

CLAUSTROPHOBIE PSYCHANALYSE

Claustrophobie, psychanalyse et réalité virtuelle : soigner une peur archaïque avec une technologie du futur

Vous savez qu'un ascenseur ne va pas exploser, qu'un IRM ne va pas se refermer sur vous, qu'une rame de métro ne va pas manquer d'oxygène... et pourtant votre corps s'emballe, votre cœur cogne, votre gorge se serre, votre seul réflexe est de fuir. La claustrophobie n'est pas une simple "peur irrationnelle", c'est une bataille silencieuse entre ce que vous savez et ce que vous ressentez profondément.

Longtemps, on a opposé deux mondes : la **psychanalyse**, qui explore les couches profondes de l'histoire psychique, et les thérapies dites "comportementales", centrées sur les symptômes. Aujourd'hui, un troisième acteur entre en scène : la **réalité virtuelle**, capable de vous plonger en quelques secondes dans un ascenseur bondé ou un tunnel de métro, sans quitter le cabinet du thérapeute.

La question n'est plus seulement "comment ne plus paniquer dans un endroit clos ?", mais : *que révèle ma claustrophobie de mon rapport au contrôle, à l'autre, à mon histoire, et comment la technologie peut-elle devenir un levier, plutôt qu'une béquille ?*

- La claustrophobie touche une part importante de la population et s'inscrit dans le grand ensemble des troubles anxieux, parmi les plus fréquents au monde.
- La psychanalyse lit la claustrophobie comme l'expression d'angoisses plus archaïques : peur d'être envahi, abandonné, enfermé dans une relation ou une histoire familiale.
- La réalité virtuelle permet des expositions progressives, contrôlées et personnalisées à des situations claustrophobogènes (ascenseur, métro, IRM, parkings souterrains) avec un bon niveau d'acceptation des patients.
- Les études récentes montrent que les thérapies d'exposition en VR sont globalement aussi efficaces que les expositions "in vivo" pour les troubles anxieux, avec des effets significatifs sur la peur et l'évitement.
- L'enjeu n'est pas de choisir entre psychanalyse ou VR, mais d'articuler travail sur le sens et travail sur le symptôme pour un changement plus durable.

Comprendre la claustrophobie : bien plus qu'une peur des ascenseurs

Une phobie très concrète... mais aux racines profondes

La claustrophobie est classée parmi les **phobies spécifiques** : la peur se cristallise sur des lieux clos (ascenseurs, tunnels, pièces sans fenêtre, IRM, toilettes publiques, cabines d'avion, parkings souterrains, etc.).

Ce qui déclenche l'angoisse n'est pas seulement l'espace réduit, mais l'idée d'être piégé, de ne pas pouvoir sortir, de manquer d'air, de perdre le contrôle ou de faire un malaise sans secours possible.

Les études montrent que chez certaines personnes, ces situations déclenchent de véritables attaques de panique : palpitations, vertiges, sensation de déréalisation, impression de “devenir fou” ou de “mourir sur place”.

Quand le cerveau survit... à quelque chose qui n'existe plus

Sur le plan psychologique, la claustrophobie fonctionne comme un système d'alarme déréglé : votre cerveau traite l'ascenseur comme s'il s'agissait d'un prédateur.

Les modèles d'apprentissage montrent souvent un enchaînement : un malaise ou une sensation de suffocation (dans un lieu clos ou non), une interprétation catastrophique (“je vais étouffer”), puis une généralisation à tout espace perçu comme non contrôlable.

Au fil du temps, l'évitement devient central : on ne prend plus l'ascenseur, on contourne certains métros, on refuse certains examens médicaux, on choisit même parfois sa carrière ou son logement pour éviter ces situations. Ce n'est plus seulement une peur, c'est une **architecture de vie** qui se réorganise autour d'elle.

Ce que la psychanalyse voit derrière la peur des espaces clos

L'angoisse de confinement comme scène intérieure

La psychanalyse ne se contente pas de décrire la claustrophobie comme un défaut de “gestion de l'anxiété”. Elle y voit l'expression d'angoisses plus anciennes, parfois très archaïques.

Être “enfermé”, “sans issue”, “sans air” peut faire écho à des expériences psychiques marquées par l'intrusion, la fusion ou au contraire l'abandon : une relation trop envahissante, un climat familial étouffant, une difficulté à poser des limites sans se sentir coupable.

