématiquement toutes les peurs de l'enfant comme normales, bénignes et destinées à passer avec l'âge. En effet, près de 23% d'entre elles dissimulent en fait une maladie anxieuse dont il vaut mieux se préoccuper précocement.

Nous ne sommes pas égaux face aux peurs et aux phobies : histoires de prédisposition

- **Les hypersensibles et les hyperémotifs sont-ils prédisposés à la phobie ?**

Tout le monde peut être « agressé » par son environnement, mais c'est une question de dose, et certains le seront plus vite que d'autres : les sujets hypersensibles vont percevoir les stimulations excessives de leur environnement comme des agressions douloureuses, que ces stimulations soient mécaniques (bruits, odeurs), relationnelles (interpellations, remarques) ou émotionnelles (influences de la météo, films violents). Cette vulnérabilité s'appliquerait aussi à la sensation de peur : si ces sujets se perçoivent comme craintifs et « peureux », ce ne serait pas par manque de courage, mais par excès de tumulte émotionnel face au danger.

- **Intolérance à la peur : la peur de la peur**

Beaucoup de personnes phobiques connaissent le phénomène de la peur de la peur. Les cognitivistes parlent de sensibilité anxieuse. Et cette peur de ressentir de l'anxiété, des signes avant – coureurs de peur, est fréquente dans toutes les phobies. Elle est très liée à une réceptivité accrue aux signes physiques liés à la peur.

L'apprentissage des peurs et des phobies

On considère aujourd'hui que certaines circonstances de vie peuvent nous « apprendre » à devenir phobiques. Il semble que quatre types d'apprentissages peuvent faciliter l'acquisition d'une très grande peur :

1. **Les événements de vie traumatisants** : avoir été personnellement confronté à une menace ou un danger, et en garder la trace mémoire (*une agression, un accident*)
2. **Les événements de vie pénibles et répétés** : subir de mini-traumatismes de manière régulière, sans possibilité de contrôle (*humiliations, insécurité*)
3. **L'apprentissage social, par imitation de modèles** : voir fréquemment quelqu'un, en général un des parents, avoir très peur de quelque chose

4. **L'intégration de messages de mise en garde** : avoir reçu une éducation soulignant des dangers liés à tel ou tel type de situation.

Pour conclure sur les causes des peurs et des phobies

La compréhension de l'acquisition des peurs excessives et des phobies se fait donc aujourd'hui de plus en plus vers ce que l'on appelle un modèle « bio-psycho-social », c'est-à-dire intégrant les trois dimensions :

1. **Biologique** : il existe sans doute des prédispositions biologiques à ressentir des très grandes peurs
2. **Psychologique** : l'expression de ces prédispositions pourra être facilitée ou tempérée par des styles éducatifs, des événements de vie, des modèles environnementaux
3. **Social** : certaines cultures et sociétés vont elles aussi peser sur l'évolution des troubles

CHAPITRE 3 : Les mécanismes des peurs et des phobies

La question la plus importante n'est pas : « pourquoi ai-je aussi peur ? » Mais plutôt « Pourquoi ma peur persiste-t-elle ? Malgré tous mes efforts ? Alors que je sais parfaitement qu'elle est excessive ? »

En vérité, nos grandes peurs demeurent, tout simplement parce que nous leurs obéissons. Nous leur obéissons dans nos comportements : en fuyant. Et nous leur obéissons dans nos pensées : en ne voyant plus autour de nous que dangers ou menaces. La peur met ainsi notre intelligence sous influence. Heureusement, on sait aujourd'hui comment remettre la peur à sa place.

Les trois dimensions des peurs et des phobies

1. **Emotionnelle** (*ne plus ressentir de son corps qu'un vécu oppressant*)
2. **Psychologique** (*ne plus voir le monde que comme un lieu de dangers imminents*)
3. **Comportementale** (*ne rien pouvoir faire d'autre que surveiller, pour être prêt à fuir*)

Dans un premier temps, il va s'agir de lutter contre la peur comportementale : comprendre de quoi elle se compose, et commencer à se confronter aux situations que l'on redoute. Même si l'on continue de penser qu'il existe un danger et à ressentir de la peur en le faisant. En comprenant ses peurs comportementales, et comment les affronter, on augmentera sa liberté de mouvements.

Dans un deuxième temps, la répétition de ces confrontations va permettre de modifier sa vision du monde : en y réfléchissant, au calme mais aussi à la suite de ses confrontations régulières, on va s'apercevoir que le regard porté sur les situations angoissantes peut être modifié peu à peu. En comprenant ses peurs psychologiques, et comment les modifier, on augmente sa lucidité.

Enfin, dans un troisième temps seulement, la pratique régulière des confrontations aux situations et des remises en question de ses certitudes phobiques va peu à peu « user » la réaction émotionnelle de peur, comme une allergie qui se désensibilise. En comprenant ses émotions de peur, et comment les « fatiguer », on aboutit à une pacification intérieure et au confort d'une vie sans peurs excessives.

Mécanismes comportementaux : la fuite qui aggrave

• Les évitements : logiques, mais toxiques

Les évitements phobiques sont, de loin, le meilleur moyen de maintenir la peur. Sans le vouloir, sans le savoir, la plupart des patients phobiques sont les artisans de la longévité de leur peur..

Parce qu'ils sont hypersensibles, et en raison de la violence des craintes ressenties, les patients phobiques ont, très logiquement, tendance à fuir ou à éviter les situations qui leur font peur.. Ils organisent leur vie quotidienne de façon à ne surtout pas risquer de se retrouver dans une situation qui pourrait les paniquer. Les évitements sont donc au cœur même de la phobie.

Car les comportements d'échappement (par la fuite) ou d'évitement (par des stratégies anticipatoires de non-confrontation) qui permettent de diminuer nettement l'angoisse, vont renforcer la peur, et seront donc réutilisés la fois suivante, etc. La boucle est alors bouclée, et le trouble phobique se trouve irrémédiablement autoentretenu, un peu à l'image d'une dépendance à l'alcool ou à une autre drogue. L'évitement soulage dans l'immédiat, mais maintient le patient dans une dépendance anxieuse à ses conduites d'évitement : le phobique est en quelque sorte « accro » à la fuite..

• Le génie de l'évitement

Ces évitements peuvent être de plusieurs types :

1. *Évitements de situations* .
2. *Évitements d'images, de mots, de pensées* : éviter de réfléchir à ce qui fait peur, éviter de regarder des photos etc
3. *Évitements de sensations*

- **Des évitements subtils qui aident à survivre mais pas à bien vivre. Et encore moins à vaincre la peur**

Les évitements peuvent aussi être des évitements subtils : à moins d'accepter un très lourd niveau de handicap social, il n'est pas toujours facile d'éviter certaines situations. Aussi beaucoup de patients phobiques s'y confrontent-ils sous certaines conditions. Soit ils se débrouillent pour que la confrontation soit incomplète : ils ne regardent pas ce qui leur fait peur, ils essaient de penser à autre chose, de se faire oublier dans les situations sociales, de faire leurs courses à des heures creuses etc... Soit ils utilisent des stratégies dites « contra-phobiques » pour affronter leurs peurs avec une aide : ils prennent d'abord des tranquillisants –ou ils en ont toujours dans leur poche) , ils se font accompagner par quelqu'un, etc. Mais pour subtils qu'ils soient, ce sont toujours des évitements, et leur rôle toxique et autoaggravant reste le même.

Souvent, ces évitements subtils sont inconscients aux yeux mêmes de la personne phobique, qui les confond alors avec des préférences : on transforme ainsi quelque chose de subi en un pseudo-choix de vie. « Je n'aime pas les week-ends à la campagne », au lieu de : « J'ai une peur bleue des insectes. » « C'est plus sympa de faire ses courses aux heures creuses », au lieu de : « Je panique quand je dois poireauter dans une file d'attente. »

- **Eviter d'éviter...**

Bien que compréhensibles, tous ces évitements sont un des principaux problèmes des phobies, parce qu'ils maintiennent intacte la peur. **Tant qu'une personne évite ce qu'elle redoute, même de manière subtile, son anxiété ne peut diminuer sur le long terme.**

L'ensemble des évitements phobiques représentera donc la cible privilégiée des efforts des personnes phobiques : pas de guérison possible d'une très grande peur sans confrontation. Mais cette confrontation doit se faire selon des règles très précises, permettant ce qu'on appelle une « désensibilisation » de la peur, qui peu à peu se voit désactivée. C'est ce que l'on appelle aussi une « habitude ».

Si ces règles ne sont pas respectées, il y a un risque important, au contraire, de « sensibilisation » : la peur est augmentée au fur et à mesure des contacts.

Grâce à ces efforts de confrontation, émotionnellement coûteux, et qui nécessitent souvent le soutien d'un thérapeute, on découvre peu à peu que les dangers que l'on redoutait n'existent pas. Mais on le découvre par l'expérience sur le terrain, en affrontant l'émotion de peur, et non pas au calme, à distance du danger. Cette différence est fondamentale pour « convaincre » notre cerveau émotionnel, qui est un peu comme saint Thomas qui ne croyait que ce qu'il voyait. Notre cerveau émotionnel est un sceptique : il lui faut non seulement des arguments, mais aussi des preuves...

Mécanismes psychologiques : la peur a de grands yeux

Ces grands yeux des phobiques leur servent à la fois de télescope : ils repèrent les dangers de très – trop – loin, et de loupe, voire de microscope : ils détectent les moindres détails, quitte à perdre leurs capacités de recul. Ils sont aussi extralucides : ils vont largement au-delà des faits, et n'hésitent pas à extrapoler et à anticiper les pires conséquences imaginables aux situations.

Les travaux modernes sur la manière dont les phobiques perçoivent leur environnement ont montré :

- Que leur attention est focalisée de manière pathologique sur leurs peurs : ils ne regardent pas leur environnement, ils le surveillent ;
- Qu'en cas de doute, ils préfèrent lancer l'alarme : plutôt avoir peur à tort que peur trop tard ;
- Qu'ils construisent en permanence des scénarios catastrophe : pour se protéger, mieux vaut anticiper le pire, et même l'amplifier ;
- Qu'ils se noient dans leurs sensations de peur.

Ces phénomènes psychologiques se déroulent de manière automatique, échappant à la volonté de la personne, et parfois même à sa conscience. D'où la nécessité de les connaître pour ne pas en être totalement dupe, à défaut de pouvoir empêcher l'apparition, ce qui prendra un peu plus de temps.

- **Je ne regarde pas, je surveille**

Les personnes phobiques sont en général hypervigilantes envers tout ce qui peut évoquer un stimulus phobogène, et disposent d'une capacité accrue à extraire ces informations anxiogènes du contexte. Exemple : dans une pièce, un arachnophobe va repérer la moindre toile d'araignée beaucoup plus vite que tout le monde.

Le problème, c'est que cette hypervigilance automatique augmente aussi la durée du malaise, car, une fois le danger repéré, et s'ils ne peuvent pas fuir, les phobiques préfèrent détourner le regard : trop pénible. Mais ce danger détecté, on ne peut pas non plus lui tourner le dos... D'où un inconfort notable et des allers-retours incessants entre surveillance et évitements visuels, avec ces trois séquences classiques.

1. Je passe mon temps à chercher d'où pourrait venir le danger
2. Une fois le danger détecté, c'est trop affreux et trop pénible de soutenir le regard sur cette horreur.
3. Je ne dois tout de même pas trop détourner mon attention de ce qui me fait peur car cela pourrait être dangereux
4. Finalement, la meilleure solution serait tout de même de fuir pour ne pas avoir à supporter ce dilemme.

- **On ne sait jamais**

En raison de son sentiment d'extrême vulnérabilité face à ce qui lui fait peur, le phobique se sent tenu d'être vigilant face à un environnement d'où les dangers peuvent surgir à tout instant. Au risque de s'épuiser par cette vigilance anxieuse. Et au risque de déclencher de fausses alarmes. Car il est comme un guetteur convaincu de la dangerosité et de la sauvagerie de l'ennemi : il préfère lancer l'alarme au moindre doute.

Les stimuli « ambigus » sont nombreux dans la vie quotidienne, et ils seront toujours interprétés négativement par les phobiques. Exemple : Un animal pour le zoophobe (« il prépare son attaque et va se jeter sur moi sans prévenir. »)

Les phobiques ont tendance à percevoir les choses de manière dichotomique, c'est-à-dire à les répartir en deux – et seulement deux – catégories extrêmes : sécurité ou danger. Ce raisonnement en « tout ou rien » fait qu'ils ont du mal à introduire des nuances dans leur perception de l'environnement phobogène.

Entre le « c'est trop risqué » du phobique et le « tu ne risques rien » de son entourage, conviction contre conviction, le thérapeute essaie de faire avancer un discours nuancé : « on peut voir venir le danger, et apprendre à lui faire face. »

- **Je me fais des films épouvantables**

« J'anticipe, j'interprète et j'amplifie » est en quelque sorte la devise psychologique des personnes phobiques. Ces tendances font tellement partie de leur paysage mental qu'elles finissent par ne plus attirer leur attention. Elles peuvent même ne pas avoir besoin de « voir » l'objet de leur peur pour se sentir mal.

- **Intelligence sous influence : peut-on agir ?**

Tous ces processus sont dits « préattentionnels », car ils ne dépendent pas de la volonté de la personne. Ils tendent à déclencher des alarmes souvent inutiles, et sont fatigants pour le sujet.

Il ne s'agit pas d'exercer un contrôle total sur ces processus : ce ne serait ni souhaitable ni possible. Comme ils représentent en quelque sorte les détecteurs de l'alarme qu'est la peur, il est utile qu'ils soient sensibles, mais pas trop : il faut pouvoir les régler correctement, en fonction des circonstances de vie, normales ou exceptionnelles. Or le système d'alarme qu'est la peur est trop rigide dans les phobies : toujours réglé au maximum. On va alors essayer en thérapie d'apprendre au patient à moduler tout ça, au travers de techniques psychologiques spécifiques. D'une part en s'efforçant de regarder davantage ce qui fait peur, et de moins systématiquement surveiller l'environnement. Et d'autre part en apprenant à moduler ses interprétations automatiques. Ce n'est pas facile, car les capacités de raisonnement des personnes phobiques sont très fortement sous l'emprise de leurs processus émotionnels : notre intelligence est alors sous influence.

Mécanismes émotionnels : peut-on échapper à la psychologie de la peur ?

Toutes les personnes qui ont ressenti la morsure de la peur peuvent parfaitement décrire l'intensité de sa dimension émotionnelle. Et les sujets phobiques, qui la ressentent régulièrement, peuvent aussi raconter à quel point cette activation émotionnelle est à la fois pénible, difficile à contrôler et invalidante. La réaction de peur repose sur une réalité biologique d'une grande force. Il existe un centre cérébral de la peur, une zone du cerveau nommée « *amygdalus* » amande, en raison de la forme allongée de cette région. C'est l'amygdale qui décide de lancer cette réaction d'alarme qu'est la peur. Dans des conditions normales, son fonctionnement est régulé par des structures cérébrales voisines, chargées à la fois de filtrer les informations qui vont être évaluées comme nécessitant, ou non, une réaction de peur, mais aussi de contrôler l'intensité de la peur, pour qu'elle ne soit pas

contre-productive : si elle est trop intense, elle n'aidera pas à faire les meilleurs choix face au danger.

- **Le circuit cérébral de la peur : scénario cérébral de la peur : scénario biologique d'une séquence de frayeur.**

Depuis plusieurs années, on sait qu'il existe sous notre cortex – zone des aptitudes mentales complexes, notamment dans sa partie frontale – un cerveau émotionnel un peu plus rustique, que nous partageons avec nos cousins animaux. Quand on confronte des phobiques à l'objet de leurs craintes, on observe une augmentation très significative du débit sanguin au niveau de cette partie du cerveau, siège de l'activation émotionnelle. Comment décrire de manière simplifiée ce circuit cérébral de la peur ?

Nos organes sensoriels (vision, audition, olfaction...) reçoivent des informations de l'environnement signalant la présence ou la possibilité d'un danger. Ces informations vont activer l'amygdale cérébrale, qui lance une première alarme corporelle, sous forme d'une réaction d'éveil, de sursaut, de mise en tension.

Puis la pertinence de cette alarme est évaluée par diverses structures cérébrales voisines de l'amygdale, impliquées dans le « circuit de la peur », notamment l'hippocampe, zone qui appartient aussi au cerveau émotionnel, agissant hors de notre volonté, et le cortex préfrontal, qui agit en partie – en partie seulement- en fonction de notre volonté.

Le noyau cérébral nommé « hippocampe » joue, entre autres, le rôle de comparateur avec nos expériences passées : « ai-je rencontré cette situation et cela m'a-t-il occasionné des problèmes sérieux ? » L'hippocampe est aussi capable de tenir compte du contexte autour de l'objet de la peur : par exemple un lion en cage nous provoque un discret frisson de peur (l'amygdale lance tout de même une petite réaction d'alarme), mais le fait qu'il soit en cage freine notre peur. Les phobiques ne peuvent bénéficier de ce freinage contextuel : pour eux toutes les stimulations phobiques sont prises au sérieux, et au premier degré.

Le cortex préfrontal fonctionne quant à lui comme le régulateur des réactions automatiques de peur. C'est lui qui doit intégrer toutes les informations sensorielles, émotionnelles, culturelles, personnelles... pour en tirer un plan d'action adapté aux besoins et au contexte de la situation rencontrée.

Si pour une raison ou une autre, ces deux structures, hippocampe ou cortex préfrontal, ne freinent pas l'alarme lancée par l'amygdale, alors la peur ne connaît plus de barrière, c'est la panique qui s'installe : on va prendre la fuite devant une inoffensive couleuvre, ou un simple bout de bois.

Plus les paniques ou débuts de panique se répètent, c'est-à-dire plus la phobie reste longtemps aux commandes du comportement quotidien, plus ce circuit biologique de la peur se renforce et devient fonctionnel. Les crises de peur peuvent alors se déclencher seules, de façon apparemment absurde, un peu comme un logiciel devenu fou qui se lancerait tout seul sur votre écran d'ordinateur, à la suite d'une manœuvre à laquelle vous n'avez même pas prêté attention...

- **Les rapports entre amygdale et cortex préfrontal : combat ou collaboration ?**

Dans les peurs pathologiques, c'est clairement l'amygdale qui a pris le pouvoir ? Ce phénomène peut connaître plusieurs causes : le plus souvent il s'agit de prédispositions tempéramentales, ou d'expériences de vie. Car l'amygdale « apprend » et mémorise parfaitement les expériences et conditionnements de peur.

- **Câblés pour la peur**

Nous sommes câblés pour la peur dès notre naissance et c'est la vie qui va peu à peu nous apprendre à nous montrer sélectifs envers nos peurs : ce qu'on va nous apprendre, ce que nous allons observer autour de nous, ce qu'on va soi-même expérimenter..

En fonction de son environnement, chaque humain va procéder à des réglages de son logiciel de peurs : la sensibilité à certaines peurs sera réglée au plus bas ; les peurs utiles à la survie quotidienne, par contre, seront réglées de manière plus sensible. Et, dans tous les cas, nous pouvons modifier ces réglages, si nos besoins ou notre environnement changent. De plus, le déclenchement des réactions de peur ne « plante » pas à tout bout de champ notre ordinateur : nous ne ressentons pas constamment des attaques de panique face aux problèmes.

Ainsi, nous n'avons pas besoin *d'apprendre à avoir peur* (nous sommes équipés par la nature pour cela) mais *d'apprendre de quoi* avoir peur, et aussi de quoi *ne plus* avoir peur !

- **Dérèglements divers liés à la biologie de la peur.**

Le système nerveux sympathique des patients phobiques est toujours à un niveau de fonctionnement trop élevé (en langage courant, ils sont toujours « sous tension »), ce qui explique ces embrasements, comme des éclairs de chaleur en plein été à la suite de journées caniculaires.

Enfin, le retour de la peur : la phobie a la mémoire longue. Même lorsqu'on aura fait des progrès, affronté victorieusement ses craintes, changé son regard sur le monde (moins de scénarios catastrophes), la peur peut toujours faire un come-back, comme une vieille vedette de la chanson que plus personne n'a pourtant envie d'écouter...C'est qu'en réalité notre cerveau n'oublie jamais ses peurs, et les garde archivées, en sommeil. Il peut donc suffire, alors qu'on avait vaincu ses craintes, d'une confrontation à une situation autrefois paniquante, ajoutée à une baisse de forme, pour qu'une onde de peur revienne. Cela peut décourager les plus fragiles : « tous ces efforts pour rien »

Mais, en réalité, ces retours de la peur sont tout à fait contrôlables par les patients qui en ont été avisés, et surtout ceux qui ont travaillé par thérapie comportementale : ils savent parfaitement quoi faire pour en limiter l'extension, et les faire rentrer dans l'ombre, si d'aventure les vieux réflexes émotionnels pointaient à nouveau le bout de leur nez.

- **Comment « calmer » l'amygdale cérébrale ?**

Ce qui marche dans un sens – la sensibilisation de la peur – peut marcher dans l'autre – sa désensibilisation.

Je peux agir sur mon cerveau, je peux le reconfigurer, pour que les émotions pathologiques que je subis ne soient plus une fatalité.

Mais cela ne peut se faire que de manière progressive. Il s'agit d'un véritable apprentissage. Et pas seulement apprendre la théorie, mais pratiquer régulièrement. Je peux apprendre à dompter mes peurs excessives, mais cela va nécessiter des efforts, sur une certaine durée. Quelques semaines à quelques années, selon les phobies, et leur ancienneté. Attention, cela ne veut pas dire qu'il faudra tout ce temps pour commencer à aller mieux : les premiers bénéfices peuvent être rapides. Cela veut dire qu'il faudra tout ce temps pour se sentir vraiment en sécurité, c'est-à-dire non pas à l'abri de la peur (ce n'est pas possible ni souhaitable) mais capable de la réguler.