À l'inverse, certains patients racontent une peur de l'espace clos qui renvoie à la terreur de se retrouver seul avec eux-mêmes, sans distraction ni fuite possible. Le lieu fermé devient alors le théâtre d'un face-à-face avec des pensées qu'ils redoutent.

Symptôme, compromis et message inconscient

Dans la logique psychanalytique, un symptôme phobique est un compromis : quelque chose en vous veut parler, mais ne sait pas le dire autrement que par le corps – en vous empêchant d'aller quelque part, de rester quelque part, d'accepter certaines situations.

La question devient : “*De quoi ce lieu clos est-il la métaphore ?*” : un couple, une famille, une situation professionnelle, une identité trop serrée, un secret, une loyauté, une histoire qui n'a pas pu être pensée ni digérée ?

Le travail en psychanalyse consiste alors à créer un autre type d’“espace clos” – le cabinet, la relation transférentielle – mais cette fois-ci suffisamment contenant, souple, respirable, pour que l'angoisse puisse se dire, se déplacer, se transformer.

Pourquoi certains phobiques résistent aux approches purement techniques

De nombreuses personnes claustrophobes ont tenté des techniques de relaxation, de respiration, voire des expositions “brutes”, sans véritable effet durable, ou avec une amélioration uniquement situationnelle.

Quand la phobie est le point visible d’un conflit psychique plus vaste, le travail exclusif sur le symptôme peut donner le sentiment de “coller un pansement sur un volcan”. La peur diminue ici, mais réapparaît ailleurs, ou se déplace vers une autre forme d’angoisse.

C’est là que l’apport de la psychanalyse reste précieux : comprendre **pourquoi** ce symptôme est apparu à ce moment de la vie, ce qu’il protège, ce qu’il empêche, ce qu’il signale.

La réalité virtuelle : un ascenseur... sans sortir du cabinet

À quoi ressemble une séance de VR pour claustrophobie ?

La thérapie par exposition en **réalité virtuelle** (Virtual Reality Exposure Therapy, VRET) utilise un casque immersif qui projette le patient dans des environnements réalistes : ascenseur étroit, rame de métro, tunnel, parking souterrain, salle d’examen IRM, etc.

Dans une étude de faisabilité, des environnements virtuels ont été spécialement conçus pour susciter la peur claustrophobique, avec possibilité de moduler progressivement le niveau de difficulté (taille de la pièce, nombre de personnes, durée de l’attente, bruit, distance des issues...). Les participants rapportaient une sensation de présence importante, avec très peu d’effets indésirables type “cybermal des transports”.

Une publication plus ancienne décrivait déjà le cas d’une femme de 43 ans traitée pour claustrophobie exclusivement par exposition en VR : après huit séances graduées, ses mesures de peur avaient significativement diminué et ce bénéfice se maintenait un mois plus tard.

Ce que disent les chiffres sur les thérapies VR

À une échelle plus globale, des méta-analyses sur les troubles anxieux montrent que les thérapies d’exposition en VR obtiennent des résultats comparables aux expositions “en vrai” sur les symptômes d’anxiété, avec des tailles d’effet allant de moyennes à grandes par rapport à l’absence de traitement.

Une synthèse récente retrouve que la VR combinée à une approche cognitive ou comportementale n’est pas moins efficace que les thérapies classiques pour des troubles anxieux plus sévères, et ne présente pas davantage d’abandons en cours de soin.

Dans le champ spécifique de la claustrophobie, les environnements virtuels bien conçus semblent suffisamment réalistes pour déclencher la peur, ce qui est précisément la condition pour qu’un travail de désensibilisation ou d’apprentissage émotionnel puisse se produire.

Pourquoi certains patients préfèrent la VR à l’exposition “en vrai”

Pour beaucoup de personnes claustrophobes, l'idée d'entrer dans un ascenseur avec leur thérapeute, ou de se rendre ensemble dans le métro, est presque impensable. La VR offre un cadre plus **contrôlable** : il suffit d'ôter le casque pour faire cesser l'exposition.