« Donne –moi du courage de changer ce que je peux changer, la force de supporter ce que je ne peux changer, et l'intelligence de faire la différence entre les deux »

Du courage, il en faut aux personnes phobiques, d'autant plus que les peurs contre lesquelles elles luttent sont invisibles aux yeux d'autrui. Personne, en dehors de leurs proches ou leur thérapeute, ne les admirera à leur juste valeur. Elles mèneront leur combat dans l'ombre.

Elles auront aussi besoin de force d'âme, pour accepter les difficultés rencontrées en chemin, les échecs – même transitoires. La peur est un adversaire coriace, et il ne suffit pas de décider de lutter contre elle, et de le faire, pour que la partie soit facile. Les progrès se font en général en dents de scie plus que de manière linéaire. Ce n'est pas une bataille qu'il faut gagner, mais une guerre.

Elles devront faire preuve de ténacité, car nous avons vu que le travail de pacification émotionnelle qu'elles avaient à conduire était long : il ne s'agit rien de moins que de reconfigurer son fonctionnement cérébral, et de plus dans des zones particulièrement peu accessibles à notre volonté.

Il leur faudra enfin du discernement, afin que leurs efforts pour se confronter ne soient pas de violences faites à elles-mêmes : nous verrons qu'il faut se stimuler et s'encourager, et non se harceler ou se réprimander. C'est un mélange subtil d'exigence envers soi-même et de tolérance qui va s'avérer le plus efficace.

En la matière, c'est souvent le thérapeute qui montre la voie, en stimulant son patient, sans jamais oublier que ce qu'il lui demande de faire est difficile. Lorsque je pousse mes patients phobiques à affronter des situations qui les angoissent, il m'arrive d'avoir parfois des scrupules, car je vois bien que je leur fais passer un sale moment. Et que finalement nous serions bien plus tranquilles à discuter de leur enfance dans mon bureau qu'à nous balader dans le métro, à courir après de pigeons, eu à demander notre chemin à tous les passants de la rue.

CHAPITRE 4 : Comment faire face à la peur : premières pistes

« Il faut rendre la vie impossible à nos peurs, sinon ce sont elles qui rendront notre vie impossible »

Voici les 10 commandements de la lutte antipeur que nous allons maintenant détailler :

1. Désobéissez à vos peurs
2. Informez-vous vraiment sur ce qui vous fait peur

3. N'ayez plus peur de la peur
4. Modifiez votre vision du monde
5. Confrontez-vous selon les règles
6. Respectez-vous et faites respecter vos peurs par les autres
7. Réfléchissez à votre peur, son histoire et sa fonction
8. Prenez soin de vous
9. Apprenez à vous relaxer et à méditer
10. Maintenez vos efforts sur la durée.

1. Désobéissez à vos peurs

Si vous obéissez à la peur chaque fois qu'elle vous dit « ne fais cela », « baisse les yeux », « prends la fuite », alors elle n'a aucune raison de diminuer, encore moins de disparaître.

Il faut considérer la phobie comme un hôte indésirable, dont on va tout faire pour qu'il n'ait pas envie de prolonger son séjour. Il faut rendre la vie impossible à la phobie ; car sinon, c'est la phobie qui rendra votre vie impossible.

Là où les personnes phobiques aimeraient redevenir autonomes et sereines, la phobie, elle, tend à les maintenir dans la dépendance de la peur. Il est donc capital que je me dissocie de ma peur, que je comprenne que mes intérêts sont divergents des siens. Sinon, au bout d'un certain temps d'évolution, les évitements, imposés par la peur, auront tendance à se présenter comme des pseudo-choix personnels.

En affrontant ce que la phobie nous ordonne d'éviter, on va ressentir automatiquement une augmentation de la peur et de l'inconfort émotionnel. Mais souvenez-vous qu'en obéissant à la phobie, par vos évitements, vous achetez au prix fort votre tranquillité : pour un peu de tranquillité sur le moment, vous sacrifiez votre avenir.

Mais attention, la lutte contre une phobie n'est pas une bataille, c'est une guerre d'usure. Il ne suffit pas de remporter un combat, et de mettre ponctuellement l'adversaire en fuite : il faut peu à peu remporter toutes les batailles, jusqu'à son recul complet et durable. Repoussez l'adversaire là où il doit être : derrières les frontières de la peur normale. Ne pactisez plus : bagarrez-vous ! Acceptez de ce fait que votre vie soit moins tranquille pendant quelques temps : de toute façon, la vie avec la phobie, ce n'est pas la vie dont vous rêviez, n'est-ce pas ?

Vous n'êtes pas coupable de votre phobie. Vous êtes en revanche responsable de la lutte contre la phobie. Il est important que vous changiez votre attitude mentale : passer du subir à l'agir, de la position de victime à celle de combattant. Mais attention, ce n'est pas la peur que vous souhaitez faire reculer, c'est la phobie, c'est-à-dire l'excès de peur, et l'ensemble des réactions inadaptées à la peur.

2. Informez-vous vraiment sur ce qui vous fait peur

Ce n'est pas que les phobiques ne s'intéressent pas à ce qui leur fait peur. C'est plutôt qu'ils s'y intéressent mal : de façon partielle et trop superficielle.

Partielle, car ils tendent à ne collecter que les informations qui confirment leurs craintes. Exemple : Les phobiques de l'avion ont souvent en mémoire des grandes catastrophes aériennes ; mais ils sont moins frappés par l'immense majorité des avions qui ne s'écrasent pas.

L'abord que les patients ont de ce qui leur fait peur est aussi superficiel, car, dans un réflexe compréhensible, ils évitent tout ce qui leur rappelle leur phobie. En procédant ainsi, ils se maintiennent dans un état d'ignorance tel qu'ils peuvent continuer de fantasmer sur tout un tas de dangers.

Il est donc important de se pencher différemment sur l'objet de vos craintes, et d'obtenir toutes les informations nécessaires.

QUESTIONS les plus fréquemment posées par les personnes phobiques,
et quelques éléments de réponses

Type de phobie	Craintes possibles	Réponses rationnelles
Phobie de l'étouffement	Peut-on s'étouffer en avalant de travers ?	Non, à moins d'être très âgé, ou de souffrir de maladies spécifiques dont vous seriez informé.
Phobie des araignées	Une araignée peut-elle être agressive sous l'effet de l'affolement ?	Elle n'a qu'une envie, comme vous, celle de fuir. Aucunement celle de vous attaquer, surtout si vous vous tenez à distance : vous êtes une proie bien trop énorme !
Phobie d'impulsion	Peut-on perdre le contrôle de soi et faire du mal à quelqu'un, en frappant ou en l'insultant ?	Seulement sous l'effet de la colère, et non de la peur, et cela n'a rien à voir avec la phobie
Claustrophobie	Lorsqu'un ascenseur (ou une rame de métro) se bloque, y a-t-il un moment où l'on va manquer d'air ?	Non, l'air circule bien dans les ascenseurs et les tunnels. Ce n'est pas un air de première qualité, mais il est largement suffisant pour que vous puissiez y passer des heures sans danger, quoique sans confort. Il ne faut pas confondre inconfort et danger.
Phobie de l'eau	Peut-on couler et se noyer si on s'affole ?	Un adulte normalement constitué a toujours des réflexes de survie qui lui permettent de surnager le temps que les secours arrivent.
Trouble panique (phobie du malaise et de la perte de contrôle de soi)	Peut-on devenir fou lors d'une crise d'angoisse ?	Non, on a cette impression, mais aucun cas de ce type n'a jamais été signalé dans l'histoire de la psychiatrie moderne.
Phobie des orages	La foudre peut-elle frapper quelqu'un à l'intérieur d'une maison ?	Non, elle ne peut vous frapper qu'à l'extérieur, si vous êtes debout en plein champ, ou sous un arbre. Elle peut frapper aussi – très rarement – vos appareils ménagers, en suivant les fils électriques, téléphoniques, ou l'antenne TV. Mais vous ne risquez rien si vous ne manipulez pas ces appareils durant l'orage.
Phobie sociale	Juge-t-on plus négativement les gens qui rougissent ?	Non, dans la plupart des situations, les interlocuteurs ont une vision tolérante du rougissement.
Phobie du vide	Peut-on perdre la tête et se jeter dans le vide si on a un vertige trop fort ?	Jamais, bien évidemment. Mais la plupart des acrophobes se « voient » le faire : leurs craintes se transforment en images impressionnantes.
Phobie de la conduite	Peut-on avoir un malaise brutal, qu'on ne sente pas venir, et provoquer un accident ?	Il faudrait pour cela que vous souffriez d'une maladie particulière (épilepsie mal stabilisée par le traitement, narcolepsie..) et vous seriez, là encore, probablement au courant
Beaucoup de phobies..	Peut-on mourir de peur ?	Non, malgré de nombreuses histoires qui courent à ce sujet. A moins que vous ne soyez atteint de maladie cardiaque, avec des coronaires en très mauvais état. Vous seriez au courant.

3. N'ayez plus peur de la peur

La démarche de la personne phobique ne doit pas seulement être basée sur la confrontation avec la peur, mais aussi sur l'acceptation d'une certaine dose de peur.

Ce travail d'acceptation est d'autant plus utile et nécessaire que de nombreuses émotions négatives sont liées à la survenue ou au retour de la peur : accepter sa peur, c'est arriver à ne plus éprouver face à elle ni crainte, ni honte, ni tristesse. C'est ne plus considérer la peur comme un défaut de force ou de volonté, et ne plus porter un jugement moral sur sa survenue, mais simplement la considérer comme un problème et essayer de la résoudre semaine après semaine.

- **Ne plus avoir peur de la peur**

Le phénomène de la peur de la peur décrit ce sentiment, très fréquent chez les personnes phobiques, de perte de contrôle en cas de survenue de la peur. De ce fait elles essaient à tout prix de ne pas commencer à ressentir de la peur, car elles ne savent pas où finira une peur débutante. Ou plutôt, elles pensent le savoir : cela finira par la folie, un arrêt cardiaque, ou quelque chose de ce style... Nous allons voir que la seule solution, c'est de s'entraîner de nouveau à avoir peur, régulièrement, dans des circonstances contrôlées : c'est **la thérapie par exposition**.

- **Ne plus avoir honte de la peur.**

Considérez votre peur comme un problème à résoudre.

- **Ne plus être triste d'avoir peur.**

Il existe encore trop de croyances erronées à propos du changement psychologique. On le perçoit encore comme fonctionnant par « déclic » : une fois que j'aurai compris pourquoi j'ai ce problème, ou que je l'aurai affronté, il sera réglé. Il s'agit évidemment d'une vision illusoire de la psychothérapie.

Les vraies thérapies – hélas – ne fonctionnent pas de la sorte. Elles ressemblent davantage à des apprentissages, c'est-à-dire à ce qui se passe lorsque vous essayez d'arrêter de fumer ou d'apprendre à skier : on souffre, on essaie, ça marche puis ça ne marche pas, puis ça remarche.. Un peu décourageant, mais si on persévère, on y arrive toujours : un beau jour, à l'occasion d'une confrontation imprévue, on réalise que les anciens réflexes ont complètement disparus.

4. Modifiez votre vision du monde

Nous avons déjà parlé de la capacité des personnes phobiques à déceler très tôt les signes de danger éventuel. Cela souvent à tort, leurs réactions de peur s'apparentent alors à de fausses alarmes. Mais il faut comprendre que ces réactions s'inscrivent dans un contexte plus vaste encore, et dans une véritable vision du monde, qui repose sur trois grandes familles de craintes phobiques :

1. *Le monde est dangereux*, et j'ai peur de tout ce qui peut se passer (le danger règne à l'extérieur)
2. *Je ne suis pas fiable*, et j'ai de mes propres réactions (le danger peut aussi venir de l'intérieur)
3. *Je ne suis pas capable de faire face*, et je ne peux pas me faire confiance (je ne peux survivre que par la fuite ou l'évitement)

- **Le monde est dangereux : le rôle des scénarios catastrophe**

Exemple : « Si je ferme la porte à clé, elle va se bloquer et je ne pourrai plus sortir et j'aurai un malaise. Personne ne pensera que je suis en train d'agoniser dans les WC. On ne retrouvera que mon cadavre. »

Ces scénarios catastrophe apparaissent comme hautement probables à la personne phobique, avec deux conséquences majeures : ils favorisent les évitements, et provoquent de la détresse.

La confrontation à ces scénarios catastrophe, par la réflexion et surtout par l'action, ce que les thérapeutes cognitivistes appellent joliment des « épreuves de réalité », est évidemment un des fondements de toute thérapie des phobies.

Mais il arrive aussi que certains patients n'éprouvent pas de contenus ainsi « mentalisés » à leurs peurs : ils ressentent simplement une peur dévastatrice et viscérale, sans avoir clairement à l'esprit, du moins sur le moment, ce qui leur fait peur. Leurs phobies n'en sont pas moins pénibles.

- **Je ne suis pas fiable et mes réactions peuvent me desservir : le danger est en moi-même**

La spirale de la peur de la peur est assez largement alimentée par le « raisonnement émotionnel », qui consiste à interpréter ses réactions physiques de peur comme la preuve qu'il y a bien un danger. Cette confusion entre ce que l'on ressent et ce qui est réellement en jeu illustre bien un autre des paradoxes phobiques : le mauvais usage d'une réelle hypersensibilité, qui nous précipite dans l'effolement plutôt que dans des stratégies d'adaptation à l'environnement.

- **Je ne suis pas capable : le sentiment de contrôle déficient**

Les personnes phobiques ont le plus souvent la conviction qu'elles disposent de peu de ressources pour faire face à la situation.

Si elles ne peuvent éviter les situations, elles auront donc tendance à devenir dépendantes de solutions externes : être toujours accompagné, garder sous la main son téléphone portable, des médicaments au cas où...

C'est aussi ce qui explique qu'elles inspectent instantanément toutes les possibilités de recours dans les situations angoissantes.

Ces précautions représentent en fait une forme atténuée d'évitements, et posent les mêmes problèmes : elles empêchent de vérifier que le danger n'existe pas. Elles seront donc peu à peu combattues elles aussi. Même si elles ont l'avantage relatif, par rapport aux « vrais » évitements, de permettre un certain degré de confrontation.

- **Peur avant, peur pendant, peur après : peur toujours**

Plus une phobie est sévère et complexe, plus elle va habiter en permanence le quotidien de la personne, même en dehors des moments de confrontation : on sera mal avant, pendant et après les confrontations....

Avoir peur longtemps à l'avance lorsqu'on sait qu'on va devoir se confronter est un phénomène classique.

Cette anxiété anticipatoire est bien connue, mais un phénomène reste encore à étudier, qui me semble très important, c'est la rumination postconfrontation. On sait depuis longtemps que les déprimés ruminent beaucoup, et que face à des situations d'échec, ils tendent à se rappeler tous leurs ratages antérieurs, ce qui aggrave encore leur humeur triste.

Les séquences chronologiques de la peur excessive

Moment	Mécanisme psychologique prédominant	Conséquences
Avant la confrontation	J'anticipe tous les problèmes possibles (scénarios catastrophe)	Augmentation de la peur anticipée (anxiété) et du sentiment de vulnérabilité
Pendant la confrontation	Je me focalise sur les signaux de danger (externes ou internes) et je fais une lecture négative des éléments ambigus	Augmentation de la peur, diminution des capacités adaptatives à la situation
Après la confrontation	Je me remémore les éléments angoissants ou dévalorisants de ce qui s'est passé	Honte, maintien d'un sentiment de vulnérabilité pour les prochains affrontements.

5. Confrontez-vous selon les règles

Aucun progrès ne peut se faire sans confrontation avec la peur : c'est ce qu'on appelle en thérapie comportementale **les techniques d'exposition**. Si vous souffrez de phobie, il est probable que vous aurez à les mettre en place avec l'aide d'un professionnel de santé. Ces confrontations doivent obéir à des règles très précises pour être efficaces.

- **Pourquoi se confronter ?**

Vous allez devoir descendre dans l'arène. Pour apprendre à réguler les émotions liées à la phobie, au lieu de les subir. Pour mettre en place de nouvelles façons d'agir et de réagir, au lieu de fuir. Pour acquérir de nouvelles façons de penser et de percevoir les situations, au lieu de toujours n'y voir que du danger, sans jamais vérifier réellement si ce même danger survient réellement.

- **Les règles à respecter pour éteindre durablement les peurs phobiques**

a) L'exposition doit être longue

Il faut rester dans la situation angoissante pendant un temps suffisamment long pour voir sa peur commencer à diminuer. En pratique, on considère que l'angoisse doit avoir diminué de 50% au moins avant qu'un exercice de confrontation puisse prendre fin. Les exercices d'exposition peuvent donc difficilement durer moins de 45 minutes. Je recommande à mes patients, lorsqu'ils les effectuent eux-mêmes, de toujours prévoir une heure ou deux devant eux. La phobie est une maladie à temps plein : si vous cherchez à la faire reculer en dilettante (sans application) et à temps partiel, vos chances sont maigres...Les travaux expérimentaux sur le déroulement d'une séquence

de peur montrent en effet que si la personne reste suffisamment longtemps confrontée à la situation redoutée, sa frayeur finit toujours par diminuer notablement. Le problème, c'est que les patients ne se maintiennent en général pas dans situation angoissante, parce qu'ils anticipent que la peur va indéfiniment monter et s'accroître, jusqu'à atteindre un niveau insupportable ou dangereux ; ou bien qu'elle va rester à son niveau le plus élevé et ne jamais diminuer. Ils en arrivent donc à la conclusion qu'il faut fuir la situation, physiquement ou mentalement, pour survivre. Ces deux anticipations sont bien sûr erronées, mais tant que le patient n'ira pas jusqu'au bout pour les vérifier, le doute subsistera : « si je n'avais pas pris la fuite, une catastrophe serait certainement arrivée. »

b) L'exposition doit être complète

Il ne faut pas qu'il y ait, pendant l'exposition, d'évitements dits « subtils ». Chaque personne phobique doit apprendre à repérer ces petits trucages inconscients qui risquent sinon d'altérer l'efficacité des exercices.

c) Les expositions doivent être répétées

Pour traiter efficacement une très grande peur, une fois ne suffit pas, et les exercices doivent être régulièrement recommencés. C'est cette répétition qui fera que peu à peu l'intensité et la durée de la peur baisseront, et ce durablement, parce que vos efforts auront un impact biologique, au travers de la neuroplasticité, cette reconfiguration de vos synapses cérébrales dont nous avons parlé au début de ce livre. Au fur et à mesure des expositions, l'anxiété montera moins haut, et durera moins longtemps. N'oubliez pas : vous devez peu à peu apprendre à votre cerveau émotionnel qu'il n'y a pas de danger, et cet apprentissage, comme tous les apprentissages, nécessite des répétitions régulières. Vous avez à « user » la réaction conditionnée de peur.

d) L'exposition doit être progressive

On recommande dans la plupart des cas de commencer par s'exposer progressivement à des situations de difficulté croissante. Inutile de se faire violence et de se sentir perdre pied : cela serait alors contre-productif. Si cela vous arrivait, cela voudrait dire que vous avez visé trop haut, et qu'il faut vous fixer un objectif plus modeste. Vous devez en effet établir une liste d'objectifs, qui représenteront autant d'étapes à franchir les unes après les autres.

6. Respectez-vous et faites respecter vos peurs par les autres

Les efforts de confrontation que nous venons d'évoquer sont infiniment plus subtils et délicats qu'on ne pourrait le penser. Guérir de sa phobie, ce n'est pas seulement essayer de passer en force au travers de ses peurs, c'est reconstruire, sur la durée, un rapport différent à ces peurs allergiques que sont les peurs phobiques. Ce travail s'inscrit dans le temps, ce qui suppose de connaître ses forces, de savoir s'économiser, et surtout de se respecter : se stimuler sans se faire violence. Le mot d'ordre en matière de confrontation à ses peurs est d'aller toujours un peu au-delà de ce que l'on aurait fait spontanément, mais non de s'user dans des combats épuisants. Et de se souvenir que l'objectif n'est pas de devenir un personne sans peur, mais une personne qui ne se laisse ni diriger ni déborder par ses peurs.

Autre chose : pour les phobies complexes, qui ont tendance à envahir votre existence dans tous ses aspects, et à provoquer de sérieuses baisses d'estime de soi, et des états dépressifs, pensez à ne pas vous réduire à votre phobie. Voici à ce propos ce que je rappelle à mes patients sur nos groupes de thérapie : « vous n'êtes pas des phobiques, et surtout pas que des phobiques ! Même si la souffrance tend à vous faire oublier tout le reste, comme des douleurs chroniques. *Vous êtes simplement des personnes normales qui souffrent de phobie.*

Soyez respectueux envers vous-même. Cela vous permettra d'inciter les autres à se montrer respectueux envers vous. Sans que vous ayez, comme le croient beaucoup de phobiques, à dissimuler vos peurs.

De façon générale, la règle la plus adaptée semble être de se simplifier la vie : en parler clairement et sans se dévaloriser.

7. Réfléchissez à votre peur, son histoire, sa fonction...mais ne vous perdez pas en route

• Il faut toujours réfléchir à l'histoire de ses peurs

Le combat contre ses peurs se gagne toujours au présent : ressasser son passé n'est jamais la solution pour se débarrasser de ses phobies. Ce qui ne veut pas dire qu'il faut complètement l'ignorer. Réfléchir à l'histoire de sa phobie est donc toujours une étape utile. Parce que cela permet de comprendre comment elle s'est installée et comment nous l'avons ensuite – inconsciemment – nourrie et maintenue. Toutefois, il faut savoir que l'histoire que nous nous racontons de notre propre phobie est toujours une reconstruction, incertaine et approximative. Elle n'est qu'un ensemble d'hypothèses explicatives.