Des patients interrogés sur leurs expériences de thérapie VR pour claustrophobie soulignent plusieurs points clés : la possibilité de moduler finement l'intensité, le sentiment de sécurité lié à la présence du thérapeute à proximité, et la sensation paradoxale d'être à la fois "vraiment dedans" et "en situation d'essai".

Ce compromis entre immersion et distance en fait un outil particulièrement intéressant pour les personnes très évitantes, qui n'auraient jamais accepté une confrontation directe avec la situation réelle.

Psychanalyse + réalité virtuelle : conflit ou alliance ?

La VR comme scène de transfert

La VR n'est pas seulement un outil technique, elle devient un **espace de mise en scène**. Ce qui se joue dans l'ascenseur virtuel, ce n'est pas que la peur de l'ascenseur, mais la manière dont le patient vit la présence du thérapeute à ses côtés, l'expérience de dépendance, la confiance (ou non) dans le cadre.

L'analyste ou psychothérapeute d'inspiration psychanalytique peut observer : comment le patient parle avant de mettre le casque, comment il anticipe la séance, ce qu'il projette sur la machine ("ça va buguer", "je vais rester coincé"), comment il transforme la consigne. Chaque détail devient matière pour comprendre son mode de relation à l'autre et au danger.

La VR devient alors un laboratoire de *l'inconscient en acte* : la peur surgit, l'ambivalence aussi ("je veux, mais je ne veux pas y aller"), les mécanismes de défense se dévoilent (humour, minimisation, agressivité, rationalisation...).

Quand le symptôme se transforme en histoire

Une approche purement symptomatique pourrait se satisfaire de l'objectif : "Je peux maintenant prendre l'ascenseur". Une approche psychanalytique articulée à la VR pose une autre question : qu'est-ce qui a changé dans la manière dont la personne se sent **vivre**, penser, désirer, se relier aux autres ?

Progressivement, certains patients font le lien entre l'expérience du lieu clos virtuel et des souvenirs ou scènes de leur histoire : un enfermement dans un placard enfant, une hospitalisation, un divorce vécu comme une chute sans issue, une relation fusionnelle, une époque de leur vie où ils se sentaient "sans air".

Le but n'est pas de psychologiser l'ascenseur, mais de permettre à la personne de ne plus être définie par le symptôme, de reprendre la main sur son récit intérieur, avec la VR comme déclencheur et non comme finalité.

Un tableau pour y voir clair : psychanalyse, TCC, VR

Approche	Objectif principal	Forces pour la claustrophobie	Limites potentielles
Psychanalyse / psychothérapie analytique	Explorer le sens inconscient du symptôme, les conflits internes, l'histoire relationnelle.	Travail en profondeur sur l'angoisse, la dépendance, le contrôle, la répétition des scénarios de vie.	Amélioration des symptômes parfois lente, pas toujours centrée sur des situations concrètes (ascenseur, IRM).
TCC avec exposition classique	Réduire la peur et l'évitement par exposition graduée, restructuration des pensées et apprentissage de nouvelles réponses.	Efficacité démontrée pour les phobies, protocole clair, focalisation sur la vie quotidienne (transport, examens médicaux...).	Peut être vécu comme trop "technique" ou brutal, certains patients refusent l'exposition in vivo.
Exposition en réalité virtuelle	Créer des simulations sécurisées et modulables de situations claustrophobiques pour désensibiliser et renforcer le sentiment de maîtrise.	Environnement contrôlé, adaptabilité, bonne acceptation, efficacité proche de l'exposition réelle dans les troubles anxieux.	Nécessite un équipement spécifique, qualité variable des environnements, risque de rester uniquement centré sur le symptôme si non articulé à un travail psychique.

À quoi ressemble un accompagnement intégrant psychanalyse et réalité virtuelle ?

Un scénario typique : "Je ne prends plus l'ascenseur depuis des années"

Imaginez une personne qui monte systématiquement à pied au quatrième étage, quitte à arriver en nage, qui évite certains parkings, qui refuse des postes de travail en étage élevé, ou qui repousse un examen IRM crucial. Sa vie s'est peu à peu rétrécie, parfois sans qu'elle ose le dire autour d'elle.

Dans un premier temps, l'entretien clinique permet de distinguer : peur de l'enfermement, peur du vide, peur de faire un malaise, peur d'être observé dans la panique, peur de déranger, ou encore peur de "devenir fou". Cette cartographie fine est cruciale pour choisir les scènes virtuelles pertinentes.