8. Prenez soin de vous : peurs, phobies et hygiène de vie

- **Exercice physique**

Tout exercice physique est bénéfique aux personnes souffrant de très grandes peurs.

La dose d'exercice souhaitable semble être l'équivalent de trois fois une demi-heure de marche par semaine, sur un rythme aussi rapide que possible. A vos baskets !

- **Le stress aggrave les peurs**

Plus vous serez stressé par la vie de tous les jours, plus votre phobie s'exprimera et vous gênera. On sait que l'activation du système nerveux sympathique, qui est une des composantes du stress, facilite nettement les conditionnements anxieux : si l'on est déjà stressé par d'autres raisons, une expérience désagréable laissera en nous des traces plus profondes et plus durables. Plus vous serez tendus, plus les occasions d'avoir peur se transformeront en expériences émotionnelles pénibles, et laisseront des traces durables et douloureuses.

9. Apprenez à vous relaxer

- **Pourquoi et comment se relaxer ?**

Les exercices de relaxation peuvent permettre aux personnes phobiques de muscler le système de « freinage émotionnel » que représente le système nerveux parasympathique, car la tension physique dépend de l'activation du système sympathique, dont le parasympathique est l'antagoniste. La relaxation active le système parasympathique, celui qui facilite le ralentissement du rythme cardiaque, le relâchement des muscles, et autres manifestations opposées à celles que déclenche la peur.

La relaxation est donc très utile.

10. Maintenez vos efforts dans la durée

Peut-on vraiment guérir d'une phobie ? Peut-on un jour se retrouver définitivement débarrassé de ses peurs ? Ou doit-on accepter un petit fond de tendances phobiques ? C'est tout le problème de la définition de la guérison d'une phobie, dont nous allons parler dès le prochain chapitre.

Il semble qu'en réalité on reste toujours, d'une certaine façon, un « ancien phobique ». L'expérience de la très grande peur s'étale en général sur plusieurs années de vie, et elle représente donc un morceau de soi que l'on ne peut effacer. D'autre part, les vulnérabilités émotionnelles qui ont été à son origine restent le plus souvent en place. Mais le plus important, c'est que si l'on a su surmonter sa phobie une fois, c'est comme faire du vélo, cela ne s'oublie pas.

Le suivi que nous avons de nos anciens patients phobiques montre que la plupart d'entre eux sont mieux protégés du retour des peurs pathologiques s'ils maintiennent sur la durée tous les efforts dont nous venons de parler. Cela leur est d'autant plus facile qu'avec le temps, ce qui était effort tend peu à peu à devenir automatisme et style de vie.

Continuer les exercices d'exposition de la peur sous forme d'une sorte de « gymnastique psychoémotionnelle » représente sans doute la méthode la plus efficace. Nous encourageons ainsi nos patients à pratiquer régulièrement des confrontations avec leurs « peurs préférées ».

Ces « piqûres de rappel » semblent jouer un rôle important en termes de maintien des progrès effectués, et représenter une bonne arme antirechute. Elles consolident les mécanismes naturels de cicatrisation de peurs phobiques. Car au fond, le but de tous ces efforts, c'est bien cela : permettre aux expériences de vie de nous enrichir et non de nous fragiliser.

CHAPITRE 5 : Tout savoir sur le traitement des phobies

Que signifie guérir de ses peurs ?

Guérir, c'est retrouver sa liberté de mouvements, et non pas s'adapter à ses peurs excessives, ou s'habituer à leurs tyrannies.

C'est aussi avoir appris à leur faire face pour l'avenir. Car les très grandes peurs ont la mémoire longue, et cherchent souvent à revenir.

Elles ne sont pas des phénomènes immatériels : elles nichent au fond de notre cerveau. C'est pourquoi tout traitement doit prendre en compte la dimension biologique des peurs excessives.

Les médicaments savent le faire, bien sûr. Mais l'incroyable découverte de ces dernières années, c'est que les psychothérapies en sont aussi capables : nos efforts peuvent modifier l'architecture de notre cerveau. Cela s'appelle la neuroplasticité. C'est le traitement le plus écologique que l'on puisse imaginer contre les très grandes peurs. Et c'est une bonne nouvelle pour les personnes dont la vie est gâchée par la peur...

Peut-on guérir d'une phobie ?

Guérir quelqu'un, ce n'est pas seulement avoir fait reculer ses symptômes, ou même les avoir supprimés. C'est aussi lui avoir appris à leur faire face s'ils surviennent à nouveau.

En raison de ses racines biologiques, la phobie est une forme de vulnérabilité chronique, dont le traitement suppose tout un apprentissage destiné à juguler les peurs qu'elle engendre. Cela influence donc la manière dont on va définir ce qu'est la guérison d'une phobie.

- **Guérir c'est d'abord voir diminuer ou disparaître ses symptômes**

La guérison d'une phobie suppose la très nette diminution de ses symptômes, en nombre et en intensité. Parmi ces symptômes, les plus gênants, ceux pour lesquels les patients viennent consulter et dont ils souhaitent être débarrassés, sont les manifestations émotionnelles (peur et parfois honte) et les manifestations comportementales (évitements).

Par exemple, guérir d'une phobie de pigeons, c'est ne plus avoir peur des pigeons, ou n'en avoir qu'une peur modérée, qui n'entraîne ni évitements : « je ne fais plus de longs détours pour ne pas avoir à traverser le square », ni incapacité à faire face : « si un pigeon plus intrépide que les autres s'approche trop de moi, ou de mon enfant dans le bac à sable, je suis capable de le chasser sans trembler de frayeur »

Mais une autre question se pose alors aussitôt : faut-il faire *totalem*ent disparaître tous les symptômes de peur ? Est-ce que guérir d'une phobie c'est ne *plus jamais* être exposé au risque de ressentir la peur ?

Non, le but de la thérapie, c'est que la peur reste modérée dans son intensité : objectif quantitatif ; mais surtout qu'elle soit surmontable : objectif qualitatif.

- **Guérir, c'est aussi avoir appris à faire face à ses peurs.**

C'est pourquoi le second critère indispensable pour parler de guérison, c'est la capacité à faire face au retour de la peur.

Ce retour de la peur est souvent un facteur de découragement des patients : après avoir fait des progrès, ils se trouvent secoués par une nouvelle attaque de peur, qui peut les pousser à nouveau à fuir. Est-ce une rechute ? ou la preuve que leurs efforts n'ont servi à rien ? Non, c'est simplement le processus normal de guérison : la peur ne disparaît pas en une seule fois, il y aura de nouvelles éruptions, mais qui peu à peu vont être plus rares, moins intenses, moins déstabilisantes.

Cela suppose que la personne ait pris une part active à son amélioration, qu'elle ait compris les mécanismes de la peur, et qu'elle ait déjà expérimenté sur le terrain, avec l'aide du thérapeute, de quelle façon on pouvait lutter contre une montée d'angoisse. **C'est pourquoi, nous le verrons, la simple prise de médicaments ou les rémissions spontanées rares mais possibles, peuvent soulager et permettre des rémissions (c'est ainsi qu'on désigne le recul des symptômes), mais non authentiques guérisons, selon nos critères.**

- **De quels outils disposons-nous aujourd'hui pour guérir ?**

Il existe plusieurs portes d'entrée dans la guérison, ce qui n'est pas étonnant, vu la complexité des mécanismes des phobies. Il est probable que chaque méthode de thérapie est capable de guérir des patients phobiques.

Pour les médicaments, ces questions sont, le plus souvent : quels vont être les effets de cette molécule sur les différentes manifestations de la phobie ? Serai-je seulement calmé(e) ? Ou vais-je aussi pouvoir affronter les situations qui me font si peur aujourd'hui ? Vais-je ressentir des effets indésirables ? Y aura-t-il un maintien de mes progrès après l'arrêt des médicaments ?

Nous allons voir que, sur le plan médicamenteux, la tendance actuelle est de moins utiliser les tranquillisants, et de leur préférer certains anti-dépresseurs bien particuliers, qui agissent sur un neuro-transmetteur appelé sérotonine, d'où leur appellation de « sérotoninergiques ». Ce sont ces médicaments qui ont été l'objet du plus grand nombre d'études quant à leur efficacité dans le traitement des phobies.

Les psychothérapies à recommander en première intention pour le traitement des troubles phobiques sont les thérapies comportementales et cognitives (TTC). Un des avantages des TTC sur les médicaments, c'est que les changements biologiques provoqués au niveau cérébral sont en quelque sorte « autoproducts », comme si on avait soi-même fabriqué un médicament endogène.

Les nécessaires voies biologiques de la guérison

Rappelons rapidement les données sur le « pourquoi » d'une phobie.

1. La nature nous a préparés à avoir normalement peur d'un certain nombre de choses (animaux, vide, noir, personnes inconnues...)

2. Ces peurs reposent sur des circuits cérébraux propres à tout le genre humain.
3. Les hasards de la génétique ou de la vie ont fait que certains d'entre nous vont ressentir de « très grandes peurs »
4. Ces très grandes peurs que sont les peurs phobiques correspondent à un dérèglement des circuits cérébraux de la peur normale, trop d'activation et pas assez de régulation. Tout comme les allergies reposent sur un dérèglement de l'immunité normale, ou l'hypertension artérielle sur un dérèglement des mécanismes modulant notre pression sanguine.

- **Guérir son cerveau pour guérir son esprit**

Si complexe qu'il soit, le cerveau est un organe de notre corps, et nos pensées comme nos émotions reposent sur une base *matérielle*. Celle-ci est faite d'échanges d'informations entre nos neurones (les cellules de notre cerveau) par le biais des synapses (système de connexion entre ces cellules). Un traitement efficace se doit obligatoirement d'agir sur cette dimension biologique, de façon directe, comme les médicaments, ou de façon indirecte, comme les TCC.

- **Modifier son architecture cérébrale**

Il est donc probable que les psychothérapies les plus efficaces sont celles où existe une activation émotionnelle, qui va permettre une reconfiguration, une mise en place de nouvelles connexions synaptiques. Toute thérapie prétendant agir sur les phobies doit être trempée dans l'expérience émotionnelle. Mais il ne s'agit pas seulement de « libérer ses émotions », ou de les ressentir violemment pour progresser. Il est indispensable que cette expérience de confrontation aux peurs, assez douloureuse par ailleurs, soit encadrée, et canalisée par des comportements et des styles de pensée adéquats. C'est ce que s'attachent à proposer les TCC (Thérapie Cognitive Comportementale) : une fois les peurs réactivées, elles vont être l'objet de stratégies destinées à les neutraliser et à les désamorcer.

Les efforts demandés lors des TCC doivent être répétés.

Pour maîtriser ses peurs, il faut donc les convoquer, les susciter, et leur faire face différemment. Une fois, dix fois. Et peu à peu, de nouvelles connexions cérébrales se mettront en place, selon la théorie de la neuroplasticité. C'est le but des thérapies comportementales, qui vont aider le patient à se confronter à ses peurs, puis lui apprendre à muscler ses capacités à les contrôler, sous forme d'exercices quotidiens, qu'il continuera d'appliquer une fois la thérapie terminée, comme un diabétique, un hypertendu continuent de suivre leur régime alimentaire. Peu poétique, mais très efficace.

Des médicaments contre les phobies ?

Il n'existe pas de médicament « antiphobique » comme il existe par exemple des « antidépresseurs ». Mais de nombreuses molécules ont une action sur les peurs phobiques...

- **Les tranquillisants, calmants et autres anxiolytiques ne font qu'endormir la peur**

Les tranquillisants sont capables d'un effet rapide sur les sensations subjectives d'angoisse et de peur. Parmi les plus utilisés, citons le Lexomil (nom générique : bromazépam), ou le Xanax (alprazolam). Aujourd'hui encore, il s'agit des traitements psychotropes plus souvent prescrits, ou autoadministrés par les patients eux-mêmes.

Leurs bénéfices sont réels : ils diminuent rapidement la sensation de peur, et en limitent l'intensité. C'est pourquoi beaucoup de patients phobiques en ont toujours sur eux, « au cas où ». Mais ces médicaments posent aussi un certain nombre de problèmes.

D'abord leur action est très incomplète, et loin d'être satisfaisante : nombre de phobiques les prennent avec le sentiment de « colmater » leur angoisse, sans plus.

Ensuite, ils entraînent assez souvent une dépendance, et leur arrêt devient alors problématique car ils provoquent un syndrome de sevrage, avec le sentiment d'un véritable rebond de l'anxiété à l'arrêt du médicament ; bien que peu dramatique, celui-ci n'est jamais agréable.

Enfin, et c'est peut-être le plus gênant, on suspecte la classe la plus prescrite de tranquillisants, les Benzodiazépines, d'entraver les processus d'apprentissage de maîtrise de l'angoisse qui conduisent à la guérison.

Autrement dit, lorsqu'on est phobique, prendre ses médicaments à forte dose pendant trop longtemps reviendrait alors à diminuer certes l'intensité de ses peurs, mais aussi à les chroniciser. De fait, la plupart des patients phobiques que nous voyons dans notre unité de soins prennent des tranquillisants depuis des années, ce qui les a aidés à survivre au quotidien, mais visiblement pas à se débarrasser de leur phobie.

Un autre problème des benzodiazépines, c'est leur mode d'action. Des études d'imagerie cérébrale ont montré qu'elles désactivaient en partie, durant le sommeil, le système émotionnel amygdaliens.

Or on sait que c'est durant la nuit que notre cerveau répète et stocke les apprentissages effectués pendant la journée...

Il semble donc que le bon usage des benzodiazépines soit le suivant : n'en faire qu'un usage ponctuel, en cas de peur intense, comme une attaque de panique, pour l'écourter et la limiter. Mais en éviter l'usage régulier, en raison de divers problèmes, comme le risque d'accoutumance : il peut exister à terme une baisse d'efficacité ; et peut-être, nous l'avons vu, le risque d'un maintien relatif du problème à un niveau intermédiaire : on est soulagé mais pas vraiment guéri.

- **Certains antidépresseurs permettent de réguler la peur**

Une autre catégorie de psychotropes est par contre de plus en plus utilisée dans certaines phobies sévères, notamment les phobies sociales et le trouble de panique : il s'agit des antidépresseurs.

Les antidépresseurs ayant cette action sont surtout ceux dont le mécanisme augmente le taux de sérotonine, un neurotransmetteur cérébral : c'est pourquoi ils sont appelés « sérotoninergiques » .

Ces médicaments, qu'on appelle aussi des « IRS », ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, peuvent être « sélectifs » (ils agissent surtout sur ce neurotransmetteur). Citons, parmi ceux qui disposent aujourd'hui en France de l'AMM (autorisation de mise sur le marché délivrée, par le ministère de la Santé) dans différents troubles phobiques : le Déroxat (nom générique : paroxétine) , l'Effexor (venlafaxine) ou le Seropam (citalopram).

Lorsque les patients sont « répondeurs » à l'action de ces antidépresseurs (ce n'est pas toujours le cas, ce qui explique qu'il faille parfois en essayer plusieurs avant d'arriver à un bon résultat), ils voient alors leurs manifestations anxieuses diminuer en intensité et en fréquence, mais pas complètement disparaître. Il leur devient alors plus facile de se confronter à ce qu'ils redoutent, n'ayant à affronter qu'une peur, certes notable, mais n'allant pas jusqu'à la panique. Assez souvent, ces patients sous traitement sérotoninergique décrivent aussi une capacité accrue à prendre du recul par rapport aux pensées phobiques associées au sentiment de peur. Cet effet de modulation émotionnelle rend donc possibles un recul et une critique envers les styles de pensée phobique, et permet ensuite au patient de s'exposer davantage aux situations redoutées.

Malgré leurs avantages sur les benzodiazépines, ces médicaments posent eux aussi quelques problèmes. Il y a d'abord celui des effets secondaires : de par leur puissance, ils entraînent souvent, en début de traitement, des effets latéraux indésirables, par exemple des nausées, de l'irritabilité, ou tout simplement la sensation "d'être sous médicament". Ces effets peuvent parfois pousser les patients à interrompre leur traitement, ou même déclencher des crises d'angoisse chez les personnes dont la phobie comporte une dimension intéroceptive, c'est-à-dire une inquiétude envers les sensations corporelles perçues comme anormales ou inhabituelles.

Ensuite, un certain nombre de patients peuvent rechuter à l'arrêt du médicament.

Pour finir, on ne sait pas exactement aujourd'hui quelle doit être la durée idéale d'un tel traitement

. On pense qu'elle doit être d'au moins six à douze mois, comme pour le traitement d'une dépression sévère, le temps de permettre à la personne de changer son style de vie : plus d'évitements, et sa vision du monde : comprendre émotionnellement, en s'y confrontant, que les situations qu'elle redoutait ne sont pas si dangereuses.

En somme les médicaments jouent un rôle de béquille permettant d'affronter ses peurs, et d'en tirer les conclusions. C'est cet affrontement qui est lui-même thérapeutique. Les médicaments ne sont que des –bons-outils : sans implication du patient dans des efforts de changement, leurs effets resteront limités ou transitoires.

Les thérapies comportementales et cognitives

Longtemps présentées comme des thérapies de l'apprentissage, du « dressage » disaient leurs détracteurs, elles se sont avérées les plus efficaces pour soigner les phobies. C'est même sans doute dans ce type de troubles qu'elles creusent le plus nettement la différence avec toutes autres formes de thérapie. Les TTC augmentent la liberté d'action du sujet phobique, et son estime de soi. Elles diminuent nettement l'asservissement à la phobie. Mais ce sont aussi elles qui induisent le moins cet effet secondaire classique : la dépendance envers la thérapie et la personne du thérapeute.

- **En quoi consistent les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ?**

Les thérapies comportementales et cognitives accordent une priorité au travail sur les symptômes et sur l'adaptation au monde environnant, plutôt qu'à la compréhension des éléments du passé, centrée sur le seul individu. Le thérapeute y adopte un style relationnel directif, donne des informations et des conseils au patient, lui fait pratiquer des exercices en séance et entre les séances. Le but de la thérapie est que le patient puisse à nouveau affronter ce qui lui fait peur, et retrouver de ce fait une autonomie et une dignité satisfaisantes.

La logique des TCC est, en quelque sorte, de remettre les patients dans la bonne direction, dans le sens de la marche, c'est-à-dire des capacités d'autoguerison de leurs peurs. Souvent, la logique interne de la phobie les pousse, nous l'avons vu, à des comportements au contraire autoaggravants : éviter, amplifier ses peurs...Ce qui fait que plus aucune confrontation ne leur est bénéfique, tant ils sont pris dans l'étau de la phobie. L'objectif de la TCC, c'est que les confrontations se remettent à devenir des expériences dont on peut tirer profit, et non plus des traumatismes ou des confirmations de son impuissance à faire face. Le patient continue ensuite de progresser seul, sans son thérapeute. Ce dernier se positionne d'ailleurs comme un pédagogue, qui va apprendre à son patient à utiliser des méthodes efficaces : une fois que le patient a compris comment s'en servir, le thérapeute n'a plus d'autre fonction que celle de l'encourager à continuer.

- **Preuves et débats**

Il existe en effet plusieurs dizaines d'études contrôlées attestant l'efficacité des TCC dans le traitement des phobies. Les travaux de suivi montrent qu'après plusieurs années ces bons résultats s'avèrent durables. Ils soulignent aussi dans certains cas la nécessité de programmes de « maintenance », avec un suivi régulier du patient, qui est encouragé à appliquer régulièrement les stratégies psychologiques et comportementales apprises durant la thérapie, et à dépister précocement les éventuels symptômes de fragilisation, avant qu'ils ne s'organisent en rechute avérée. Confronté à des difficultés, un ancien phobique risque en effet de ressentir à nouveau des manifestations débutantes de son trouble. Mais en appliquant les stratégies déjà apprises en thérapie, il aura les chances de pouvoir les endiguer et les contrôler beaucoup plus facilement.

- **Les techniques utilisées dans les TCC**

Les principales techniques sont l'exposition (se confronter à ses peurs) et la restructuration cognitive (modifier et critiquer ses systèmes de pensées). D'autres outils thérapeutiques sont parfois associés à ces deux « ingrédients » de base : la relaxation et les contrôles respiratoires (lorsque la peur est très forte, on entraîne les patients à la diminuer par ces techniques au moment d'affronter les situations), et l'affirmation de soi (qui consiste à apprendre par des jeux de rôle à exprimer ce que l'on veut ou ce que l'on ressent). Ces deux méthodes, on le voit, ont pour but d'aider la personne phobique à reprendre en partie le contrôle des situations, au lieu de se sentir débordée par ses sensations physiques, perçues comme totalement incontrôlables, et soumise aux autres personnes, imaginées plus forte que soi.

En quoi consiste la thérapie par exposition ?

Cette technique consiste à proposer au patient d'affronter une série de situations phobogènes d'intensité croissante, sans chercher, du moins au début, à se sentir détendu durant l'exposition, mais simplement en restant en face à ce qu'il redoute, jusqu'à ce que la peur décroisse d'au moins 50%.

Cette exposition peut avoir lieu en imagination (exposition à des images mentales) avant de pratiquer des exercices in vivo. Mais l'exposition directement in vivo a la faveur des thérapeutes. C'est actuellement la technique recommandée dans le traitement des phobies.

Chaque séance d'exposition doit être assez longue, souvent une heure. Il est important que le patient ne quitte pas la situation avant que sa peur ne soit redescendue de manière significative. Durant l'exposition, le patient doit se concentrer sur le stimulus phobogène, et avoir recours le moins possible à des stratégies de distraction (penser à autre chose, regarder ailleurs, etc.) : celles-ci semblent de nature à altérer les bons résultats de l'exposition. Il est donc capital que le thérapeute veille à ramener régulièrement l'attention du sujet sur l'exercice en cours, l'objet phobogène et sensations de peur, surtout dans les situations les plus anxiogènes.