Le thérapeute peut proposer un contrat très clair : quelques séances consacrées à la VR, articulées à un travail de parole et d'élaboration, avec des allers-retours entre ce qui se passe dans le casque et ce qui se passe dans la vie psychique.

Pendant la séance : respirer, sentir, penser

Casque sur la tête, la personne se retrouve dans un ascenseur virtuel. La porte se ferme. Le thérapeute observe les réactions corporelles, les mots qui surgissent, les gestes (arrachement du casque, rires nerveux, silence figé...).

Le but n'est pas de "tenir coûte que coûte", mais de rester juste à la limite du supportable, là où la peur est assez forte pour activer les anciens réflexes tout en laissant de la place à quelque chose de nouveau : une autre respiration, une autre manière de se parler intérieurement, la présence contenant de l'autre.

Après la scène, on parle : "Qu'est-ce que vous avez imaginé ?", "Qu'est-ce qui était le plus insupportable ?", "À quoi cela vous a rappelé quelque chose ?", "Comment auriez-vous vécu cette scène il y a cinq ans ?". La VR devient un tremplin, non un substitut, à la réflexion.

Après la VR : la vie réelle comme terrain d'expérimentation

Progressivement, la vie quotidienne devient le prolongement du travail en cabinet : prendre l'ascenseur une station, puis deux, rester une minute de plus dans le métro, accepter un rendez-vous dans un bâtiment qui fait peur, ne plus contourner systématiquement les parkings souterrains.

Les études montrent que les gains obtenus en VR peuvent se généraliser à la vie réelle lorsque les scénarios sont suffisamment proches des situations redoutées, ce qui est le cas pour les lieux clos courants (ascenseur, tunnels, transports).

Mais la transformation la plus profonde se joue souvent ailleurs : dans la manière de dire non, de mettre des limites, de demander de l'aide, de tolérer d'être dépendant parfois sans se sentir annihilé. La peur des lieux clos se relie alors à une peur plus vaste : celle de perdre sa liberté psychique, et la découverte qu'on peut la préserver tout en restant en lien.

Et vous, par où commencer ?

Questions utiles à vous poser

Avant même de chercher un dispositif de réalité virtuelle, il peut être éclairant de vous poser quelques questions :

- Dans quels lieux précisément votre peur se manifeste-t-elle le plus ? Ascenseur, métro, voiture dans un tunnel, IRM, toilettes fermées à clé, avion ?
- Ce qui vous terrifie le plus, est-ce le manque d'air, l'impossibilité de sortir, le regard des autres en cas de panique, la peur de perdre connaissance, ou une impression plus diffuse d'"être pris au piège" ?

- Si vous imaginez réussir demain à prendre un ascenseur sans peur, qu'est-ce que cela changerait concrètement dans votre vie ? Un emploi, une relation, une décision médicale, un voyage ?

Ces réponses peuvent déjà orienter le choix du professionnel et du type d'accompagnement : certains cabinets en France proposent désormais des thérapies d'exposition en VR pour les phobies, souvent intégrées à un travail plus global sur l'anxiété.

Ce que la technologie ne fera jamais à votre place

La réalité virtuelle ne remplacera ni le courage ni le travail psychique. Elle peut créer une scène, amplifier les émotions, rendre visible ce qui, autrement, resterait abstrait. Mais elle ne décidera pas à votre place de ce que vous voulez transformer dans votre vie.

La psychanalyse, elle, ne supprimera pas un ascenseur du jour au lendemain. Elle ouvrira une enquête sur les liens entre ce que vous vivez aujourd'hui et ce que vous avez traversé hier, sur votre manière de vous protéger et de vous empêcher, sur les fidélités invisibles qui vous poussent parfois à rester "coincé" là où vous pourriez avancer.

Entre les deux, il y a votre propre mouvement : accepter de regarder la peur en face, parfois par le prisme d'un casque VR, parfois par les détours d'une association libre, pour que cet ascenseur, ce tunnel ou cette pièce sans fenêtre redeviennent ce qu'ils ont toujours été : des lieux de passage, et non des prisons intérieures.

© <https://psychologie-positive.com/claustrophobie-psychanalyse-realite-virtuelle/>