Pour simples qu'elles puissent paraître, les techniques d'exposition nécessitent beaucoup de savoir-faire de la part du thérapeute. Et ce dernier ne doit jamais oublier qu'elles représentent un stress très important pour les patients, d'où la règle de progressivité que nous rappelions dans le chapitre précédent.

Les principales méthodes d'exposition

1. Les expositions situationnelles

Le patient est invité à se confronter à ce qu'il redoute. Il est fréquent en effet que le thérapeute soit amené à sortir du cabinet pour accompagner le patient sur les lieux d'exposition. C'est même souhaitable en début de thérapie. L'exposition accompagnée présente en effet de nombreux avantages : elle permet au thérapeute de vérifier sur place comment se comporte son patient face à la peur, elle lui offre aussi une occasion de travailler sur les réactions « à chaud » en situation de

peur. Mais elle est contraignante pour les thérapeutes, qu'elle oblige à quitter le confort de leur bureau.

2. *Les expositions intéroceptives*

L'intéroception désigne l'ensemble des sensations physiques venant du corps. Beaucoup de personnes phobiques redoutent en effet de commencer à ressentir ces sensations, signes avant-coureurs d'une montée de panique. Ces sensations physiques sont associées à un réflexe conditionné de peur : c'est ce que l'on nomme « phobie intéroceptive ». Le thérapeute va chercher à déclencher ces sensations physiques en séance pour apprendre au patient à les supporter sans angoisse, et à les maîtriser : on propose au patient d'hyper-ventiler (respirer très rapidement et profondément pendant plusieurs minutes), on le fait tourner rapidement sur un fauteuil pour induire de légers vertiges, monter des marches d'escalier quatre à quatre pour avoir des palpitations, rester debout longtemps pour déclencher de légères sensations d'hypotension orthostatique, trop se couvrir pour rougir ou transpirer devant le regard d'autrui....

3. *Les expositions en imagination*

Sont adaptées aux patients dont l'angoisse est trop forte pour qu'ils puissent se confronter directement à leurs peurs. Dans ce cas, avant de passer aux expositions dites in vivo, on leur propose une désensibilisation en imagination, dite encore « désensibilisation systématique ». Elle consiste à affronter progressivement, en imagination et sous relaxation, la situation phobogène, préalablement décomposée en étapes de valeur anxiogène croissante.

4. *Les expositions par imagerie virtuelle*

Les expositions in vivo ou accompagnées sont parfois difficiles dans le cas de certaines phobies, comme celle de l'avion. C'est pourquoi les techniques d'imagerie virtuelle suscitent un grand intérêt chez les comportementalistes : en équipant correctement les patients, il va devenir possible de leur faire vivre les sensations redoutées, en restant sur place.

Modifier ses pensées automatiques

Les modes de pensées des patients phobiques représentent une cible importante des interventions psychothérapeutiques. Dans le jargon des thérapeutes, on appelle « cognition » une pensée automatique survenant à l'esprit d'une personne. C'est sur ce type de pensées, souvent subconscientes (c'est-à-dire non conscientes mais accessibles à un petit effort d'introspection) que vont porter les thérapies cognitives.

La première étape, dite d'auto-observation, va consister en une prise de conscience claire de ce fonctionnement mental, ce qui n'est pas toujours facile, car les patients ont naturellement tendance à rationaliser leurs façons de voir : « je ne prends pas les ascenseurs car c'est plus sain de monter par les escaliers », « tous les chiens sont potentiellement dangereux, cette espèce descend du loup, c'est normal d'en avoir peur »...

Après cette étape d'auto-observation, on entraîne le patient à réfléchir sur ces cognitions, et à en analyser la pertinence : il ne s'agit pas ici de lui rappeler que ses peurs ne sont pas « raisonnables », mais de l'aider à les observer en face, et à analyser ses scénarios catastrophe. De quoi a-t-il peur précisément ? Que va-t-il se passer selon lui s'il affronte la situation ? Quelles seront ses réactions ? Quelles pourraient être les conséquences à long terme ? Est-ce que toutes ces prédictions sont réalistes ? Comment en vérifier la pertinence ?

Puis, ultime et indispensable étape, le thérapeute va inciter son patient à procéder à des « épreuves de réalité » destinées à vérifier si ses prédictions phobiques sont fiables. C'est uniquement en associant cette approche cognitive à de telles démarches de mise en situation que les modulations cognitives deviendront « crédibles » pour le cerveau émotionnel du patient.

• **Une nouveauté au sein de l'approche TCC des phobies : L'EMDR**

L'EMDR est une forme de thérapie brève, qui consiste à faire évoquer au patient des moments émotionnellement pénibles de son existence, durant lesquels ses symptômes ont pu se révéler ou apparaître : par exemple un souvenir de début de noyade chez une personne présentant une phobie de l'eau ou de l'étouffement.

Pendant que le patient se replonge, psychologiquement et sensoriellement, dans ses souvenirs douloureux, le thérapeute lui fait suivre des yeux son doigt ou un objet quelconque, qui effectue des mouvements latéraux rapides. Cette manœuvre est supposée provoquer une désactivation puis une reprogrammation des émotions douloureuses associées au souvenir. D'où son nom d'EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*

Bien qu'on ne sache pas clairement par quel mécanisme exact agit l'EMDR, elle s'est montrée efficace dans le traitement des traumatismes psychologiques. Une des conséquences les plus

fréquentes des chocs psychologiques réside en la persistance de peurs paniques de se retrouver dans la situation où l'on a vécu le traumatisme : si l'on a été agressé dans un parking ou si l'on a subi un accident de voiture, on peut s'avérer ensuite incapable de se confronter de nouveau à ces situations. Il s'agit en quelque sorte de phobies secondaires, induites par le traumatisme. Les premiers résultats sont intéressants, mais il faut attendre d'en savoir plus avant de recommander systématiquement cette méthode aux phobiques.

CHAPITRE 6 : Peurs et phobies : un peu d'histoire et un portrait de famille

Quelques peurs et phobies originales

Acrophobie : peur des hauteurs
Aérodromophobie : peur des voyages en avion
Algophobie : peur de la douleur
Apopathodiaphulatophobie : peur de la constipation
Astraphébobie : peur des éclairs
Bronthémophobie : peur du tonnerre
Chéimophobie : peur des orages et des tempêtes
Hématophobie : peur du sang
Créatophobie : phobie de la viande
Bélonéphobie : peur des épingles et aiguilles
Monophobie : peur de rester seul
Oïcophobie : peur de revenir chez soi après une hospitalisation
Zoophobie : peur des animaux
Ornothophobie : peur des oiseaux
Ailourophobie : peur des chats
Cynophobie : peur des chiens
Musophobie : peur des souris
Arachnophobie : peur des araignées
Trichophobie : crainte des poils
Ptérophobie : peur des plumes
Phobophobie : peur de ressentir la peur
Sidérodromophobie : peur des voyages en train
Tathophobie : peur d'être enterré vivant

La phobie n'est pas une névrose

Une des constatations qui m'aura le plus marqué dans ma pratique psychothérapique avec des personnes phobiques, c'est qu'elles sont le plus souvent normales... en dehors de leur phobie bien sûr ! C'est pourquoi je n'aime guère l'ancienne façon dont on désignait leurs troubles, par ce terme de « névroses phobiques »

Je pense qu'il est préférable de renoncer à cette appellation de « névrose » pour deux raisons. La première, c'est que le mot « névrose », après avoir été un terme médical est devenu un jugement de valeur. On parle aujourd'hui d'une personne « névrosée » pour désigner quelqu'un de compliqué, qui s'écoute trop. La deuxième raison qui doit nous pousser à la prudence avec la « névrose », c'est que ce mot est étroitement associé à la théorie freudienne des phobies, aujourd'hui battue en brèche. Toutes les intuitions de Freud n'étaient pas fausses, mais beaucoup l'étaient.

Voici pour ma part ce que je rappelle à mes patients à propos de leur trouble : « vous n'êtes pas des *névrosées*. Vous n'êtes pas des *phobiques*. Vous êtes des personnes qui souffrent de phobies. Comme il y a des personnes qui souffrent de diabète ou d'hypertension.

Ne perdez pas tout votre temps à savoir d'où ça vient et pourquoi vous êtes comme ça. Il faut le faire, car cela est important de savoir d'où partent nos souffrances, pour éviter de reproduire indéfiniment nos erreurs, mais il en faut pas s'y éterniser. Ce qui est important, c'est de savoir que vous avez une fragilité, et qu'il va falloir trouver ensemble comment la faire reculer. Parfois, il sera possible de la supprimer : vous ne serez plus phobique. Parfois, nous ne pourrons que la faire reculer : vous serez simplement plus inquiets que la moyenne des gens, mais tout en étant cependant capable d'affronter la situation qui vous faisait peur auparavant.

Les trois familles de phobies

1. Les phobies spécifiques

Regroupent notamment les phobies des animaux, des éléments naturels, du sang et des blessures. Ces phobies, auparavant appelées « *phobies simples* », entraînent un handicap assez limité, car les conduites d'évitement qui leur sont associées restent compatibles avec une vie à peu près normale.

2. Les phobies sociales

Consistent en une peur intense du regard et du jugement d'autrui. Ces phobies sont souvent considérées comme les plus invalidantes, car les évitements sociaux privent la personne phobique d'un nombre plus ou moins grand d'activités relationnelles, essentielles à son équilibre et à son développement personnel.

3. Le trouble panique avec agoraphobie

Est marqué par la crainte de ressentir un malaise, surtout dans certains lieux publics. Elle est très handicapante, car ses violentes et déstabilisantes crises d'angoisse entraînent très vite des évitements qui sapent les capacités d'autonomie de la personne phobique : tout déplacement hors de chez soi peut alors devenir un problème

Ces deux dernières familles, phobies sociales et troubles panique, sont aussi appelées « phobies complexes », car à la différence des « phobies simples » ou spécifiques, elles peuvent survenir dans des contextes variés et subtils. Et surtout, elles ne se laissent pas facilement contrôler par le patient.

CHAPITRE 8 : Peurs et phobie sociale

Une peur malade : la phobie sociale

L'histoire de Maxime

Enfant, Maxime était un petit garçon plutôt timide, mais parfaitement adapté à la vie en groupe. Bien que réservé durant les cours et peu à l'aise lorsqu'il fallait passer au tableau, Maxime avait des copains, était intégré dans une bande.

Les choses se gâtèrent à l'adolescence, alors qu'il était en classe de troisième : de façon étrange, Maxime se mit un jour à trembler au réfectoire du collège, en prenant son verre pour boire. Il pensa qu'il était un peu fatigué et nerveux.

Mais le lendemain, Maxime ressentit une petite appréhension avant le repas, et recommença à trembler en portant verre ou couverts à sa bouche.

Le surlendemain, ce fut aussi en prenant le plat des mains d'un copain. Il eut l'impression que ce dernier avait remarqué le tremblement, et le regardait, un peu interloqué ; pourtant il ne lui avait fait aucune remarque.

- *Maxime commença alors à ne plus boire au réfectoire, et à serrer fortement sa fourchette pour éviter de trembler.*
- *Au bout d'un moment, il décida de ne plus fréquenter la cantine, et d'aller plutôt en étude entre midi et deux heures.*

Peu à peu, il commença à se sentir mal en cours : il redoutait de trembler en passant au tableau ; il craignait particulièrement les cours de chimie, où il fallait parfois transvaser des liquides d'une éprouvette à l'autre, sous le regard de l'élève assis à côté de lui, ou pire, du professeur

Dans l'autobus scolaire, il se mit aussi à éprouver de la gêne sous les regards, et à sentir que dans ces cas-là, il se mettait à avoir des tremblements de la tête.

- *Alors, il demanda à ses parents de lui acheter une mobylette, sans leur avouer la raison. Dorénavant, il se rendait au collège à deux roues, qu'il pleuve, neige ou vente. Tout plutôt que les angoisses de l'autobus. peu à peu, ses peurs se généralisèrent, et il commença à s'isoler de plus en plus souvent. Il réussit à avoir son bac dans des conditions difficiles : il ne supportait pas, lors des épreuves écrites, de sentir le regard des surveillants qui l'observaient peut-être en train de rédiger. Alors, il ne remplissait ses copies que lorsque ceux-ci, déambulaient dans la salle, lui tournaient le dos.*

Il lui fallut renoncer à faire des études à l'université : il ne supportait pas les amphis bondés, où il était obligé d'arriver dans les premiers, pour être sûr d'avoir une place dans le coin, au fond, et où, de toute façon, il ne pouvait pas prendre la moindre note.

- *Il passa donc tous ses diplômes par correspondance. Comme il était plutôt doué, il les réussit et devint ingénieur.*

Incapable de se présenter à un entretien d'embauche, car cela déclenchait chez lui des tremblements épouvantables (ou du moins, qui lui semblaient tels), il fut embauché par des amis de la famille, famille à qui il n'avait toujours rien avoué.

- *Tout se passa bien au début, mais il fut peu à peu obligé de consommer de l'alcool pour supporter ses journées de travail, les réunions qu'il ne pouvait pas éviter, bien qu'il fût passé maître dans l'art de se trouver en rendez-vous extérieur à ce moment.*

Il portait sur lui toujours plusieurs petites flasques de vodka, en cas de situation sociale imprévue, comme une convocation chez son supérieur ou une réunion non planifiée : il s'était aperçu qu'il tremblait moins quand il buvait de l'alcool. Et il lui semblait que la vodka avait un effet rapide, et parfumait son haleine. Il était apprécié dans son entreprise, car gros travailleur et gentil avec tout le monde. Une de ses collègues tomba amoureuse de lui, lui fit la cour, et ils se marièrent

- *Maxime continuait à boire, de plus en plus. Il buvait maintenant de manière « préventive » : avant de se rendre au travail le matin, avant d'aller faire les courses le week-end, ou aux soirées chez des amis, lorsqu'il n'avait pas trouvé de prétexte plausible pour les éviter.*

Curieusement, il ne comprenait pas bien ce qui lui arrivait. Les deux médecins généralistes à qui il en avait parlé avaient évoqué le stress, le surmenage, la nervosité ; ils lui avaient prescrit des tranquillisants, qui avaient eu un effet modeste. En tout cas, ils étaient nettement moins efficaces que l'alcool, qu'il avait donc continué. Il faisait parfois des mélanges des deux, ce qui l'abrutissait pas mal, mais le calmait. Son généraliste l'avait envoyé chez un psychologue, mais ce dernier s'était contenté de lui poser des questions et de l'écouter. Au bout d'un moment, Maxime en eut assez de ces séances où il devait « monologuer face à un sphinx dans la pénombre d'un cabinet », et qui, à ses yeux, ne lui apportaient pas grand chose.

- *Sa situation se dégradait peu à peu, et il finit par se faire licencier.*
- *Sa femme avait accouché depuis un an, et il en profita pour garder le bébé à la maison.*

Cela accéléra encore sa dégringolade : il se mit à sortir de moins en moins, et de plus en plus péniblement. Il avait maintenant l'impression que tout le monde dans la rue le regardait, et ne le voyait que comme « chômeur trembleur qui traîne son gosse dans le quartier ».

- *Il n'allait même plus faire les courses, ni ne pouvait emmener son fils au square.*

Son épouse décida d'inscrire leur enfant en crèche, sentant que la situation était toxique pour le père comme pour le fils. Il ne restait plus à Maxime qu'une activité : accompagner son enfant à la crèche le matin, et retourner le chercher le soir. Il devait pour cela boire un demi-litre de vodka avant chaque trajet. Ce qui faisait un litre par jour, s'il n'y avait pas d'autres obligations sociales : aller chercher un paquet recommandé à la poste, recevoir des ouvriers dans l'appartement... Dans ces cas, les doses montaient.

- *La femme de Maxime l'accompagna en consultation chez plusieurs psychiatres. L'un l'hospitalisa pour une cure de désintoxication :*
- *Maxime recommença à boire dès sa sortie. L'autre demanda à voir sa femme en tête à tête et lui annonça que son mari était schizophrène. Effectivement, Maxime était « bizarre » comme le sont parfois ces patients : évitant les regards, parlant peu, mal à l'aise pour exprimer ce qu'il ressentait. Divers médicaments furent prescrits, sans grand succès.*
- *Un jour que Maxime avait dû s'alcooliser trop vite, il se perdit dans la rue en allant chercher son fils à la crèche.*

Il fut recueilli par un commerçant qui l'avait reconnu, à qui il tenta de raconter son histoire, bafouillant le nom de son fils, fondant en larmes, parlant de son envie de mourir... Il fut embarqué, titubant, par les pompiers, qui l'amènèrent dans le service.

- *Après bilan et entretien approfondi, une de nos psychologues posa enfin le bon diagnostic : Maxime souffrait d'une phobie sociale très sévère. Après un an de traitement adapté, il était guéri...*

L'histoire de Maxime frappe toujours beaucoup mes étudiants. Et les impressionne par son véritable parcours du combattant avant d'arriver à recevoir le bon diagnostic pour sa phobie. Entre le moment où les premiers tremblements et les premiers évitements sont apparus, et celui où la maladie de Maxime fut identifiée, il s'était écoulé vingt années. Des histoires comme la sienne sont légion dans notre unité de soins, spécialisée entre autres dans ce type de phobies.

La thérapie de Maxime

Maxime avait déjà suivi un traitement par antidépresseur sérotoninergique dans le passé, mais comme il n'avait reçu ni les conseils ni la psychothérapie adéquats dans le même temps, cela ne lui avait été d'aucun bénéfice durable. Il n'avait pas pris régulièrement ses médicaments, peu motivé, et gêné par les effets secondaires. Nous prîmes cette fois-ci le temps de bien lui expliquer ce qu'était sa maladie, ce qu'il pouvait attendre et de pas attendre du traitement, qui était par ailleurs nécessaire dans son cas, en raison de l'intensité de sa phobie sociale. Et quels efforts personnels nous allions solliciter de sa part.

Il commença par ailleurs une thérapie comportementale individuelle avec une psychologue du service. Celle-ci établit avec lui une liste d'objectifs à atteindre, qui allait représenter une série d'occasions de réfléchir in vivo sur ses difficultés et la manière dont il les vivait.

Situation	Niveau de peur prédit par Maxime avant la thérapie
Rester assis à la terrasse d'un café en regardant passer les gens	30/100
Aborder des personnes dans la rue pour leur demander l'heure ou le chemin	40/100
Rentrer dans un magasin et demander des informations au vendeur	40/100
S'asseoir dans le métro sur les sièges où l'on est exposé au regard des personnes en vis-à-vis	50/100
Boire en public	70/100
Manger en public	70/100
Subir des remarques sur son tremblement de la part de la thérapeute, d'abord en séance puis à l'extérieur	80/100
Trembler volontairement dans un lieu public fréquenté	100/100

Les peurs de Maxime portaient principalement sur les points suivants, surtout liés à la peur de se mettre à trembler : ne pas oser regarder les gens dans les yeux, ne pas oser engager d'interaction avec eux, ne pas oser entreprendre une activité qui pourrait révéler les tremblements.

La thérapeute demandait d'abord à Maxime d'oser se confronter à ces situations, puis peu à peu, l'incitait à le faire sans chercher à bloquer son tremblement. En fin de thérapie, le tremblement était devenu l'objectif principal : il s'agissait de le provoquer volontairement pour s'apercevoir qu'il ne déclenchait pas de moqueries ou d'agressions verbales. Maxime devait même répondre à des remarques à voix haute que sa thérapeute faisait sur son émotivité et son tremblement dans les lieux publics. L'objectif visé était double. D'une part que Maxime cesse d'éviter les situations, pour s'apercevoir qu'il ne se passait rien de grave, et que la plupart des gens ne remarquaient tout simplement pas son tremblement. Car si Maxime pouvait accepter de penser cela au calme dans le bureau de la thérapeute (cognitions « émotionnellement froides »), les idées comme « tout le monde me regarde et me trouve pathétique » revenaient dare-dare dès qu'il se retrouvait en situation sociale (cognitions « émotionnellement chaudes »). La confrontation en situation d'activation émotionnelle était le seul moyen de désamorcer ces cognitions chaudes, ce qui ne pouvait pas être fait seulement par la discussion.

L'autre objectif était que Maxime apprenne à ne plus paniquer en ressentant monter ses émotions de peur et de honte en situations sociales : à force de les éviter, il était devenu de plus en plus démuni et incompetent pour les affronter. C'est ce que sa thérapeute lui présentait sur le terme d'habituation : « Au lieu de fuir à tout prix, vous devez vous habituer à elles ; si vous ne reculez plus devant elles, ce sont elles qui reculeront. »

Et c'est bien ce qui se passa...

Après six mois de thérapie, Maxime était considérablement amélioré, et recommençait à envisager la suite de son existence avec espoir.

Il compléta ses progrès avec seize séances de thérapie de groupe, durant lesquelles il put faire de nombreux exercices en compagnie de sept autres patients souffrant eux aussi de phobie sociale : parler debout devant tout le monde, subir des remarques sur son tremblement et y répondre calmement, sans se justifier, parler de lui et de son émotivité sans honte, manger et boire lentement sous le regard attentif des douze personnes du groupe, silencieux.

Après un an de traitement, Maxime était guéri. Il nous avoua que le déclic s'était produit dans sa tête au moment où il avait compris, à la précision de nos questions, que nous connaissions sa maladie et qu'il n'était donc pas le seul à en souffrir. Maxime arriva à retrouver du travail, il eut un autre enfant, fit une rechute cinq ans après, ce qui nécessita quelques mois de « révision psychothérapique ». Aujourd'hui, il va bien.

Pour plus d'informations sur les différentes phobies, ainsi que sur les traitements appropriés, je vous encourage à vous procurer ce livre.

Cette synthèse a eu seulement pour but de décrire de façon générale ce qu'est une phobie, ses mécanismes d'évitement, et les moyens d'en sortir par « l'exposition » et par une Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC)