REVUE
en langue française

Études & Pratiques

T.C.C.

DE LA RECHERCHE À LA CLINIQUE

RECHERCHE
EPISTEMOLOGIE
INSPIRATIONS
CLINIQUE
TEMOIGNAGES
BIBLIO

Numéro 0
Organisé par Marc Hautekeete

Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive
AF TCC

L'équipe

pour ce numéro :

Directrice de publication : Lucia Romo

Rédacteur en Chef : Marc Hautekeete

Comité de Rédaction :

Abdel Boudoukha
Sarah Laksimi
Marion Mari-Bouzid
Sylvia Martin
Lucia Romo
Rafika Zebdi

Une revue de
l'Association Française de
Thérapie Comportementale et Cognitive

Illustration de couverture : l'*Homme de Vitruve* par Léonard de Vinci

Publié par l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive.

Sommaire

Éditoriaux

Lucia Romo, Marc Hautekeete.
Une nouvelle revue de l'AFTCC en français, … et en devenir. **4**

Vincent Guilloux.
Pour une Clinique accomplie ? **7**

Articles originaux

Marion Mari-Bouzid.
De l'importance de bien discriminer l'exposition à la honte de l'exposition aux situations d'humiliation dans le traitement du Trouble de l'Anxiété Sociale. Le cas d'Évelyne **9**

Caroline Briaud, Rafika Zebdi.
Anxiété transdiagnostique pendant la grossesse et symptômes de trouble de stress post-traumatique post-partum : étude d'un cas clinique **20**

Sylvia Martin, Clara La Monica, Laura Soto, Eugénie Vaillant Coindard.
Thérapie Comportementale et Dialectique Radicalement Ouverte adaptée :Étude de cas unique d'une patiente faussement diagnostiquée borderline **36**

Recommandations aux auteurs **52**

Publié par l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive.

LA REVUE AF TCC

Études & Pratiques T.C.C.

Éditorial

Une nouvelle revue de l'AFTCC en français, … et en devenir.

A new AFTCC journal in French, ... and to become.

Lucia Romo [a], Marc Hautekeete [b]

a) Université Paris Nanterre, UFR SPSE, département de psychologie, 200, avenue de la République, 92001 Nanterre cedex, France. Université Paris Nanterre, CHU Raymond-Poincaré (AP–HP), 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France
b) 2 bis, rue de Lys – 59390 Toufflers, France. marc.hautekeete@univ-lille.fr

---

Nous sommes[1] heureux de vous présenter la nouvelle revue de Thérapies Comportementales et Cognitives éditée par l'AFTCC, « Études & Pratiques TCC », sous-titrée « de la recherche à la clinique », dont voici le numéro 0.
Un nouveau journal de l'AFTCC, cela pose beaucoup de questions auxquelles nous essaierons de répondre ici.

Il faut revenir en arrière, fin 2019, quand le JTCC, créé en 1991, a fini de paraitre pour être remplacé par le JBCT en 2020. Cette évolution avait été voulue par le CA de l'AFTCC car il était impossible qu'une revue spécialisée TCC en français soit correctement classée, IF ou SJR, bien que depuis 2013 le JTCC devenu le JTCC/JBCT publiait aussi des articles en anglais, mais en faible proportion. Il fallait passer à une revue totalement en anglais (Hautekeete et al, 2018). Le CA de l'époque avait aussi prévu de lancer une revue en français. En décembre 2019 un n°0, spécial congrès, une ébauche de cette revue, alors appelée « Pratiques Psychothérapiques », était même sortie. Mais il n'y eut pas de suite. En 2025 le CA a décidé de réactiver cette parution d'un journal de TCC en français.
Dans ce but, en 2025, à l'initiative de Lucia Romo, des membres volontaires de l'association (que nous appellerons ici pour simplifier « Groupe 2025 ») ont participé à des réunions Zoom lors desquelles ils ont peu à peu dessiné le contour d'une nouvelle revue. En tant qu'ancien Rédacteur en Chef du JTCC Marc Hautekeete a été invité à y participer et à diriger cette revue. Il a accepté de le faire uniquement pour le numéro 0. Il ne faut surtout pas y voir une quelconque nostalgie du JTCC remplacé par le JBCT, mais simplement le fait de vouloir relancer la proposition initiale du CA. Le nom « Études & Pratiques TCC » de la nouvelle revue a été proposé par ce Groupe 2025 après avoir émergé lors d'un vote entre tous les titres issus d'un brain-storming. Nous l'appellerons ici E&P*TCC* pour simplifier, mais ce sigle n'a rien d'officiel.

Telle que conçue initialement pour une sortie en 2020, cette nouvelle revue n'est pas concurrentielle au JBCT. Celui-ci, uniquement en anglais, est une revue internationale publiant essentiellement des articles de re-

[1]Auteur correspondant : Lucia Romo : Université Paris Nanterre, UFR SPSE, département de psychologie, 200, avenue de la République, 92001 Nanterre cedex, France.

cherche et des revues de question, actuellement classée Q2 au SJR et donc prisée par les universitaires car, même si maintenant il n'y a plus de seuil strict de qualité, il leur est encore demandé de démarquer les articles en langue française et en anglais et de faire apparaitre leur classement. É&P*TCC* parait uniquement en langue française, bien que ses articles comprennent la traduction en anglais du titre, du résumé et des mots-clés pour permettre leur repérage par toute personne intéressée, outre les francophones. É&P*TCC* sera accessible non seulement par les membres de l'AFTCC mais devrait aussi être ouverte (à la lecture mais aussi à la publication !) à toute personne intéressée, les membres du Groupe 2025 pensant en particulier aux TCCistes belges, suisses, canadiens, africains, etc., de langue française.

Comme elle s'adresse tout autant aux praticiens qu'aux chercheurs, ainsi que l'indiquent bien son nom et son sous-titre, cette nouvelle revue comprendra non seulement des articles de recherche mais aussi des articles cliniques concernant la prise en charge TCC des patients. On y accueillera aussi les synthèses de connaissances, type revues de question, ou des articles argumentés de réflexion théorique ou de réflexion sur des pratiques cliniques, toujours argumentées scientifiquement et/ou sur des bases cliniques, ainsi que des courriers de lecteurs traitant de l'actualité scientifique ou clinique. Seront aussi publiés les résumés d'ouvrages.
E&P*TCC* se distingue donc du JBCT non seulement par la langue mais par la place importante ouverte aux cas cliniques et à la pratique des TCC. Dans ce n°0 ce sont d'ailleurs uniquement des cas cliniques en pratique TCC qui apparaissent. Mais cela constitue une exception uniquement due au bref délai disponible pour le constituer et au fait qu'il n'y a pas encore eu d'appel officiel à articles : ceux recueillis ici ont été fournis par des membres du Groupe 2025 qui se sont dévoués pour permettre la sortie de ce numéro (rassurez-vous, ils ont été expertisés dans les normes !).
D'une certaine manière l'É&P*TCC* peut être considéré comme un autre successeur du JTCC que ne l'est déjà le JBCT, tout en lui étant complémentaire et non concurrent. Par le fait que ce journal est en français, évidemment, mais aussi parce que, conséquemment, il est facilement accessible aux praticiens peu habitués à lire des articles en anglais.

Mettre ce nouveau journal à leur portée linguistique ne veut pas dire en faire un sous-journal de piètre qualité scientifique. Nous espérons pouvoir recevoir de nombreux articles scientifiques de très bonne qualité, tout comme c'était le cas avec le JTCC. Nous pensons par exemple à de nombreuses recherches menées dans nos pays de langue française par nos étudiants en fin d'études, parfois en doctorat, ou en formation à l'AFTCC, qui n'ont pas besoin d'une publication dans un journal fortement coté SJR. Il en est de même pour la plupart des praticiens qui voudraient publier certains cas intéressants par leur nouveauté et/ou l'originalité de leur prise en charge et donc potentiellement captivants pour les praticiens en TCC.

Nous n'avons pas voulu limiter le type d'articles car nous considérons que cette nouvelle revue est une revue à part entière, même si elle est en français et même si lors de son lancement les moyens disponibles sont loin de ceux d'une revue internationale établie. En ouvrant au maximum l'éventail des articles, pourvu qu'ils traitent des TCC, nous voulons élargir le champ des apports de connaissances dans ce domaine afin de permettre un accès maximal des savoirs à tous, chercheurs, praticiens et étudiants en TCC…, et pourquoi pas à celles et ceux qui, non formés dans notre champ de connaissances et de pratiques, veulent s'informer de celles-ci.

Mais l'É&P*TCC* ne doit pas être qu'une source d'information pour nos membres et pour toutes les personnes au monde voulant améliorer leurs connaissances dans notre domaine. Il doit également être l'œuvre des membres de l'AFTCC ou d'associations d'autres pays de langue française. Il n'existera que parce qu'il sera alimenté en articles par tous ceux qui sont a priori susceptibles

d'apporter leurs connaissances nouvelles issues de leurs travaux de recherches, de leur pratique, de leurs lectures, ou encore de leurs réflexions sur leurs connaissances et leur pratique. C'est donc un appel à articles que nous lançons ici : plus vous y participerez, plus É&P*TCC* vivra, sera riche, deviendra incontournable dans le domaine des TCC.

À vos plumes…, souvent remplacées de nos jours par des claviers. Nous attendons vos articles : n'oubliez pas de lire dans ce n°0 les Recommandations aux Auteurs pour les proposer dans les normes utiles à l'uniformisation de leur agencement.

Et nous avons aussi besoin de reviewers (veuillez excuser cet anglicisme dans une revue francophone, mais le terme « lecteur » parfois utilisé porte trop à confusion). Les reviewers sont indispensables pour assurer la qualité des articles publiés. Aussi n'hésitez pas à faire connaitre votre domaine d'expertise pour être contacté par nos Rédacteurs qui vont gérer votre nouvelle revue.

L'É&P*TCC* sera votre journal si vous en faites vous-même votre journal.

Déclaration d'intérêts

Lucia Romo déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts

Marc Hautekeete déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts

Références

Hautekeete, M., Callahan S., Clément, C., Khazaal, Y., Monestès, J.-L., Reder, F., Rengade, C.-E., Rousseau, A. (2018). L'évolution passée et future du JTCC-JBCT. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive / Journal of Behavioral and Cognitive Therapy, 28*(2), 51-54. https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2018.04.001

Éditorial

Pour une Clinique accomplie ?

For an accomplished Clinic?

Vincent Guilloux[a]

a) 27, rue Sarrette 75014, Paris

C'est une renaissance. Voici le « numéro zéro » de la nouvelle Revue trimestrielle de l'Association Française de Thérapie Comportementale & Cognitive : « Études & Pratiques TCC » - de la Recherche à la Clinique -.

Sa vocation ? Bien sûr transmettre un choix d'articles conformes aux méthodes rigoureuses de la recherche en T.C.C, nécessairement prolongés ici d'éléments de réflexion propres à mieux comprendre, mieux fonder, mais aussi mieux interroger les pratiques cliniques afin d'en ajuster constamment les modalités pour celles et pour ceux qui nous consultent. Ceci, loin d'un usage littéral des protocoles de recherche en psychothérapie, ce qui reviendrait à les ériger en couloirs méthodologiques qui — même si cela peut encore rassurer quelques novices ou servir quelque algorithme — contraindrait à censurer le moindre pas de côté et confinerait à une cécité doctrinaire.

Face aux problématiques rencontrées — qui plus est dans un environnement bouleversé à grande vitesse, où les fondements conceptuels de nos vies sont insuffisamment interrogés* et où la parole est trop souvent dégradée en réactions, mensonges et primat de l'émotionnalisme —, c'est soutenir aussi que « l'efficacité [de nos pratiques en TCC] ne réside pas seulement dans la fidélité aux protocoles, mais dans notre capacité à les faire évoluer »**, à les ajuster intelligemment, à les contextualiser avec inventivité, en accord avec les besoins des patient.e.s.

Tandis que la recherche est l'exercice du doute méthodique au moyen d'hypothèses mises à l'épreuve des faits, que les sciences, par différentes modalités de recherche, produisent des véricondi tionnalités, c'est-à-dire des vérités provisoires valides aussi longtemps qu'elles ne sont pas réfutées, la clinique est l'art — oui, un art calqué sur la recherche et inspiré des sciences, ouvert à la sérendipité —, de se pencher « en première personne », avec humilité, prudence et sollicitude, sur les conditions singulières et complexes de l'expérience présentée par chaque patient.e.

De fait, c'est bien par l'exercice clinique — vivant, partagé, incarné, en « pleine conscience » — que peuvent être attestées la pertinence des méthodes et leur efficacité alors éprouvée.

Bien loin d'un computationnalisme réducteur, standardisé et quelque peu scientiste (excusez le pléonasme) qui chercherait, en pratique, à confirmer des protocoles en lieu et place du soin. Quoi qu'il en soit, cette aptitude élargie dans leur exercice réclame des praticien.ne.s une interrogation constante et une connaissance intime de soi-même — en tant qu'être humain —, gage d'implication dans l'accomplissement de leur conscience clinique. Ce qu'aucune « intelligence artificielle » ne pourra atteindre.

Voici donc « Études & Pratiques TCC — de la Recherche à la Clinique » invitant chacune, chacun à réaliser cette vocation de rigueur, d'une *disponibilité mentale-sensible,* et d'un ajustement inventif avec ses patient.e.s,

incorporant chaque fois l'imprévisibilité inhérente à la diversité des rencontres humaines.

* Rappelant que sur ce point les TCC, dans leur prétention cognitiviste, ne peuvent se limiter à une conception comportementaliste.

.

Déclaration d'intérêts
Vincent Guilloux déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts

** *cf.* En conclusion de la présentation du 53e Congrès AFTCC tenu du 12 au 13 décembre 2025.

Article original

De l'importance de bien discriminer l'exposition à la honte de l'exposition aux situations d'humiliation dans le traitement du Trouble de l'Anxiété Sociale. Le cas d'Évelyne.

The importance of distinguishing between exposure to shame and exposure to humiliation situations in the treatment of Social Anxiety Disorder. The case of Évelyne

Marion Mari-Bouzid[a]

a) Cabinet de Psychologie, Appt. 31, Imm. 4, Lot. L'Hana, 44000 Essaouira El Jadida, Maroc.

Reçu le 14 octobre 2025, reçu sous la forme révisée le 18 novembre 2025, accepté le 21 novembre 2025

Résumé

Les déterminants héréditaires, tempéramentaux du Trouble de l'Anxiété Sociale (TAS) sont aujourd'hui admis. Ils orientent le thérapeute vers la mise en place de protocoles d'exposition visant à diminuer la réactivité neurobiologique à la honte. Pour autant, il est des patients ayant vécu dans leur parcours de vie des situations d'humiliation à l'origine de probables réactions de stress post-traumatique avec mise en place de réactions de figement associées. Pour ces patients, la nature des exercices proposés lors des expositions, susceptibles de déclencher chez les interlocuteurs des attitudes moqueuses ou agressives, peut aboutir à une réactivation de la mémoire traumatique et à une sensibilisation à la honte en lieu et place de l'habituation attendue. Nous présentons, à travers le cas d'Évelyne, une combinaison de traitements du TAS, mêlant exposition à la honte et désensibilisation à la mémoire du trauma via des exercices de re-scénarisation en imagerie associés à la mise en place de comportements d'affirmation de soi alternatifs à la réaction de figement. Nous mettons ainsi l'accent sur la nécessité de bien discriminer dans l'analyse fonctionnelle ce qui relève d'une sensibilité constitutionnelle à la honte d'une sensibilisation ultérieure reliée à des expériences de vie humiliantes et traumatiques.

Mots clés : Trouble de l'Anxiété Sociale, Modèle neurocomportemental de l'anxiété sociale, Humiliation par les pairs, Thérapie d'exposition, Re-scénarisation en imagerie, Affirmation de soi.

Auteur correspondant : Marion Mari-Bouzid., Appt. 31, Imm. 4, Lot. L'Hana, 44000 Essaouira El Jadida, Maroc

Publié par l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive.

Summary
The hereditary and temperamental determinants of social anxiety disorder (SAD) are now widely acknowledged. They guide therapists toward implementing exposure protocols aimed at reducing the neurobiological reactivity to shame. However, some patients have experienced humiliating situations during their lifespan that likely led to post-traumatic stress reactions, including freeze responses. For these individuals, the nature of exposure exercises—potentially eliciting mocking or aggressive reactions from others—can reactivate traumatic memories and result in increased sensitivity to shame instead of the expected habituation. This article, through the case of Évelyne, presents a combined treatment for SAD, integrating exposure to shame with desensitization of traumatic memory using imagery rescripting exercises, alongside targeted work on developing assertive behaviours as alternatives to the freeze response. The case highlights the importance of clearly distinguishing, within the functional analysis, between a constitutional sensitivity to shame and a later sensitization linked to humiliating and traumatic life experiences.

Keywords
Social Anxiety Disorder, Neurobehavioral model of social anxiety, Peer humiliation, Exposure therapy, Imagery rescripting, Self-assertion.

Introduction

Le Trouble de l'Anxiété Sociale (TAS) apparait le plus souvent à l'adolescence avec une médiane à 13 ans (DSM 5), période durant laquelle le besoin d'appartenance au groupe et l'importance du jugement des pairs tend vers son apogée. Pour autant, de nombreux patients souffrant d'anxiété sociale reconnaissent avoir été des enfants au caractère timide et réservé (Servant et Parquet, 1997) ce qui laisse à penser à une forte composante génétique de ce trouble ; ainsi, même s'il reste difficile dans le TAS de faire la part entre hérédité et apprentissage par modèle du comportement d'inhibition ou par surprotection parentale (Hummel et Gross, 2001 ; Bögels, 2001), il existe pour la majorité des auteurs un continuum entre timidité dans l'enfance et anxiété sociale chez l'adulte (Grose et Coplan, 2015 ; Schwartz et al, 1999). Pour les personnes concernées, il existerait donc « une base neuro-anatomique » prenant la forme d'une hyperactivité du système de la peur via la région amygdale/hippocampe, englobant le cortex préfrontal (Mathew et al, 2001 ; Tillfors, 2004) et produisant une sur-sensibilité à toutes les situations sociales, allant de la simple gêne/ embarras jusqu'à la honte franche. Là où des personnes non sensibilisées, fidèles à l'adage selon lequel « le ridicule ne tue pas », parviennent à relativement bien tolérer des situations d'embarras passagères, celles ayant cette sursensibilisation vivent ce sentiment comme insupportable et à éviter systématiquement.

L'inhibition comportementale qui en découle empêche l'apprentissage des conduites sociales adéquates. Le défaut de compétences sociales renforce encore plus le retrait social (Hautekeete, 2002).

Ces constats ont mené à l'élaboration de protocoles allant de l'entrainement à l'affirmation de soi à d'autres basés sur l'exposition, tels que l'exposition massive

à la honte, dont traite en partie cet article, qui se rapproche du flooding et qui découle du modèle neurocomportemental de l'anxiété sociale (Trybou, 2023). Ce protocole d'exposi-tion massive à la honte reprend le modèle de l'habituation classique en lui associant implicitement le modèle d'apprentissage par inhibition basé sur la violation des attentes (Craske et al, 2014) via, d'une part, le caractère massif de l'exposition et, d'autre part, l'absence de travail cognitif préalable. Ainsi, les expériences comportementales propo-sées au patient visent à provoquer d'intenses sentiments de honte (le principe est de rendre impossibles les évitements ou les comportements de contrôle) pour permettre aux personnes de tester et réviser radicalement leurs croyances concernant les menaces tant internes (la honte est insupportable) qu'externes (les autres sont forcément malveillants et prompts à me juger). Ce type d'exposition agirait comme un « vaccin sur l'amygdale » (Trybou, 2023), désensibilisant à la peur de la honte.

Pour autant, nous savons que certains patients que nous accompagnons auront vécu dans leur parcours de vie des situations de harcèlement ou d'humiliation. Ces situations, conjuguées à un éventuel déficit d'affirmation de soi, peuvent constituer la base d'un conditionnement aversif puissant se traduisant par la peur de revivre de telles situations d'humiliation et de se trouver sans ressources pour faire face. On passe ainsi du modèle neuro-comportemental de l'anxiété sociale d'hyper-sensibilité au sentiment de honte au modèle du psychotrauma appliqué aux situations sociales (Eisenberger et al, 2003 ; MacDonald et Leary, 2005) impliquant, non un comportement d'inhibition sociale, mais une réaction de figement face à une agression (Gallup, 1977; Volchan et al, 2011). Évidemment, le protocole de soin n'est pas le même : dans le premier cas, il consistera à de l'exposition à la honte et dans le deuxième à un travail de désensibilisation aux souvenirs traumatiques avec la mise en place de com-portements affirmés alternatifs au com-portement de figement. C'est dans ce cadre que prend tout l'intérêt d'une analyse fonctionnelle au cours de laquelle le thérapeute devra bien prendre soin de discriminer dans la diachronie les facteurs prédisposants des événements traumatiques éventuels ayant présidé à la mise en place d'un comportement d'évitement renforçateur du TAS.

	Exposition massive à la honte (type flooding)	Re-scénarisation en imagerie
Temporalité	Dans le présent	Dans le passé avec projection sur le présent
Émotion cible	Anxiété/Honte	Humiliation/Honte*
Modalités	In vivo	En visualisation
Procédure clinique	Exposition à la situation aversive/violation des attentes	Re-écriture de la situation traumatique
Principe actif	Accueil-observation de l'émotion/expérience contradictoire avec les croyances antérieures	Réponse au besoin fondamental sous-jacent à l'émotion/développement de compétences d'affirmation de soi
Conséquences attendues	Habituation (diminution de l'émotion)/nouvel apprentissage par inhibition réciproque	Switch d'émotion/correction des croyances sur soi liées au passé/mise en place de comportements affirmés au présent

*Valable dans ce cas de TAS car en thérapie des schémas et plus largement, toutes les émotions peuvent être retravaillées via la re-scénarisation en imagerie.

Tableau 1 – Comparaison des procédures cliniques : Exposition massive à la honte/Re-scénarisation en imagerie

Cette discrimination est d'autant plus importante que, lors des séances d'exposition, la nature des exercices proposés (chanter une chanson idiote, poser des questions absurdes, etc.) est à même de déclencher chez les interlocuteurs des réactions allant du simple amusement à des comportements de franche moquerie ou d'agressivité qui peuvent exposer les personnes à une réactivation de la mémoire traumatique et la mise en place de nouvelles réactions de figement. Le risque est alors de voir nos patients être sensibilisés au lieu de l'habituation attendue. Le cas présenté ci-dessous donne un exemple de combinaison de traitements mêlant l'exposition à la honte dans le cadre d'une anxiété sociale constitutionnelle (tempérament timide de base) avec le traitement de souvenirs traumatiques susceptibles d'être réactivés par les situations d'exposition.

Présentation du cas d'Évelyne.
Entre modèle neurocomportemental et modèle du psycho-trauma

Évelyne est une femme d'une quarantaine d'années, présentant un TAS, avec une phobie plus marquée sur la prise de parole en public, compliqués d'un trouble de personnalité évitante. Elle se décrit depuis toute petite comme particulièrement timide et réservée. Nous avons fait passer à Évelyne l'Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (1987), une échelle de 24 items, dont 12 d'interaction sociale et 12 de performance sous le regard d'autrui, chacun se décomposant en deux sous-items (anxiété et évitement). Cette échelle a fait l'objet de plusieurs études de validation (Yao et al., 1999 ; Heimberg et al., 1999 ; Safren et al., 1999) et permet d'apprécier la sévérité de l'anxiété sociale ainsi que d'en suivre l'évolution au cours du traitement. Le score global varie de 0 à 144. Elle cote en début de prise en charge un score total de 101, ce qui correspond à une anxiété très sévère (score > 95). L'analyse fonctionnelle que nous ne présenterons pas ici en détail met en évidence un facteur héréditaire (tempérament anxieux de base) associé à un apprentissage par modèles de comportements d'inhibition (les deux parents d'Évelyne souffrant d'anxiété sociale), et à des comportements de surprotection parentaux (mère lui évi-tant toute confrontation avec les autres). Le retrait social qui en a découlé a eu pour conséquence un déficit dans le développement des compétences sociales. On note comme facteurs aggravants des situations de harcèlement et d'humiliation répétées dans l'enfance à l'école primaire avec la mise en place de réactions de figement à l'origine de schémas d'exclusion sociale et d'imper-fection/honte (Young, 2003). L'évitement de situations sociales à plus de trois personnes a eu pour conséquence le maintien de l'anxiété jusqu'à l'âge adulte. Compte-tenu des expériences traumatiques précoces et de l'existence de schémas dysfonctionnels, nous avons mis en place une thérapie des schémas et retravaillé dans ce cadre plusieurs souvenirs précoces d'humiliation en re-scénarisation en imagerie dans lequel un adulte sain (le thérapeute au début puis la patiente ensuite), entre dans l'image pour confronter les agresseurs et répondre au besoin de sécurité du moi enfant de la patiente. Ce travail s'est poursuivi jusqu'à ce qu'Évelyne elle-même soit capable de répondre à ses agresseurs (majoritairement des camarades de classe), développant ainsi de nouvelles compétences comportementales et émotionnelles pour faire face. Ce travail préliminaire au travail d'exposition, bien que nécessaire, ne modifiera cependant pas les réponses d'Évelyne au questionnaire de Liebowitz, du fait de l'évitement massif des situations sociales qui sera la cible de la suite du traitement.

La deuxième partie de la prise en charge a donc consisté en un travail motivationnel et à la mise en place d'exercices d'exposition (d'abord progressifs pour la préparer à un mode d'exposition plus massif) destinés à neutraliser les évitements, diminuer l'hyperréactivité à la honte et corriger les croyances dysfonctionnelles dans le présent. Plus précisément, nous détaillerons ci-après un extrait de séance visant à préparer l'exercice d'exposition massive dans la rue et les magasins comportant un travail d'affirmation de soi en cas de situations humiliantes, via la rescénarisation en imagerie. Nous présenterons ensuite un compte-rendu succinct de la séance d'exposition massive.

Principales étapes de la prise en charge	
Séances 1 et 2	Diagnostic, anamnèse, présentation du travail d'auto-observation.
Séances 3 et 4	Passation des questionnaires (Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz et YSQ-L3 - Young Schema Questionnaire -forme longue) et recueil du travail d'auto-observation.
Séances 5 à 7	Débriefing des questions au YSQ-L3.
Séances 8 et 9	Conceptualisation de cas en thérapie des schémas concernant les schémas précoces inadaptés et analyse fonctionnelle selon le modèle SECCA du TAS.
Séances 10 à 49	Travail en thérapie des schémas sur la neutralisation des schémas précoces inadaptés (Isolement social, Imperfection/Honte, Échec/Incompétence, Assujettissement, Abandon) : Reparentage partiel, rescripting en imagerie, dialogue entre les modes de schémas, confrontation empathique, tâches comportementales de confrontation des schémas.
Séance 50	2ème passation de l'Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz. Travail motivationnel préparatoire au travail d'exposition.
Séances 51 à 59	Expositions progressives à l'anxiété sociale et à la honte.
Séance 60	Travail motivationnel préparatoire à la séance d'exposition massive dans la rue et les magasins.
Séance 61	Préparation de la séance d'exposition massive à la honte dans la rue et les magasins.
Séance 62	Séance d'exposition massive dans la rue et les magasins.
Séance 63	Séance post-suivi à 3 semaines. 3ème passation de l'Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz.
Séances 64 et 65	Séances de discussion sur la manière de continuer à s'exposer dans les situations du quotidien.
Séance 66	Séance Post-suivi à 3 mois. 4ème passation de l'Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz.
Séance 67	Séance post-suivi à 6 mois. 5ème passation de l'Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz.

Tableau 2 : Étapes de la prise en charge

Méthode

Procédure clinique - Extrait de séance de préparation à l'exposition dans la rue et les magasins :

L'exercice d'exposition massive décidé d'un commun accord avec Évelyne consiste en une sortie dans les rues commerçantes de sa localité un samedi après-midi en robe de mariée (tenue choisie par elle en accord avec ses valeurs, la robe de mariée étant celle de sa grand-mère décédée qu'elle affectionnait particulièrement). Elle devra s'arrêter devant tous les petits groupes de personnes qu'elle croise et/ou attablés aux terrasses de café en leur proposant de leur chanter une chanson ridicule (Évelyne a choisi le début de la chanson du dessin animé « Candy »). Le morceau est assez court pour ne pas laisser le temps aux personnes de la filmer et de diffuser le film sur les réseaux sociaux (l'objectif de cette mesure étant de lui faire éviter des conséquences négatives en termes de réputation professionnelle). Nous veillons bien également dans les circonstances de l'exposition à éliminer tout comportement qui pourrait paraître irrespectueux, le but étant de ne pas provoquer volontairement des réponses d'agression. Grâce au travail motivationnel et de psychoéducation, Évelyne est très motivée car elle veut se

libérer radicalement de son trouble ancien et invalidant. Sachant le type de réaction de figement qui risque de se mettre en place en cas de remarque moqueuse ou agressive, nous préparons l'exposition par une analyse fonctionnelle ciblée sur les émotions /pensées/comportements précis susceptibles d'être activés par les situations redoutées lors de l'exposition, suivie d'un travail de re-scénarisation / affirmation de soi. Le but est de vérifier qu'en cas de moquerie avérée, Évelyne sera capable de mettre en place un comportement affirmé. Quand je lui demande d'imaginer la situation en fermant les yeux et de façon concrète, l'anxiété monte assez fortement (SUD de 8/10). Évelyne me dit redouter qu'on se moque d'elle. Je l'invite à envisager le type de moquerie précis qu'elle redoute. Elle anticipe deux sortes de réactions :

Des personnes agacées qui lui lancent une remarque du type « Vous êtes gentille, vous pouvez aller plus loin pour aller chanter ? ».

Des personnes moqueuses : Évelyne les visualise en train de rire. Je lui demande de faire parler les rires. Elle pense qu'ils pourraient dire quelque chose comme « Elle est complètement folle ! Ils ne sont pas tous enfermés ? ».

L'émotion ressentie est une honte intense (SUD de 8/10 également) avec tout le corps qui brûle et l'envie de disparaître. Les croyances sur les autres et sur soi identifiées sont « on va me répondre sèchement ou se moquer de moi » et « je serai terrassée par un sentiment de honte insurmontable ».

Évelyne étant habituée au travail de re-scénarisation en imagerie, je lui demande de fermer les yeux et de visualiser la jeune Évelyne qui ressent la même émotion/ sensation successivement sur la réaction N°1 puis N°2.

Sur la réaction N°1, elle re-visualise un souvenir d'enfance déjà travaillé se déroulant à la rentrée en CM2. Elle ne figurait pas sur les listes de classe et avait dû faire toutes les salles de cours pour savoir si elle y était inscrite, se faisant remarquer et ayant eu affaire à des comportements agacés des instituteurs.

Sur la réaction N°2, elle visualise un autre souvenir avec son père boulanger qui l'amène avec dix minutes de retard à l'école, le cours ayant déjà commencé et qui frappe à la porte pour qu'on la laisse entrer, puis qui revient encore cinq minutes plus tard pour demander à Évelyne s'il ne lui a pas laissé sa sacoche de boulanger qu'il ne retrouve pas. Elle décrit une réaction de rires et de moqueries d'un petit groupe d'élèves qui, à la fin de la classe et ensuite régulièrement pendant l'année, lui diront en « singeant » son père « Alors Évelyne, comme ça tu n'as pas ma sacoche ? ».

Un travail sur le deuxième souvenir (le pire pour Évelyne et qu'elle a souhaité aborder en premier) lui suffira pour basculer d'un comportement inhibé à affirmé. Lors de la re-scénarisation et grâce au travail préalable, elle est capable de rentrer elle-même adulte dans l'image (en mode « combattante », tel qu'elle l'a nommé en thérapie des schémas). Elle s'adresse aux jeunes moqueurs en leur disant très calmement « Très bien, je prendrai le temps d'observer vos parents à la sortie de l'école. Vous avez vu mon père et bien je vais voir aussi le vôtre ». Les jeunes cessent de rire. Évelyne se sent confiante et plus forte, droite et ferme dans ses propos. Je lui demande alors de revenir à la situation anticipée de l'exposition, face aux éventuels moqueurs qui pourraient lui lancer « Elle est complètement folle ! Ils ne sont pas tous enfermés ? ». Elle se voit assez facilement en train de leur répondre « je suis folle, mais au moins j'en fais profiter les autres ». Nous revenons alors à la réponse N°1 anticipée (« Vous êtes gentille, vous

pouvez aller plus loin pour aller chanter ? »). Évelyne la « combattante » leur répond : « Je n'avais pas remarqué que vous aviez le monopole de la rue. J'en prends note », puis se visualise s'éloigner en les ignorant.

Le travail en imagerie et sa capacité de répartie la rassurent énormément quant à sa capacité à trouver les réponses adéquates si les situations redoutées se produisent. Il est convenu que nous effectuerons juste avant l'exposition un rappel en mémoire de ce qui vient d'être travaillé afin de rendre à Évelyne son mode « combattante » accessible.

Compte-rendu de l'exposition massive dans la rue et les magasins

Évelyne sortira dans sa robe de mariée et devra quantifier son niveau général d'anxiété/honte (lié au simple fait d'être sur visible en tenue excentrique). Puis, elle devra aller vers tous les groupes de deux personnes au moins qu'elle croise sans faire de sélection et leur proposer de chanter sa chanson. Elle devra à chaque groupe quantifier l'intensité du pic d'anxiété/honte. Elle devra bien veiller à regarder chaque personne du groupe dans les yeux sans sélectionner parmi elles les plus bienveillantes et chanter assez fort, sans se presser, ni se justifier et ni se cacher derrière sa frange (comportements d'évitement mis à jour lors de l'analyse fonctionnelle). Je resterai à une quinzaine de mètres derrière elle pour identifier les éventuels comportements d'évitement et nous ferons un point téléphonique régulièrement après les expositions aux groupes. Elle aura son téléphone dans son sac avec un écouteur seulement dans l'oreille pour entendre mes consignes et que je puisse aussi entendre ses échanges avec ses interlocuteurs.

Déroulé de l'exposition

Nous avons opté pour trois mesures de l'Anxiété/Honte : 1- Celle de l'Anxiété-Honte "de fond" liée au simple fait d'être visible en robe de mariée dans la rue (toutes les 40mn environ), 2- celle des pics d'Anxiété-Honte au moment de chanter sa chanson auprès des passants, 3- celle des pics d'Anxiété-Humiliation en cas de réponses agressives ou moqueuses des interlocuteurs.

Début de l'exposition : **16h**

Situations d'exposition	*Pics Anxiété-Honte*	*Pics Anxiété-Humiliation*	*Anxiété-Honte de fond*	*Débriefings*
1- Chanson « Candy » face à deux personnes	8-9/10		8/10	
2- Groupe de quatre personnes	8/10			
3- Terrasse de café face à deux filles avec un groupe à côté qui peut entendre	6/10			Étant donné la baisse notable de l'anxiété dans un temps aussi court, je pose l'hypothèse qu'Évelyne met en place des évitements. Je lui demande si elle a bien fixé chaque personne dans les yeux. Elle reconnait avoir baissé les yeux au moment de chanter la chanson. Je l'invite à neutraliser cet évitement.
4- Couple de deux personnes en terrasse de café	8/10			
5- Famille	6/10			
6- Trois dames	5/10		5/10	Je veux à nouveau vérifier si la baisse de l'anxiété/honte est due à l'habituation plutôt qu'à un évitement. Je fais remarquer que, lorsqu'elle a eu le choix entre plusieurs groupes, elle est allée plus spontanément vers une famille ou des dames d'un certain âge. Ne serait-ce pas un évitement face à la catégorie socio-professionnelle redoutée (personnes de son âge, groupes d'amis) ? Elle le reconnait, même si sur le moment elle dit n'en avoir pas vraiment eu conscience. Je l'invite à neutraliser cet évitement.
7- Groupe de trois personnes (un homme et deux filles)	8/10			
8- Groupe de quatre filles	7-8/10			
9- Groupe de deux femmes. L'une d'entre elle lui lance		9/10		Évelyne s'est figée et n'a rien répondu. Elle a ressenti cette brûlure avec des picotements dans tout le corps et à nouveau l'envie de disparaître. Nous

« Mais qu'est-ce qu'elle nous veut celle-là ? »				prenons quelques minutes pour revisualiser la situation d'enfance et la correction en faisant intervenir Évelyne « la combattante », puis je lui demande d'imaginer ce qu'elle aurait pu répondre dans ce mode. Elle se voit en train de répondre « Rassurez-vous, je ne suis pas dangereuse, juste dérangée ! ». Elle se sent tout de suite mieux. Je lui demande de reprendre l'exposition en visualisant l'Évelyne « combattante » prête à intervenir à côté d'elle. Je lui dis également qu'au besoin je serai dans l'oreillette. Évelyne reprend.
10- Groupe de deux personnes (un couple de personnes âgées)	5/10			
11- Groupe de trois personnes (même âge et même niveau socio-culturel)	7/10			
12- Groupe de quatre personnes (idem)	6/10		4/10	
13- Groupe de trois personnes (adolescents). L'un d'entre eux lui lance en riant « Il est où ton prince charmant ? ».		7/10 (très court)		Après un moment de figement, Évelyne a revisualisé « la combattante » en flash qui confrontait les élèves de sa classe. Elle a alors répondu spontanément (« Nous ne sommes pas dans un conte jeune homme ») puis a passé son chemin. Elle se sent plus forte et fière d'elle.
14- Famille (trois personnes, parents, ado)	4/10			
15- Deux personnes (jeunes femmes pressées)	6/10			
16- Quatre ados	6/10			
17- Terrasse de café (trois personnes, d'autres derrière peuvent entendre)	5/10			
18- Évelyne décide d'elle-même de rentrer dans un magasin où les vendeurs discutent entre eux. Ils la complimentent sur sa robe (simple taquinerie)	4/10		1/10	Elle a répondu « merci, j'en suis assez fière ». Elle est beaucoup plus à l'aise. Les pics ne montent plus très haut, même avec les personnes de la catégorie sociale sensible pour elle et l'Anxiété/Honte de fond liée à sa tenue décalée est descendue à pratiquement 0/10. Évelyne me partage le besoin de simplement marcher dans la rue avec sa robe de mariée, à l'aise, et de profiter de ce sentiment de bien-être (elle dit ne plus scruter son apparence, ni si on la regarde, éprouvant une sensation nouvelle de liberté très agréable). Je la félicite, lui dis être très contente pour elle et je l'invite à savourer ce moment.

Fin de l'exposition 17h50.

Résultats

Dans le débriefing général qui sera effectué post exposition, Évelyne a révisé plusieurs croyances anxieuses :

Elle est capable de survivre à sa honte et se rend compte que si la honte est tout à fait surmontable, c'est l'anxiété de vivre la honte qui rend sa vie insupportable.

Elle a réalisé que les personnes étaient beaucoup moins malveillantes qu'elle ne l'aurait imaginé. Il y avait :

-des personnes qui ont été très positivement étonnées et ont ri de bon cœur,

-d'autres qui semblaient gênées et ne savaient pas trop comment réagir,

-des personnes moqueuses, mais ça a été une très petite minorité,

-une personne un peu agressive.

Les personnes malveillantes ont été très minoritaires, ce qui la renforce dans l'idée que le problème vient plus de leur intolérance que d'elle.

Elle s'est rendu compte avoir les ressources pour faire face en cas de moquerie ou d'agression.

Il lui est demandé par la suite de ne pas éviter les lieux où elle s'est exposée, de ne pas s'empêcher d'avoir à faire aux mêmes personnes (comme les vendeurs du magasin) et de continuer à identifier dans le quotidien tout comportement de vérification (se « contrôler » ou scruter son environnement) ou d'évitement pour à nouveau s'exposer. Le principe de « segmentation » (Trybou, 2023) lui est expliqué afin qu'elle puisse généraliser les bénéfices de l'exposition à d'autres contextes. Ce principe est le mécanisme cognitif par lequel les patients vont segmenter les situations d'anxiété sociale en différentes catégories qui s'auto-excluent mutuellement et qui empêchent la généralisation des acquis de

l'expérience. Ainsi, j'explique à Évelyne que bien que sa honte dans la rue et les magasins soit montée à son niveau le plus haut, la segmentation pourrait se manifester à travers des pensées du type : "OK, j'ai compris que la honte liée au fait de marcher avec une tenue décalée dans la rue était surmontable, mais c'est parce que c'était avec des inconnus, si je me retrouve ridicule face à des connaissances qui pourront me revoir, la honte montera bien plus haut et sera insupportable", ce qui nous amènerait à devoir mettre en place une nouvelle exposition auprès de connaissances. Mais, alors qu'elle aurait constaté lors de ces expositions que la honte était à nouveau surmontable, son esprit pourrait encore "segmenter" de nouvelles sous-catégories : face à des collègues, ou une personne séduisante du sexe opposé, ou son supérieur hiérarchique, etc.

À trois mois, Évelyne cote un score de 63 au questionnaire de Liebowitz qui correspond à une anxiété sociale modérée. Elle présente seulement trois des quatre critères requis pour le diagnostic de personnalité évitante avec une intensité moindre. À six mois, le score remonte légèrement à 65. Évelyne évite encore certaines situations précises (plutôt liées à la prise de parole en public ou à des contextes très mondains où le jugement est plus marqué mais dont elle dit qu'ils ne correspondent pas à ses valeurs). Pour toutes les situations d'interaction sociale courantes, elle ne ressent presque pas de gène, voire un sentiment de liberté nouveau. Elle se découvre un caractère audacieux et un bon sens de l'humour. Si l'anxiété monte encore parfois (face à des groupes aux caractéristiques sociales sensibles ou à des personnes détentrices d'autorité), il suffit qu'elle se dise intérieurement « expose-toi » pour passer en mode d'affrontement de l'anxiété et que sa gêne disparaisse.

Discussion - Conclusion

L'anxiété sociale a cela de particulier et de complexe qu'elle prend son lit dans la relation à l'autre et le besoin vital d'appartenance et d'acceptation, essentiels pour la survie sociale (Maslow, 1943 ; Bowlby, 1969 ; Young et al, 2003). Elle implique le jugement d'un autre, qu'il soit hypothétique ou réel, jugement qui peut prendre des tournures très différentes, plaçant la personne face à un haut degré d'incertitude en comparaison avec des phobies simples qui mettent en scène un danger plus circonscrit et identifié. Ainsi, l'exposition avec un patient le confrontera à de nombreux stimuli aléatoires et difficilement anticipables (on ne sait jamais comment l'interlocuteur va réagir précisément), susceptibles d'activer un comportement de figement lié à des expériences d'humiliation passées. Cela rend les conditions de l'exposition bien plus difficiles à maitriser. Si ces situations ne sont pas travaillées en amont, le risque est de provoquer une sensibilisation au moins partielle au lieu de l'habituation visée.

Or, lors des exercices d'auto-observation visant à établir l'analyse fonctionnelle, les patients parlent souvent de façon indifférenciée de « honte » pouvant induire le thérapeute en erreur. Le cas d'Évelyne présenté ci-dessus pose la question de la pertinence de discriminer dans le récit de nos clients ce qui relève de la honte (activée par le simple fait d'être visible ou au centre de l'attention et qui relève du modèle neurocomportemental de l'anxiété sociale) et de l'humiliation (liée à un comportement d'agression de l'entourage et relevant du modèle du psychotrauma) et qui nécessite une désensibilisation aux souvenirs traumatiques avec la mise en place d'un comportement d'affirmation plutôt que de figement.

Pour ce qui est du choix de l'exposition massive à la honte comme procédure clinique pour cette patiente, il a été motivé par les résultats mitigés des méthodes d'exposition classiques qui lui ont été initialement proposées et qui n'amenaient qu'à des progrès lents, avec une difficulté de la patiente à s'exposer seule entre les séances du fait des nombreux évitements persistants. L'exposition massive étant une méthode à séance unique visant à neutraliser radicalement les évitements et à corriger tout aussi radicalement les croyances anxieuses, elle a été une réponse efficace à ce problème. Ces résultats font poser la question de la pertinence de cette procédure d'exposition massive dans les cas de TAS sévères et résistants, la limite étant le degré d'adhésion des patients au traitement et les schémas dysfonctionnels probablement reliés et devant être travaillés en amont.

Déclaration d'intérêts
L'auteure déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Éthique de la recherche
Les principes énoncés dans la déclaration d'Helsinki de 1964 et ses amendements ultérieurs sont respectés dans cette étude. Évelyne a donné son consentement éclairé pour participer à la recherche. Nous la remercions encore pour sa participation et sa confiance.

Références

American Psychiatric Association (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-5*. Masson.

Bögels, S.M., Van Oosten, A., Murris, P., et Smulders, D. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents*. Behaviour Research and Therapy*, *39*(3), 273-287. https://doi.org/10.1007/s00702-008-0118-4

Bowlby, J. (1969), *Attachment and Loss* (Vol. 1). Basic Books.

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., et Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, *58*, 10-23. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006

Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., et Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An FMRI study of social exclusion. *Science*, *302*(5643), 290-292. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1831

Gallup, G. G. Jr. (1977). Tonic immobility: The role of fear and predation. *Psychological Record*, *27*, 41–61. https://doi.org/10.1007/BF03394432

Grose, J., et Coplan, R. J. (2015). Longitudinal outcomes of shyness from childhood to emerging adulthood. *The Journal of Genetic Psychology*, *176*(6), 408-413. https://doi.org/10.1080/00221325.2015.1084988

Hautekeete, M. (2002). Modèles psychologiques des phobies sociales. Dans : Lempérière, T. (dir.), *Les phobies sociales* (p. 97-130). Masson.

Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., et Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine, 29*(1), 199–212. https://doi.org/10.1017/S0033291798007879

Hummel, R.M., et Gross, A.M. (2001). Socially anxious children: an observational study of parent-child interaction. *Child and Family Behavior Therapy*, *23*(3), 19-41. https://doi.org/10.1300/J019v23n03_02

Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. Anxiety. *Modern Trends in Pharmacopsychiatry*, *22*, 141–73. https://doi.org/10.1159/000414022
MacDonald, G., et Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, *131*(2), 202-223. https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202
Maslow, A. H., et Abraham, H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, *50*(4), 370-396. https://doi.org/10.1037/h0054346
Mathew, S. J., Coplan, J. D., et Gorman, J. M. (2001). Neurobiological Mechanisms of Social Anxiety Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *158*(10), 1558-1567. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1558
Safren, S. A., Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Schneier, F. R., et Liebowitz, M. R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(3), 253–270. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00003-1
Schwartz, C. E., Snidman, N., et Kagan, J. (1999). Adolescent Social Anxiety as an Outcome of Inhibited Temperament in Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*(8), 1008-1015. https://doi.org/10.1097/00004583-199908000-00017
Servant, D., et Parquet, P.J. (1997). *Les phobies sociales*. Masson.
Tillfors, M. (2004). Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences. *Nordic Journal of Psychiatry*, *4*, 267-276. https://doi.org/10.1080/08039480410005774
Trybou, V. (2023). *Comprendre et traiter l'anxiété sociale : nouvelles approches en TCC* (2e éd.). Dunod. (Collection Psychothérapies)
Volchan, E., Souza, G. G., Franklin, C. M., Norte, C. E., Rocha-Rego, V., Oliveira, J. M., David, I. A., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S., Fiszman, A., Berger, W., Marques-Portella, C., et Figueira, I. (2011). Is there tonic immobility in humans? Biological evidence from victims of traumatic stress. *Biological Psychology*, *88*(1), 13-19. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2011.06.002
Yao, S.-N., Note I., Fanget, F., Albuisson, E., Bouvard, M., Jalenques, I., et Cottraux J. (1999). L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux : validation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version française). *L'Encéphale*, *15*, 429-435.
Young, J. E., Klosko, J. S., et Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.

Anxiété transdiagnostique pendant la grossesse et symptômes de trouble de stress post-traumatique post-partum : étude d'un cas clinique.

Transdiagnostic anxiety during pregnancy and post-traumatic stress disorder after childbirth: clinical case study

Caroline Briaud[a], Rafika Zebdi[a]

a) Unité de recherche CLIPSYD, département de psychologie, 200 avenue de la République 92000 Nanterre Université Paris Nanterre, FRANCE

Reçu le 22 octobre 2025, révisé le 01 décembre 2025, accepté le 03 décembre 2025

Résumé : *Introduction :* Les études rapportent que 19% à 48% des femmes vivent un accouchement traumatique, et certaines d'entre elles vont développer un trouble de stress post-traumatique post-partum (TSPT-PP). Avec une prévalence estimée à 4% parmi les femmes ayant accouché, il s'agit d'une importante question de santé publique. Pourtant, malgré des conséquences majeures sur les femmes, les enfants et les familles, le TSPT-PP reste largement méconnu dans les services de maternité et les actions de prévention restent confidentielles. *Objectif :* Illustrer au moyen d'un cas clinique l'intérêt d'un modèle transdiagnostique de l'anxiété pour mieux prévenir, repérer et accompagner les femmes risquant de développer un TSPT-PP. *Méthode :* Il s'agit d'une étude exploratoire de cas unique. Pendant la grossesse, la participante a pris part à un entretien et répondu à des questionnaires évaluant les dimensions de l'anxiété transdiagnostique : l'agitation anxieuse (MASQ-AA) et l'appréhension anxieuse (PSWQ). Un mois après l'accouchement, elle a participé à un entretien pour explorer le vécu de son accouchement, qui s'est avéré traumatique, et a complété l'échelle City-BiTS afin d'évaluer les symptômes de TSPT-PP. *Résultats* : La participante présentait un niveau significatif d'agitation anxieuse et d'appréhension anxieuse pendant la grossesse. Elle a développé une forme infraclinique de TSPT-PP et présentait tous les critères à l'exception des symptômes d'évitement. *Conclusion :* Le modèle transdiagnostique de l'anxiété utilisé ici offre aux cliniciens une nouvelle perspective d'analyse des symptômes anxieux. Mieux comprendre le lien entre anxiété transdiagnostique et symptômes de TSPT-PP permettrait d'identifier les processus à cibler dans de nouvelles interventions de prévention.

Mots clés : Anxiété - Transdiagnostique - Approche processuelle - Trouble de stress post-traumatique - Périnatalité - Post-partum

---

Auteur correspondant : Caroline BRIAUD, UR CLIPSYD, Université Paris Nanterre UFR SPSE, bureau C108 B, 200 Avenue de la République 92000 Nanterre. caroline.briaud@parisnanterre.fr

Publié par l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive.

Summary: *Introduction:* Studies have shown that 19% to 48% of women experience traumatic childbirth and some of them may develop post-traumatic stress disorder after childbirth (CB-PTSD). With an estimated prevalence of 4% among women who have given birth, it represents an important public health issue. Despite its major consequences for women, children and families, CB-PTSD remains largely unknown in maternity wards, and preventive measures remain limited. *Objective*: Use a clinical case to illustrate the value of a transdiagnostic model of anxiety for better preventing, identifying, and supporting women at risk of developing CB-PTSD. *Method:* This is an exploratory single case study. During pregnancy, the participant was interviewed and completed questionnaires assessing dimensions of transdiagnostic anxiety: anxious arousal (MASQ-AA) and anxious apprehension (PSWQ). One month after giving birth, she participated in an interview to explore her experience of chilbirth, which proved to be traumatic, and completed the City-BiTS scale to assess CB-PTSD symptoms. *Results:* The participant had significant levels of anxious agitation and anxious apprehension during pregnancy. She developed a subclinical form of CB-PTSD and met all criteria except for avoidance symptoms. *Conclusion:* The transdiagnostic model of anxiety used here offers clinicians a new perspective for analyzing anxiety symptoms. A better understanding of the relation between transdiagnostic anxiety and CB-PTSD symptoms would help identify the processes to target in new prevention interventions.

Keywords: Anxiety - Transdiagnostic - Process-based approach - Post-traumatic stress disorder - Perinatal period - postpartum

---

Introduction

La périnatalité est devenue une priorité croissante des politiques publiques en France. Dans ce contexte, la « Politique des 1000 jours », vise notamment à mettre avec un accent fort sur la santé psychologique maternelle (Commission « Les 1000 premiers jours » & Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Cette initiative tend ainsi à dépasser une approche essentiellement biomédicale de la maternité, en proposant une meilleure prise en compte des dimensions psychologiques et émotionnelles de la maternité. Grâce aux avancées majeures et à la qualité de la prise en charge médicale, les complications obstétricales physiques sont aujourd'hui mieux maîtrisées. Cette amélioration met d'autant plus en lumière l'importance de compléter l'accompagnement périnatal par une atten-tion accrue aux troubles psychiques qui constituent désormais une complication fréquente et significative de cette période (Doncarli et al., 2023; Haute Autorité de Santé (HAS), 2020; Service d'information du Gouvernement, 2023).

Trouble de stress post-traumatique post-partum (TSPT-PP)

Au centre de cette période périnatale, l'accouchement peut se révéler particulièrement stressant pour les femmes et peut, dans certains cas, s'avérer traumatique. Les complications pendant le travail, le moment de la naissance ou juste après peuvent entraîner une menace réelle ou

perçue pour la vie des femmes et/ou de leur bébé, répondant ainsi au critère A d'un TSPT (Ayers et al., 2018). Les études rapportent qu'entre 19 et 48% des femmes ont vécu un accouchement traumatique (Alcorn et al., 2010; Ayers et al., 2009; Baptie et al., 2020; Bay & Sayiner, 2021; Nagle et al., 2022; Xu et al., 2025) et bien qu'une majorité d'entre elles voient leurs symptômes diminuer rapidement, certaines développent un TSPT-PP. Il s'agit d'une question importante de santé publique puisque la prévalence du TSPT-PP est estimée à 4% parmi les femmes ayant accouché et peut atteindre jusqu'à 18,5% dans les groupes présentant des facteurs de risques (Yildiz et al., 2017).

Le TSPT-PP se manifeste par un ensemble de signes présents tels que des symptômes d'intrusion et de reviviscence (critère B), des comportements d'évitements de tout ce qui pourrait rappeler l'événement (critère C), des altérations négatives de la cognition et de l'humeur (critère D) ainsi qu'une hyper-activation neurovégétative avec une hypervigilance (critère E) (American Psychiatric Association, 2022). On retrouve également parfois la présence de symptômes dissociatifs (dépersonnalisation, déréalisation). Les conséquences du TSPT-PP sont très vastes et peuvent avoir un impact négatif dans de nombreux domaines : la qualité de la relation mère-enfant (Davies et al., 2008), le développement socio-émotionnel de l'enfant (Garthus-Niegel et al., 2017), la qualité de la relation de couple (Ayers et al., 2018) ainsi que la représentation de soi et les émotions (Delicate et al., 2018). Malgré ces conséquences sévères, le TSPT-PP reste trop peu dépisté (Moran Vozar et al., 2021).

Anxiété et TSPT-PP

La mise en place de mesures de prévention de ce trouble passe alors par une meilleure compréhension des facteurs associés au développement des symptômes de TSPT-PP. Les modèles étiologiques du TSPT post-partum mettent en évidence trois types de facteurs : des facteurs de *vulnérabilité* pendant la grossesse, des facteurs de *risque* lors de l'accouchement et des facteurs de *maintien* après la naissance (Ayers et al., 2016). L'intérêt d'évaluer les facteurs de vulnérabilité est de permettre une prise en charge précoce au cours de la grossesse afin de réduire la probabilité de développer un TSPT-PP si un accouchement traumatique survenait.

Parmi les facteurs de vulnérabilité du TSPT-PP déjà repérés, on retrouve entre autres l'anxiété, la dépression pendant la grossesse, les antécédents d'avortement, de TSPT et de traumatisme (Ertan et al., 2021). Un autre facteur de vulnérabilité déjà identifié réside dans l'écart entre les attentes sur l'accouchement et l'expérience de l'accouchement réellement vécue (Grekin et al., 2021; Söderquist et al., 2009). De nombreuses études ont montré un lien entre un niveau élevé d'anxiété et le développement de symptômes de TSPT après l'accouchement (Brandão et al., 2020 ; Haagen et al., 2015 ; Sommerlad et al., 2021 ; Verreault et al., 2012).

Les modèles de l'anxiété utilisés dans ces études présentent cependant des limites. Par exemple, le modèle d'anxiété trait-état de Spielberger et al. (1970), très largement utilisé, ne fait presque pas référence aux phénomènes somatiques ou physiologiques liés à l'anxiété (Sharp et al., 2015) et discrimine insuffisamment l'anxiété de la dépression (Renner et al., 2018). Cela montre l'intérêt d'étudier le lien entre anxiété et TSPT-PP avec d'autres approches théoriques, et en particulier avec une approche processuelle, aussi appelée transdiagnostique, qui vise à dépasser les catégories nosographiques

traditionnelles du DSM-5-TR pour cibler des processus communs à divers troubles. L'approche processuelle postule ainsi que les troubles psychopathologiques sont médiés par des processus psychologiques, eux-mêmes influencés par des facteurs biologiques, des facteurs sociaux et des circonstances de vie (événements de vie, histoire des apprentissages) (Nef et al., 2012). Les processus susceptibles de contribuer aux manifestations anxieuses incluent par exemple les pensées négatives répétitives, l'intolérance à l'incertitude ou l'évitement expérientiel (Ehring & Watkins, 2008 ; McEvoy et al., 2019 ; Moses & Barlow, 2006). Cette approche se révèle particulièrement pertinente en périnatalité où les femmes présentent souvent une symptomatologie à l'interface entre somatique et psychologique (Howard et al., 2014), recoupant plusieurs catégories diagnostiques sans pour autant remplir tous les critères d'un trouble anxieux (Gavin et al., 2015 ; Silverwood et al., 2022). Elle permet alors de considérer les processus en action et d'identifier ainsi d'éventuelles vulnérabilités cliniques.

Le modèle transdiagnostique de l'anxiété développé Sharp et al. (2015) apparaît comme particulièrement intéressant car il propose une conception de l'anxiété en deux dimensions, l'agitation anxieuse et l'appréhension anxieuse, séparables aussi bien sur le plan psychologique que sur le plan neurobiologique. L'appréhension anxieuse est marquée par une propension à s'engager dans des pensées négatives et répétitives et est également souvent appelée « anxiété cognitive » ou « anxiété d'anticipation » (Nitschke et al., 1999 ; Sharp et al., 2015). Quant à l'agitation anxieuse, elle regroupe un ensemble de symptômes somatiques (essoufflement, palpitations, vertiges, transpiration, sensation d'étouffement, …) traduisant une hyperactivation du système nerveux autonome. On la retrouve aussi parfois sous le terme d'« anxiété somatique » (Nitschke et al., 1999).

L'approche transdiagnostique apporte un éclairage nouveau pour comprendre la continuité entre anxiété prénatale et TSPT-PP à travers le modèle cognitif du TSPT de la représentation duale de Brewin (2001) qui postule que les souvenirs liés à un évé-nement traumatique sont de deux types distincts qui coexistent en parallèle. D'une part, les souvenirs avec une représentation verbale *("Verbally Accessible Memory », VAM)* sont accessibles volontairement, intégrés au reste de la mémoire autobiographique de l'individu, et accompagnés d'un contexte spatio-temporel permettant de situer l'événement dans le temps. D'autre part, les souvenirs avec une représentation situationnelle *(« Situationally Accessible Memory », SAM)*, sont non-verbaux (informations visuospatiales, sensori-motrices ou émotionnelles) et accessibles involontairement par des indices situationnels (bruits, images, sensations, émotions) (Brewin, 2001).

La quantité d'information stockée dans cette mémoire verbale (VAM) dépend très largement des processus attentionnels, et lors d'un stress extrême cette attention est alors allouée à la menace perçue, privilégiant le SAM et altérant le fonctionnement du VAM (Charretier et al., 2021). Ainsi, une appréhension anxieuse élevée favorisant les ruminations anticipatoires et attentes catastrophistes pourrait diminuer la disponibilité cognitive nécessaire à l'encodage narratif de l'événement traumatique, limitant encore plus la formation des représentations verbales (VAM). En outre, une agitation anxieuse élevée, signe d'une hyperactivation physiologique, tend à augmenter la sensibilité aux sensations corporelles (Sharp et al., 2015), ce qui pourrait alors entrainer un encodage intensifié des SAM rendant plus probable

une réponse de stress post-traumatique intense.

Objectifs

L'objectif est d'illustrer, au moyen d'un cas clinique, l'intérêt d'un modèle trans-diagnostique de l'anxiété pour mieux prévenir, repérer et accompagner les femmes à risque de développer un TSPT-PP.

Méthode

Participante et procédure

Il s'agit d'une étude exploratoire de cas unique. La participante était majeure et volontaire pour participer à l'étude, qui s'est déroulée en deux temps. Pendant la grossesse (T1), la participante a pris part à un entretien d'environ 30 minutes pendant lequel elle a répondu à un questionnaire socio-démographique et complété les échelles MASQ-AA et PSWQ en mode semi-structuré, avec une exploration qualitative des réponses aux items. Pour le second temps de mesure (T2), un entretien d'environ 2 heures a été mené à 1 mois et 2 jours après l'accouchement afin d'évaluer les symptômes de TSPT-PP de la participante à l'aide du questionnaire City-BiTS et d'explorer le vécu de son accouchement.

Instruments

Agitation anxieuse **–** Cette sous-échelle MASQ-AA du questionnaire sur les symptômes de l'humeur et de l'anxiété (MASQ : Mood and Anxiety Symptom Questionnaire ; Watson et al., 1995) contient 17 items, pour lesquels l'individu doit indiquer à quel point il a ressenti certains symptômes *(ex : « J'ai ressenti une douleur dans la poitrine », « J'ai eu le souffle court »)* au cours de la semaine écoulée. Chaque item est noté grâce à une échelle de Likert en 5 points. Le score total varie ainsi de 17 à 85. À notre connaissance, aucun seuil clinique n'a été établi dans la littérature et il n'y a pas eu d'étude de validité de la MASQ en français, mais la version anglaise a été validée sur un échantillon d'étudiants (Reidy & Keogh, 1997). En l'absence de normes établies, Jacobson & Truax (1991) proposent une convention permettant de définir un seuil représentant un écart suffisamment important par rapport à la norme pour être considéré comme clinique. L'utilisation de ce principe (zone clinique à partir de deux écarts-types au-delà de la moyenne) avec les résultats de l'étude de Reidy & Keogh (1997), nous permet alors de déterminer un seuil clinique à 42. La MASQ-AA fait preuve d'une bonne consistance interne (α = .89).

Appréhension anxieuse **–** Le questionnaire de Penn State sur les inquiétudes (PSWQ : Penn State Worry Questionnaire ; Meyer et al., 1990) est une échelle d'auto-évaluation qui comporte 16 items *(ex : « Je m'inquiète tout le temps », « Dès que je commence à m'inquiéter, je ne peux plus m'arrêter »).* Chaque item est noté grâce à une échelle de Likert en 5 points. Le score total varie de 16 à 80. Un score supérieur à 60 représente un niveau d'appréhension anxieuse se situant dans la zone clinique d'après la littérature existante (Osborne et al., 2021). La version française du PSWQ de Gana et al. (2002) a démontré une bonne cohérence interne (α = .90).

Symptômes de TSPT-PP **–** L'échelle du traumatisme lié à l'accouchement (City-BiTS : City Birth Trauma Scale ; Ayers et al., 2018) est une échelle d'auto-évaluation en 29 items qui couvre l'ensemble des critères diagnostiques du DSM–5 (American Psychiatric Association, 2013) relatifs au TSPT. Les deux premiers items permettent d'évaluer le critère A, les 22

items suivants couvrent les critères B à E. La réponse à ces items se fait via une échelle de Lickert en quatre points qui permet d'indiquer la fréquence des symptômes au cours de la dernière semaine allant de *« pas du tout »* à *« 5 fois et plus »*. Deux items liés à la déréalisation et la dépersonnalisation permettent de repérer un TSPT avec symptômes dissociatifs et les cinq derniers items évaluent les critères F, G et H. La City-BiTS comporte quatre sous-échelles évaluant les principaux types de symptômes : les symptômes d'intrusion *(score 0 à 15)*, les symptômes d'évitement *(score 0 à 6)*, les altérations négatives de la cognition et de l'humeur *(score 0 à 21)* et enfin l'hyperactivation neurovégétative *(score 0 à 18).* Le score total varie ainsi de 0 à 60. La version française de la City-BiTS a fait preuve d'une bonne fidélité et d'une bonne validité pour l'évaluation des symptômes de TSPT-PP chez les femmes francophones (Sandoz et al., 2022). L'échelle totale a montré une bonne cohérence interne (α = .90). L'étude de validation ne définit pas de seuil clinique mais une étude brésilienne menée sur 343 femmes a déterminé qu'un score seuil de 29 offrait le meilleur équilibre sensibilité / spécificité (Osório et al., 2022). En l'absence de normes établies, la convention statistique définissant le seuil clinique à deux écarts-types (Jacobson & Truax, 1991) appliquée aux résultats d'une étude récente française de Briaud & Zebdi (2025) sur un échantillon de 30 femmes permet de déterminer les seuils cliniques suivants pour les sous-échelles : intrusion (seuil = 7), évitement (seuil = 3), altération de la cognition et de l'humeur (seuil = 11) et hyperactivation neurovégétative (seuil = 13).

Résultats : Cas de Nolwenn[2]

Anamnèse

Nolwenn, 34 ans, est mariée depuis 6 ans. Elle est cadre supérieur dans une grande entreprise française. Elle s'entend bien avec sa famille et avec ses frères et sœurs. Nolwenn est déjà maman d'une petite fille de 3 ans et demi. Elle est à 37 semaines d'aménorrhée lors de notre premier entretien. Nolwenn est atteinte d'une maladie chronique qui prend beaucoup de place dans sa vie quotidienne et qui lui a été diagnostiquée à l'âge de 9 ans.

Nolwenn est tombée enceinte fin 2018 après avoir juste commencé un traitement pour la fertilité. Cette première grossesse a été très suivie en raison de sa maladie, mais Nolwenn se sentait rassurée car la grossesse a débuté dans des conditions favorables sur le plan médical. Malheureusement, elle a dû faire face pendant toute sa grossesse à de nombreuses manifestations somatiques : une grande fatigue, des vomissements et des malaises répétés. Cela l'a conduite à ressentir « une certaine détresse » ; elle attendait son accouchement comme « une délivrance ». Son premier accouchement, une césarienne en urgence suite à un échec de déclenchement, « n'est pas un mauvais souvenir ».

Pour cette seconde grossesse, la pathologie dont souffre Nolwenn est à nouveau très présente et nécessite une surveillance médicale renforcée. Cette grossesse débute dans un contexte défavorable au plan médical, ce qui inquiète vivement Nolwenn par rapport à la santé de son bébé. Sa grossesse est très difficile à supporter : elle vomit environ six fois et fait une quinzaine de malaises chaque jour. Elle ne supporte plus cet état de grossesse qui lui cause tellement de désagréments. Au-delà de la détresse liée aux symptômes physiques très inconfortables, Nolwenn se voit comme « un

[2] [1] : Tous les prénoms, noms de lieux et caractéristiques pouvant permettre d'identifier le sujet, ont été modifiés afin de garantir l'anonymat.

environnement hostile pour sa fille ». Elle culpabilise beaucoup de ce qui pourrait arriver à son bébé à cause d'elle. Elle attend la date du terme et n'a plus aucun plaisir dans cette grossesse. La date d'accouchement pour une césarienne programmée est fixée avec les médecins. Elle voit cela comme « la ligne d'arrivée » jusqu'à laquelle il faut tenir.

Antécédents

En explorant les antécédents, Nolwenn a indiqué ne pas avoir reçu de diagnostic de trouble anxieux généralisé et selon elle, son premier accouchement ne présentait pas de caractère traumatique.

Dimensions transdiagnostiques de l'anxiété en anténatal

Nolwenn présente un niveau cliniquement significatif d'agitation anxieuse (score = 42 à la MASQ-AA). Si l'on explore ses réponses, on retrouve un ensemble de symptômes physiques variés, comme des vertiges, un essoufflement ou la bouche sèche. Le niveau d'appréhension anxieuse de Nolwenn (score = 61), évalué à l'aide du PSWQ, se situe lui aussi à un niveau cliniquement significatif car supérieur à 60 (Osborne et al., 2021). D'un point de vue qualitatif, Nolwenn semble présenter une forte intolérance à l'incertitude qu'elle tente de réguler avec un important besoin de contrôle. En effet, même lorsqu'il n'y a plus rien qu'elle puisse faire à propos d'un souci, elle continue de s'inquiéter.

Le profil clinique de la patiente montre ainsi l'association d'une agitation anxieuse élevée caractérisée par une hyperactivation du système nerveux autonome, et d'une appréhension anxieuse élevée, caractérisée par des anticipations négatives et des ruminations anxieuses. L'interaction entre ces deux dimensions crée une boucle d'amplification : l'activation physiologique alimente les inquiétudes anticipatoires et les pensées catastrophistes, lesquelles en retour intensifient les symptômes physiologiques. Ce fonctionnement contribue au maintien des symptômes anxieux et à la persistance de stratégies d'évitement et de contrôle.

Déroulé de l'accouchement

Lors du second entretien qui se déroule 1 mois et 2 jours après son accouchement, Nolwenn raconte le vécu de son accouchement et les heures qui ont suivi. La date de la césarienne programmée est avancée sans explication, ce qui renforce les anticipations anxieuses catastrophistes de Nolwenn. Pourtant, la césarienne se déroule sans encombre et la petite Nina voit le jour. À la naissance, Nolwenn est très angoissée car sa fille présente une cyanose, affichant une coloration bleutée, voire violacée mais l'équipe soignante se montre rassurante : il s'agirait d'un effet secondaire d'un médicament contre les vomissements prescrit pendant la grossesse. Or, quelques heures après la naissance, le bébé fait un épisode de désaturation significatif. Nolwenn assiste à l'arrivée en urgence des infirmières, qui procèdent à des manœuvres de stimulation néonatale jusqu'à l'amélioration des constantes vitales. Nina va enchainer les épisodes de désaturation mais l'équipe médicale refuse de faire des explorations supplémentaires. Face à ce refus, Nolwenn se met alors à relever sur un cahier les épisodes de désaturation en scrutant le monitoring de sa fille, de jour comme de nuit. Elle relève jusqu'à 25 désaturations en 24 heures. À 13 jours de vie, après un transfert vers un hôpital de référence en néonatologie, Nina est opérée d'une anomalie du larynx.

Symptômes de TSPT-PP

Les symptômes de TSPT-PP ont été évalués 1 mois et 2 jours après

l'accouchement (Figure 1). Les suites immédiates de l'accouchement de Nolwenn ont été traumatiques : les désaturations répétées ont exposé son bébé à une menace vitale ou à un risque de blessure grave. Le critère A est donc rempli. Nolwenn obtient un score cliniquement significatif pour les symptômes de TSPT avec une absence de symptômes dissociatifs et d'évitement (critère C), voir figure 1. Nolwenn présente ainsi une forme infraclinique de TSPT-PP.

En ce qui concerne les sous-échelles, Nolwenn manifeste des symptômes d'intrusion et une hyperactivation neurovégétative à des niveaux cliniquement significatifs. Au cours de la semaine écoulée, Nolwenn indique avoir vécu des flashbacks et des cauchemars liés à la naissance.

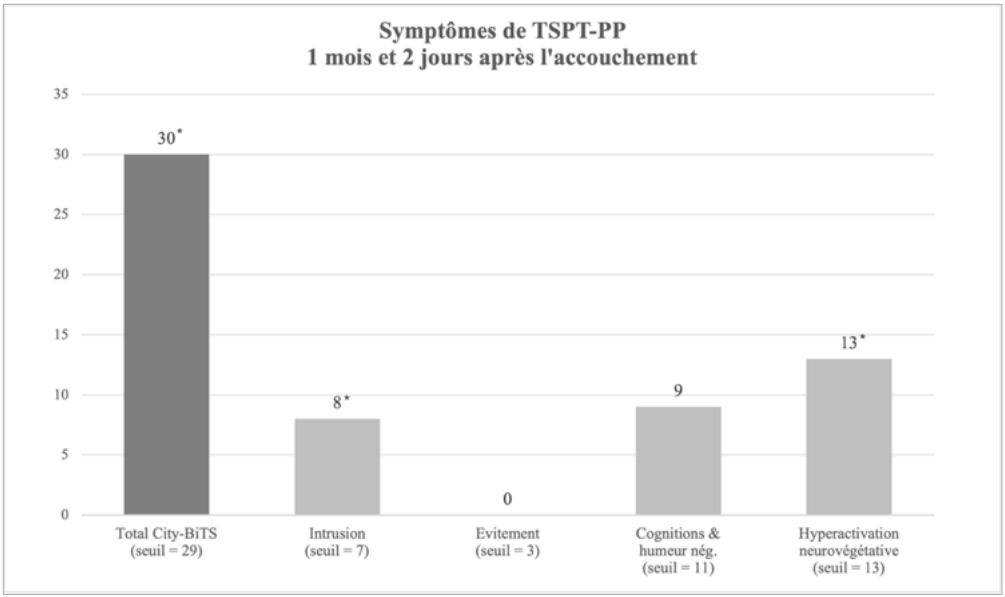

Figure 1 : Score total de TSPT post-partum et détail des scores aux sous-échelles après l'accouchement

Le score total à la City-BiTS montre des symptômes de TSPT post-partum au- delà du seuil clinique (30 pour un seuil de 29). Les scores des sous-échelles indiquent des niveaux cliniquement significatifs d'intrusion (8 pour un seuil de 7) et d'hyperactivation neurovégétative (13, égal au seuil) après l'accouchement.

Elle se montre agitée, se sent tendue et son sommeil est perturbé, même lorsque sa fille dort bien. L'altération négative des cognitions et de l'humeur se situe dans la zone limite. On retrouve principalement la présence d'émotions négatives intenses au sujet de la naissance (notamment de la colère), des croyances négatives sur elle-même, des anticipations catastrophistes et une perte d'intérêt pour ses activités habituelles.

Discussion

Le profil de Nolwenn, marqué par une agitation et une appréhension anxieuses élevées, met en évidence l'intérêt de proposer des pistes d'intervention et de prévention. Le modèle transdiagnostique de l'anxiété, en proposant une approche conceptuelle articulée autour d'une dimension somatique (agitation anxieuse) et d'une dimension cognitive (appréhension anxieuse) offre aux cliniciens une nouvelle grille de lecture des symptômes anxieux, se différenciant de modèles plus anciens mais toujours très utilisés comme celui de l'anxiété trait-état (Spielberger et al., 1970). De plus, l'approche transdiagnostique apporte un éclairage nouveau pour comprendre la continuité entre

anxiété prénatale et TSPT-PP notamment à travers le modèle cognitif du TSPT de Brewin (2001). Ainsi, une étude de Briaud & Zebdi (2025) sur un échantillon de 30 femmes a montré qu'un niveau élevé d'agitation anxieuse pendant la grossesse est associé à une symptomatologie de TSPT-PP plus importante, notamment une plus grande altération négative des cognitions et de l'humeur ainsi qu'une hyperactivation neurovégétative plus marquée. L'agitation anxieuse semble donc être un indicateur d'intérêt pour intervenir pendant la grossesse afin de réduire les symptômes de TSPT-PP si un accouchement traumatique survenait.

L'évaluation des facteurs de vulnérabilité permet d'envisager une prise en charge précoce durant la grossesse, afin de diminuer le risque de développer un TSPT-PP en cas d'accouchement traumatique. Cela soulève alors la question des interventions visant à réduire l'anxiété prénatale. L'efficacité des approches de première et seconde vague des TCC (Thérapies Cognitives et Comportementales) sur l'anxiété périnatale a été largement étudiée. Une méta-analyse a montré que la TCC réduit significativement l'anxiété chez les femmes enceintes, immédiatement après l'intervention mais aussi à long terme, jusqu'à la fin de la première année post-partum (Li et al., 2022).

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) apparaît également comme une approche thérapeutique pertinente pour accompagner les femmes pendant la période périnatale (Bonacquisti et al., 2017). De plus, son orientation centrée sur les processus (Ong et al., 2024) en fait un cadre particulièrement adapté pour intervenir sur l'anxiété transdiagnostique prénatale. Quelques études exploratoires ont été menées pour évaluer l'efficacité d'interventions basées sur la thérapie ACT en périnatalité et leurs résultats sur la réduction de l'anxiété et en particulier sur la dimension somatique de l'anxiété semblent prometteurs. En effet, une étude de Howard et al. (2023) proposant une séance unique à des femmes enceintes a montré une diminution des symptômes anxieux (nervosité, inquiétudes, difficulté à se détendre, agitation et irritabilité) plus de deux semaines après l'intervention. Une autre étude a évalué la faisabilité et l'efficacité d'une intervention en huit séances, basée sur ACT et spécialement conçue pour répondre au contexte particulier de la grossesse et de la parentalité sur des femmes présentant une anxiété modérée à sévère (Waters et al., 2020). Les résultats ont montré une baisse significative pour 69% des participantes de la détresse globale (incluant le risque pour elle-même et pour les autres, les symptômes anxiodépressifs et somatiques, le bien-être et fonctionnement au quotidien). La thérapie ACT apparaît ainsi comme un axe thérapeutique d'intérêt dans la prévention de l'anxiété en périnatalité, mais des recherches supplémentaires sont toutefois nécessaires pour confirmer ces premiers résultats.

Ainsi, dans le cas de Nolwenn et pour cibler l'agitation anxieuse, des exercices de pleine conscience pourraient être proposés afin de l'amener à se concentrer sur le moment présent tout en étant plus connectée à ses ressentis corporels. Par exemple, on pourrait utiliser des exercices consistant simplement à noter ce qui est perçu (à l'intérieur et l'extérieur), sans chercher à modifier ni analyser quoi que ce soit, de façon à lui permettre d'augmenter son acceptation et sa tolérance des sensations anxieuses. Des exercices d'ancrage lui permettant de se décentrer de ces mêmes sensations et de les englober dans un focus attentionnel plus large via des exercices comme la

respiration consciente ou encore le scan corporel (Kabat-Zinn, 2013) pourraient être envisagés permettant de surcroît d'activer le système nerveux parasympathique et de favoriser des réflexes de détente. En ce qui concerne l'appréhension anxieuse, des exercices de défusion cognitive pourraient être introduits afin d'aider Nolwenn à se distancier de ses pensées négatives. L'exercice consistant à rajouter « je suis en train de penser que » avant les pensées (ex : « je suis en train de penser que c'est trop difficile d'être enceinte ») (Hayes et al., 2006) ou celui qui vise à observer la pensée comme s'il s'agissait d'un objet (ou d'un nuage dans le ciel, d'une feuille sur un ruisseau) et de remarquer sa taille, comment elle va et vient, sa vitesse, sa direction (Harris & Penet, 2022) pourraient l'aider à diminuer ses inquiétudes.

Il apparaît par ailleurs important de sensibiliser les professionnels de santé au TSPT-PP et à la symptomatologie spécifique associée, afin de ne pas en confondre les symptômes avec ceux d'une dépression du post-partum (Ayers & Pickering, 2001). En effet, si la forte prévalence de la dépression du post-partum (16,7% d'après une étude de Doncarli et al. (2023)) rend indispensable sa détection par les professionnels, une erreur diagnostique compromet la prise en charge adaptée et retarde l'amélioration de l'état des patientes. Enfin, pouvoir évoquer l'existence du TSPT-PP avec les patientes lors du suivi prénatal et postnatal et proposer une psychoéducation sur les symptômes constitue en soi déjà une intervention thérapeutique précoce et accessible (Moran Vozar et al., 2021).

Conclusion

Dans cette période où les femmes sont extrêmement surveillées sur le plan médical, le TSPT-PP est un trouble très peu dépisté et pour lequel la prévention primaire reste très limitée voire inexistante (de Graaff et al., 2018). L'exploration du vécu de l'accouchement des patientes de façon systématique à l'anamnèse par les cliniciens et l'utilisation de questionnaires spécifiques comme le City-BiTS (Ayers et al., 2018) pour évaluer les symptômes post-traumatiques post-partum lorsque l'accouchement a été traumatique, permettraient de mieux repérer les femmes souffrant de TSPT-PP et de leur proposer des prises en charge adaptées. L'approche processuelle semble particulièrement pertinente dans la période périnatale et le modèle transdiagnostique de l'anxiété propose un nouveau cadre d'analyse des symptômes anxieux dépassant les catégories diagnostiques. Mieux comprendre le lien entre anxiété transdiagnostique et symptômes de TSPT-PP contribuerait à identifier les processus à cibler dans des nouvelles interventions de prévention.

Déclaration d'intérêts

Les autrices déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Éthique de la recherche

Les principes énoncés dans la déclaration d'Helsinki de 1964 et ses amendements ultérieurs sont respectés dans cette étude. Nolwenn a donné son consentement éclairé pour participer à la recherche et pour la publication des données anonymisées. Nous la remercions encore pour sa participation et sa confiance.

Références

Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine, 40*(11), 1849-1859. https://doi.org/10.1017/S0033291709992224

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., Text Revision). American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).

Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *28*(2), 111-118. https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00111.x

Ayers, S., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of affective disorders, 119*(1-3), 200–204. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.029

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine, 46*(6), 1121-1134. https://doi.org/10.1017/S0033291715002706

Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 409. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00409

Baptie, G., Andrade, J., Bacon, A. M., & Norman, A. (2020). Birth trauma: The mediating effects of perceived support. *British Journal of Midwifery, 28*(10), 724-730. https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.10.724

Bay, F., & Sayiner, F. D. (2021). Perception of traumatic childbirth of women and its relationship with postpartum depression. *Women & Health, 61*(5), 479-489. https://doi.org/10.1080/03630242.2021.1927287

Bonacquisti, A., Cohen, M. J., & Schiller, C. E. (2017). Acceptance and commitment therapy for perinatal mood and anxiety disorders: Development of an inpatient group intervention. *Archives of Women's Mental Health*, *20*(5), 645-654. https://doi.org/10.1007/s00737-017-0735-8

Brandão, T., Brites, R., Nunes, O., Pires, M., & Hipólito, J. (2020). Anxiety and depressive symptoms during pregnancy, perceived control and posttraumatic stress symptoms after childbirth: A longitudinal mediation analysis. *Journal of Health Psychology*, *25*(13-14), 2085-2095. https://doi.org/10.1177/1359105318787018

Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy, 39*(4), 373-393. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00087-5

Briaud, C., & Zebdi, R. (2025). Transdiagnostic model of anxiety and PTSD after childbirth: Examining the relation between prenatal anxiety dimensions and childbirth-related bPTSD symptoms. *Soumis. Communication orale au 52ème congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, décembre 2024.*

Charretier, L., Dayan, J., Eustache, F., & Quinette, P. (2021). La mémoire traumatique : Postulats historiques et débats contemporains. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 205(2), 154-160. https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.12.020

Commission « Les 1000 premiers jours » & Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020). *Les 1000 premiers jours—Là où tout commence*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf

de Graaff, L. F., Honig, A., van Pampus, M. G., & Stramrood, C. A. I. (2018). Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: A systematic review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *97*(6), 648-656. Academic Search Premier.

Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal, 29*(6), 537-554. https://doi.org/10.1002/imhj.20197

Delicate, A., Ayers, S., Easter, A., & McMullen, S. (2018). The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, *36*(1), 102-115. Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Doncarli et al. (2023). *Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois post- partum : Données de l'enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale*.

Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. International *Journal of Cognitive Therapy, 1*(3), 192-205. https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.192
Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., & El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 1-9. Academic Search Premier.

Gana, K., Martin, B., Canouet, M.-D., Trouillet, R., & Meloni, F. (2002). Factorial structure of a French version of the Penn State Worry Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *18*(2), 158-164.

Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A

population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, *47*(1), 161-170. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1017/S003329171600235X

Gavin, N. I., Meltzer-Brody, S., Glover, V., & Gaynes, B. N. (2015). Is population-based identification of perinatal depression and anxiety desirable? A public health perspective on the perinatal depression care continuum. In J. Milgrom & A. W. Gemmill (Eds.), *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment, and management* (pp. 11–31). Wiley Blackwell.

Grekin, R., O'Hara, M. W., & Brock, R. L. (2021). A model of risk for perinatal posttraumatic stress symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, *24*(2), 259-270. https://doi.org/10.1007/s00737-020-01068-2

Haagen, J. F. G., Moerbeek, M., Olde, E., van der Hart, O., & Kleber, R. J. (2015). PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of Affective Disorders*, *185*, 135-143. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.049

Harris, R. & Penet, C. (2022). *Passez à l'ACT : Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement.* De Boeck Supérieur. https://doi.org/10.3917/dbu.harri.2022.01.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2020). *Note de cadrage : Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnatals.* https://www.has-sante.fr/jcms/p_3234906/fr/reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-des-troubles-psychiques-perinatals-note-de-cadrage

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet (London, England)*, *384*(9956), 1775-1788. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9

Howard, S., Houghton, C. M. G., White, R., Fallon, V., & Slade, P. (2023). The feasibility and acceptability of a single-session Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention to support women self-reporting fear of childbirth in a first pregnancy. *Psychology & Health*, *38*(11), 1460-1481. https://doi.org/10.1080/08870446.2021.2024190

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(1), 12-19. https://doi.org/10.1037/0022-006x.59.1.12

Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Bantam Books.

Li, X., Laplante, D. P., Paquin, V., Lafortune, S., Elgbeili, G., & King, S. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for perinatal maternal depression, anxiety and stress: A

systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 92*, 102129. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102129

McEvoy, P. M., Hyett, M. P., Shihata, S., Price, J. E., & Strachan, L. (2019). The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 73,* 101778. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101778

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *28*(6), 487-495. https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6

Moran Vozar, T. E., Van Arsdale, A., Gross, L. A., Hoff, E., & Pinch, S. (2021). The elephant in the delivery room: Enhancing awareness of the current literature and recommendations for perinatal PTSD. *Practice Innovations*, *6*(1), 1-16. APA PsycArticles. https://doi.org/10.1037/pri0000134

Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A New Unified Treatment Approach for Emotional Disorders Based on Emotion Science. *Current Directions in Psychological Science, 15*(3), 146–150. https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00425.x

Nagle, U., Naughton, S., Ayers, S., Cooley, S., Duffy, R. M., & Dikmen-Yildiz, P. (2022). A survey of perceived traumatic birth experiences in an Irish maternity sample—Prevalence, risk factors and follow up. *Midwifery, 113*, 103419. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103419

Nef, F., Philippot, P., & Verhofstadt, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : Une approche psychologique intégrée. [Processual approach in clinical assessment and intervention: A unified psychological approach.]. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, *17*(3), 4-23.

Nitschke, J. B., Heller, W., Palmieri, P. A., & Miller, G. A. (1999). Contrasting patterns of brain activity in anxious apprehension and anxious arousal. *Psychophysiology*, *36*(5), 628-637.

Ong, C. W., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Karekla, M., & Hayes, S. C. (2024). Through the extended evolutionary meta-model, and what ACT found there: ACT as a process-based therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science, 32*, 100734. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100734

Osborne, L. M., Voegtline, K., Standeven, L. R., Sundel, B., Pangtey, M., Hantsoo, L., & Payne, J. L. (2021). High worry in pregnancy predicts postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, *294*, 701-706. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.009

Osório, F. de L., Rossini Darwin, A. C., Bombonetti, E. A., & Ayers, S. (2022). Posttraumatic stress following childbirth Psychometric properties of the Brazilian version of the City Birth Trauma Scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *43*(3), 374-383. https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.197727

Reidy, J., & Keogh, E. (1997). Testing the discriminant and convergent validity of the mood and anxiety symptoms questionnaire using a British sample. *Personality and Individual Differences*, *23*(2), 337-344. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00048-2

Renner, K.-H., Hock, M., Bergner-Köther, R., & Laux, L. (2018). Differentiating anxiety and depression: the State-Trait Anxiety-Depression Inventory. *Cognition & Emotion, 32*(7), 1409–1423. https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1266306

Sandoz, V., Hingray, C., Stuijfzand, S., Lacroix, A., El Hage, W., & Horsch, A. (2022). Measurement and conceptualization of maternal PTSD following childbirth: Psychometric properties of the City Birth Trauma Scale-French Version (City BiTS-F). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *14*(4), 696-704. https://doi.org/10.1037/tra0001068

Service d'information du Gouvernement. (2023). *Santé mentale : La période de la grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant est critique*. https://www.info.gouv.fr/actualite/sante-mentale-la-periode-de-la-grossesse-jusquaux-deux-ans-de-lenfant-est-critique

Sharp, P. B., Miller, G. A., & Heller, W. (2015). Transdiagnostic dimensions of anxiety: Neural mechanisms, executive functions, and new directions. *International Journal of Psychophysiology: Official Journal of the International Organization of Psychophysiology*, *98*(2 Pt 2), 365-377. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2015.07.001

Silverwood, V. A., Bullock, L., Turner, K., Chew-Graham, C. A., & Kingstone, T. (2022). The approach to managing perinatal anxiety: A mini-review. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 1022459. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1022459

Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *116*(5), 672-680. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x

Sommerlad, S., Schermelleh-Engel, K., La Rosa, V. L., Louwen, F., & Oddo-Sommerfeld, S. (2021). Trait anxiety and unplanned delivery mode enhance the risk for childbirth-related post-traumatic stress disorder symptoms in women with and without risk of preterm birth: A multi sample path analysis. *PloS One*, *16*(8), e0256681. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256681

Spielberger, C. D., Gorusch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologist Press.

Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, *73*(4), 257-263. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010

Waters, C. S., Annear, B., Flockhart, G., Jones, I., Simmonds, J. R., Smith, S., Traylor, C., & Williams, J. F. (2020). Acceptance and Commitment Therapy for perinatal mood and anxiety

disorders: A feasibility and proof of concept study. *The British Journal of Clinical Psychology*, *59*(4), 461-479. https://doi.org/10.1111/bjc.12261

Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*(1), 3-14. https://doi.org/10.1037//0021-843x.104.1.3

Xu, Y., Wang, W., Zhou, L., Xu, W., Wang, H., Zhang, F., Wang, X., & Zhang, H. (2025). Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence and Risk Factors for Psychological Birth Trauma. *Nursing Research, 74*(2), 123-129. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000792

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 208*, 634-645. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009

Thérapie Comportementale et Dialectique Radicalement Ouverte adaptée : Étude de cas unique d'une patiente faussement diagnostiquée borderline.

Adapted Radically Open Dialectical Behavioral Therapy:
A single case study of a patient falsely diagnosed with borderline

Sylvia Martin[a, b], Clara La Monica[c, d, e], Laura Soto[f], Eugénie Vaillant Coindard[g].

a. Private Practice -Psycho-TCCE, Montpellier, France.
b. Uppsala University, Center for research and bioethics, Uppsala, Sweden.
c. CSAPA Association Addictions France, Nîmes, France.
d. CDSE de Nîmes Université, Nîmes, France.
e. Apsytude, Lyon, France.
f. Private practice, Bordeaux, France.
g. APSY-V, Université de Nîmes, Nîmes, France.

Reçu le 28 octobre 2025, reçu sous la forme révisée le 18 novembre 2025, accepté le 27 novembre 2025

Résumé :
Contexte : L'étude de cas de Mme N. illustre un des défis cliniques archétypiques rencontré lors de la première mise en place d'un programme de TCC pour traiter les troubles de l'Excès de Contrôle en France (Thérapie Comportementale Dialectique Radicalement Ouverte). En effet, lors de son orientation pour traitement en TCC, la patiente nous a été présentée comme ayant reçu un diagnostic de Trouble de la Personnalité Borderline (TPB) mais semblait bien davantage avoir une problématique relevant de l'extrême rigidité et du perfectionnisme que nous identifierons comme relevant d'un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). *Méthodes :* Nous avons pris en charge la patiente lors d'un groupe adapté de la TCD RO en 13 séances 100% en ligne en 2024. Nous avons recueilli les niveaux d'anxiété et de dépression, la qualité de vie, les scores de flexibilité et de rigidité, les difficultés de régulation des émotions et les observations qualitatives. *Résultats :* L'approche thérapeutique s'est avérée efficace même si le processus de diagnostic s'est conclu par une révision du diagnostic initial. L'amélioration globale de toutes les mesures encourage le développement de la TCD RO dans le plein respect de sa mise en œuvre originale pour une amélioration des résultats. *Conclusion :* Nous partageons les observations des instructeurs et les obstacles rencontrés pour aider les praticiens à mettre en œuvre des protocoles comparables et encourager la mise en œuvre complète du protocole de TCD RO.

Auteur correspondant : Sylvia Martin, Center for Research and Bioethics, Uppsala University, Husargatan 3, BMC, entrance A11, Uppsala 75 224 Uppsala, Sweden, psycho.tcce@gmail.com
Publié par l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive.

Mots-clés : Thérapie Comportementale Dialectique Radicalement Ouverte, Excès de contrôle, Trouble du Spectre Autistique, Thérapie Cognitivo-Comportementale, Trouble de la Personnalité Borderline

Summary:
Background: Ms. N.'s case study illustrates one of the archetypal clinical challenges encountered when first implementing a CBT program to treat Excessive Control Disorders in France (Radically Open Dialectical Behavior Therapy). When referred for CBT treatment, the patient was presented to us as having been diagnosed with borderline personality disorder (BPD), but she seemed much more likely to have issues related to extreme rigidity and perfectionism, which we identified as falling within the autistic spectrum disorder (ASD) spectrum. *Methods:* We treated the patient in a specialized RO DBT group consisting of 13 sessions, and conducted entirely online in 2024. We collected data on anxiety and depression levels, quality of life, flexibility and rigidity scores, emotional regulation difficulties, and qualitative observations. *Results:* The therapeutic approach proved effective even though the diagnostic process concluded with a revision of the initial diagnosis. The overall improvement in all measures encourages the development of RO DBT in full compliance with its original implementation for improved outcomes. *Conclusion:* We share the instructors' observations and the obstacles encountered to help practitioners implement comparable protocols and encourage full implementation of the RO DBT protocol.

Keywords:
Radically open dialectical behavior therapy, Overcontrol, Autistic spectrum disorder, Cognitive behavioral therapy, Borderline personality disorder.

---

1. Introduction

L'une des informations les plus déroutantes que l'on peut recevoir d'un patient orienté pour participer à une thérapie transdiagnostique pour l'excès de contrôle (Thérapie Comportementale Dialectique Radicalement Ouverte) est qu'il/elle a reçu au préalable un diagnostic d'un trouble du manque de contrôle - ici trouble de personnalité borderline (TPB)-. Mme N. s'est inscrite au groupe de TCD RO avec la question spécifique « *Est-ce que je peux participer si je suis borderline* ? ». Elle avait l'impression d'avoir des difficultés avec le changement et se sentait « déprimée » et se percevait comme étant en perpétuel échec thérapeutique. Avant le début du groupe, nous avons pu identifier certains éléments à travailler pour faciliter sa participation au groupe et compléter notre évaluation d'un examen diagnostique poussé afin de préciser si les outils de TCD RO lui conviendraient.

1.1 Présentation de cas

Mme N., 25 ans, est née dans le nord de la France et a déménagé dans le sud ou elle vit avec sa mère, son beau-père et ses animaux (un chat, un lapin, un cloporte et un chien). Mme N. a quatre demi-frères et

sœurs qu'elle décrit comme « toxiques ». Sa mère dit qu'elle est sa « princesse » ou « sa dernière chance ». Mme N. fait état d'une relation « saine et satisfaisante » avec elle, et veut être la « fille parfaite ». Elle redoute le jour où elle devra s'émanciper. Le système relationnel de Mme N. semble assez réduit et centré sur des idéalisations et des avis tranchés.

La mère de Mme N. a des antécédents de dépression avec une tentative de suicide dans sa jeunesse, dont elle a dit à sa fille qu'elle « regrettait de s'être ratée » et qu'elle ne s'était remise de cette crise que grâce à sa « force de caractère ». Le père de Mme N. avait toujours souffert de dysthymie, d'irritabilité – « *il ne travaillait pas et s'allongeait sur le canapé* » – et d'une forte tendance pessimiste. Il a tenté de se suicider à plusieurs reprises. Mme N. semble plutôt détachée par rapport à ces événements. Lorsque les parents de Mme N. ont divorcé, il est parti et a emmené son lapin avec lui, ce qui l'a touchée le plus. Il est décédé de maladie en 2021. Mme N. apparaît comme peu intéressée par les relations et évoque avec distance les antécédents psychopathologiques dans sa famille.

Mme N. n'a commencé à se faire des amis qu'au lycée. Avant cela, elle était isolée et n'avait pas d'amis. Elle a rencontré deux filles au lycée qui sont devenues ses amies pendant un an, puis elles ont décidé « d'*arrêter de traîner ensemble parce qu'elles se maintenaient dans la déprime les unes les autres* » ; elles organisaient des concours de « Qui est la plus malheureuse ? ». Mme N. a rencontré ses futurs « amis » qui l'ont initiée à la consommation de cannabis à ce moment-là. Aujourd'hui, elle a l'impression qu'ils l'ignorent. « *Ils ne répondent pas assez vite à mes SMS* » lorsqu'elle leur demande de venir avec elle pour collecter des matériaux pour son terrarium à la campagne (elle a peur d'y aller seule). Mme N présente une grande exigence envers les autres et cherche à s'intégrer de façon parfois inadaptée aux situations sociales.

En ce qui concerne les relations, Mme N. était en couple avec un jeune homme depuis un an. Ils ont rompu pendant la thérapie parce qu'ils *« ont l'impression qu'ils n'ont plus rien à partager* », mais elle ne s'est pas sentie triste mais plutôt soulagée. Elle était plus désespérée quant à son avenir car elle craignait de rester célibataire. Avant cela, elle avait eu une relation avec un homme qu'elle considérait comme « *un père de substitution* ». Elle a « accepté » d'avoir des relations sexuelles parce qu'elle pensait que la plupart des gens fonctionnaient de cette façon et qu'elle en viendrait à apprécier le sexe tout en essayant. Elle se définit maintenant comme asexuelle. Elle est également « sortie » avec un patient pendant son séjour dans un hôpital psychiatrique, mais uniquement pour les relations sexuelles. Elle a subi des abus sexuels traumatisants répétitifs qu'elle a qualifiés de « *Je pense que j'ai juste décidé d'endurer ça pour faire comme tout le monde* ». Les relations amoureuses et la vie sexuelle de la patiente sont caractérisées par une volonté d'intégration sociale et par le désir de *faire comme les autres*, plutôt que par une motivation ou un intérêt personnel.

En ce qui concerne son éducation, Mme N. était appréciée des enseignants. À l'école primaire, ils ont remarqué des bizarreries dans son comportement *(« Ils pensaient que j'étais bizarre* »). Mme N. avait des stéréotypies, elle aimait être isolée, elle courait autour des arbres pendant la récréation et collait sa tête face à son mur préféré pour se calmer. Elle souffrait également de mutisme sélectif[3]. Elle a été

[3] Un trouble anxieux caractérisé par l'incapacité persistante d'un individu, le plus souvent un

victime de harcèlement sans interruption jusqu'au collège. Après quatre années difficiles, la mère de Mme N. a décidé de lui accorder « un an de répit » et l'a inscrite à un programme d'enseignement à domicile. Mme N. se sentait mieux et aimait « *rester à la maison et lire des mangas* ». Elle n'a pas réussi ses examens finaux en raison d'un « manque d'envie » et d'un « manque de connaissance » du programme en raison de son absentéisme. Il y a six mois, elle a commencé une formation avec le projet de travailler comme gardienne d'animaux. Les passions spécifiques de Mme N. sont les animaux, le dessin, les mangas, les jeux vidéo, les terrariums et la natation. La scolarité de Mme N est marquée par l'anxiété et l'isolement, révélant dans le jeune âge des éléments particuliers pouvant relever d'un trouble neurodéveloppemental.

Mme N. avait des antécédents de suivis psychologiques. Elle a consulté un psychologue à l'âge de 12 ans pour ses stéréotypies et son mutisme sélectif. On lui a diagnostiqué un Trouble d'Anxiété Sociale (TAS). Lors du premier contact, Mme N. nous explique que quatre ans plus tôt, elle avait ingéré une grande quantité de paracétamol et sa mère l'avait persuadée d'être hospitalisée pendant 3 mois. On lui avait diagnostiqué un Trouble de la Personnalité Borderline (TPB), un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Depuis elle bénéficie d'un suivi psychiatrique en Centre Médico Psychologique.

1.2 Observations de la thérapie de groupe

Lors des séances de groupe, Mme N. évitait le contact visuel et la participation, mais s'exprimait lorsque les sujets touchaient à son vécu. D'abord très introvertie, elle est devenue plus engagée au milieu du programme, tout en gardant un comportement égocentré (jouer avec une mèche de cheveux, dessiner). Le lien social semblait trop exigeant pour durer longtemps. Elle se décrivait ouvertement comme fataliste, introvertie, perfectionniste et solitaire, intolérante à la proximité et au contact. Elle évoque une double personnalité : une « bonne », polie et positive, et une « mauvaise », critique et haineuse. Maintenir la « bonne » en société l'épuise, bien que cela la rende fière. Elle dit ne jamais comprendre les gens. Par exemple, elle formule souvent des jugements rigides tels que « *Les gens sont méchants* », « *Je suis nulle* », etc.

En début de traitement, lors d'une évaluation du risque suicidaire, elle a admis ne pas se reconnaître dans le diagnostic de TPB, qu'elle avait accepté cette étiquette par « obéissance » au psychiatre. Nous avons abordé les difficultés d'adaptation au traitement et l'avons encouragée à exprimer sa dépression malgré une relation thérapeutique inexistante avec son psychiatre.

2. Hypothèses diagnostiques

Au cours de la dernière année, Mme N. s'est sentie « dépressive » et répond aux critères du trouble dépressif du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015). Mme N. a reçu un diagnostic de TAS à deux reprises (à l'âge de 12 et 19 ans), mais l'anxiété n'est pas sa principale préoccupation actuellement. Elle était préoccupée par le regard des autres mais elle n'évitait pas les situations. L'anxiété « sociale » se référait pour elle à son incapacité à traverser la route toute seule, à sa peur obsessionnelle que quelque chose tourne mal si elle est seule dehors.

enfant, à parler dans certaines situations sociales où la parole est attendue (ex. à l'école) alors qu'il peut s'exprimer normalement dans un contexte sécurisant (ex. à la maison).

Enfin, bien que la patiente présente des symptômes de type TPB (colère, automutilation, comportements impulsifs et fonctionnement cognitif dichotomique), elle ne présente pas de peur d'abandon, de trouble identitaire marqué, d'instabilité affective, de récurrence des tentatives de suicide et d'apparition transitoire dans des situations stressantes d'idées persécutoires ou de symptômes dissociatifs sévères. La piste du TPB est donc écartée à défaut de critères suffisants lors de la passation de la SCID II (voir Tableau 1) et d'observations de diagnostics différentiels plus pertinents.

	TSA	DEPRESSION	TROUBLE DE PERSONALITE OBESSIONNELLE COMPULSIVE	ANXIETE SOCIALE	TPB
Critères diagnostiques du DSM 5	Critères - sensibilité sensorielle (n'aime pas le toucher, sensible au son) - autostimulation sensorielle (caresse son visage avec un pinceau) - difficulté à changer - intérêts spécifiques (large lorsqu'elle parle de sujets qui la passionnent, par exemple, les terrariums, le dessin, les jeux vidéo) - déficits dans les comportements de communication non verbale (évitement du contact visuel, anomalies du langage corporel, manque d'expressions faciales souvent) - stéréotypies Manque : L'impact fonctionnel peut être remis en question car la dépression semble avoir plus d'impact	Critères - humeur dépressive - diminution marquée du plaisir pour presque toutes les activités - hypersomnie - fatigue ou perte d'énergie - sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive - pensées récurrentes de mort - agitation psychomotrice ou ralentissement Manque : -perte ou gain de poids / diminution de la capacité de penser ou de concentration ou indécision	Critères - perfectionnisme - sens de la responsabilité personnelle - rigidités valeurs morales	Critères - la peur ou l'anxiété d'une ou de plusieurs situations sociales (faire du vélo à l'extérieur, ramasser des objets pour les terrariums, faire une présentation orale, porter certains vêtements, boire un verre sur une terrasse seule) - les situations sociales provoquent presque toujours de la peur ou de l'anxiété	Critères - Colère intense ou inappropriée (p. ex., manifestations fréquentes de mauvaise humeur) - l'automutilation pour attirer l'attention mais aussi pour détourner son attention parce qu'elle bouillonnait à l'intérieur - l'impulsivité (sexualité, toxicomanie, dépenses, conduite) Manque : - peur de l'abandon / trouble identitaire marqué / instabilité émotionnelle / répétition de tentatives de suicide / apparition transitoire d'idées persécutoires ou de symptômes dissociatifs sévères dans des situations stressantes
Observations cliniques	- rigidité - pensée dichotomique - consommation ritualisée de cannabis	-Ruminations - Scénarios de catastrophe - Fatalisme - Facteurs de risque (niveau d'éducation, événements de la vie, génétique → père dysthymique, mère atteinte de TDC) - Modèles d'exigences élevées - Schémas de honte et d'imperfection - Antécédents de tentatives de suicide	- l'intolérance à l'erreur - rigidité - modèle de forte demande - faible expressivité émotionnelle - le contrôle de son image et de ses réactions	- difficultés d'affirmation de soi - des inquiétudes quant à ce que les autres pensent d'elle ; - effet télépathique - modèle de forte demande - l'utilisation d'objets contra-phobiques (généralement un compagnon) - diminution des symptômes et de l'anxiété avec des amis - le contrôle de son image et de ses réactions	- Pensée dichotomique
	Anxiété et inadéquation sociale				

Tableau 1 : Explorations diagnostiques

Lors de la première rencontre, elle a mentionné des « idées noires ». Nous avons décidé d'axer un entretien particulier sur cette problématique afin d'évaluer le risque suicidaire possible et nous assurer de la mise en sécurité de la patiente. Lors de cette entrevue, elle a expliqué qu'elle avait un TPB et que son traitement ne lui convenait pas, et qu'elle n'aimait pas le psychiatre qu'elle voyait mais qu'elle voulait rester en CMP parce qu'elle voulait bien faire les ateliers de mosaïque (elle y a des discussions avec une infirmière qu'elle apprécie). Elle a aussi un suivi addictologique « *J'aime bien le médecin là-bas, il va bien, mais je ne lui parle pas de ce que je ressens* ». Elle aime la composition ritualisée de son réseau de soutien plutôt que sa pertinence.

D'après les observations cliniques, nous avons plutôt conclu à un Trouble du Spectre Autistique (tous les détails sont présentés dans le tableau 1). En effet, les confusions diagnostiques entre TPB et TSA sont fréquentes (Iversen & Kildahl, 2022; May et al., 2021).

Confirmation des objectifs de traitement :

Les objectifs de traitement ont donc été l'augmentation de la connectivité relationnelle (TCD RO) mais aussi le travail sur la flexibilité psychologique afin de réduire

la rigidité et le perfectionnisme invalidant issu de l'excès de contrôle. Une partie des exercices se centrera aussi sur l'estime de soi pour permettre à la patiente de sortir de la déprime et reprendre confiance en elle, comme elle le demandait.

3. Méthodes et traitements

Mme N. a participé aux sessions de groupe de TCD RO adapté et a signé le consentement éclairé pour participer à l'évaluation du protocole et à l'utilisation des données recueillies à des fins de recherche et d'enseignement. L'anonymat de la patiente est protégé ici par des procédures de dépersonnalisation et le changement de certains éléments dans la situation spécifique de l'étude de cas. La patiente a pu relire le présent document et confirmer son accord pour publication.

3.1 Évaluations

Autistic Quotient (Baron-Cohen et al., 2001). Ce questionnaire de 50 questions mesure les traits autistiques. Tous les éléments sont notés de 1 = tout à fait d'accord à 4 = pas du tout d'accord. Le dépistage total avec score AQ appelle au diagnostic de TSA si le score est supérieur ou égal à 26. Les α de Cronbach de toutes dimensions variaient de 0,63 à 0,77.

Beck Depression Inventory-Short Form (BDI-SF) (Beck et al., 1974). Cet instrument de 13 items mesure la dépression avec un score allant de 0 à 39 (0 à 4 = absence de dépression, 5 à 7 = dépression légère, 8 à 15 = dépression modérée et 16 à 39 = dépression sévère). L'α de Cronbach variait de 0,78 à 0,97.

Mesures démographiques. Les participants ont été interrogés sur des informations sociodémographiques (âge, sexe et niveau d'éducation), leur charge de travail par semaine (heures), leur sentiment d'isolement (échelle de Likert de 1 = pas du tout à 5 = totalement), le nombre de personnes avec lesquelles ils sont en contact régulier, la satisfaction générale sur la vie relationnelle et la satisfaction de la vie affective (Likert de 1 = insatisfait à 5 = très satisfait).

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Dan-Glauser & Scherer). Cette échelle de 36 items mesure différentes difficultés dans la régulation des émotions. Tous les éléments sont notés sur une échelle de Likert à cinq points de 1 = presque jamais à 5 = presque toujours. L'α de Cronbach de l'échelle globale était de 0,92.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Untas et al., 2009; Zigmond & Snaith, 1983). Cette échelle de 12 items mesure l'anxiété et la dépression. Le coefficient de Cronbach est de 0,82 pour la dépression et de 0,79 pour l'anxiété. Les scores (Pais-Ribero et al., 2018) variaient de 0 à plus de 21, avec des scores de 0 à 7 = normal, 8 à 10 = léger, 11 à 14 = modéré et 15 à 21 = anxiété et dépression sévères.

Multidimensional Psychological Flexibility Inventory-24 French (MPFI 34) (Gregoire et al., 2020). C'est une échelle de 24 items évaluant la flexibilité et l'inflexibilité psychologiques. Les articles sont notés sur une échelle de 6 points allant de 1 = jamais vrai à 6 = toujours vrai. La moyenne des réponses aux douze items de flexibilité (c'est-à-dire les items 1 à 12) peut être calculée pour créer un score composite de flexibilité. De même, les réponses aux 12 items d'inflexibilité peuvent être moyennées pour créer un score composite d'inflexibilité. L'alpha de Cronbach était bon avec une moyenne de α = 0,83, allant de 0,71 à 0,92.

Anxiety Scale (STAI-Y) (Spielberger et al., 1971). Ce test évalue deux types d'anxiété : l'anxiété de trait et l'anxiété d'état, avec 20 éléments pour chaque type. Les 40 articles sont notés sur une échelle de Likert de 1 = presque jamais à 4 = presque toujours. Des scores plus élevés

indiquent une plus grande anxiété. L'α de Cronbach variait de 0,69 à 0,89.

World health organization Quality Of Life (WHO QOL) (Baumann et al., 2010). Ce questionnaire évalue la qualité de vie (physique, psychologique, relations sociales et environnement). Il y a 24 items notés sur une échelle de Likert de 1 = très bon – pas satisfaisant du tout – pas du tout à 5 = très mauvais – très satisfaisant – totalement dépendant des items. Un score plus élevé signifie une qualité de vie supérieure. La validation française de Baumann et al. (2010) a été utilisée. L'alpha de Cronbach rapporté varie de 0,773 à 0,849 pour les dimensions, pour un α total de Cronbach de 0,839.

3.2 Traitement : Choix de la thérapie comportementale radicalement ouverte

L'approche en thérapeutique en TCD RO vise à accroître la connectivité relationnelle chez les patients présentant un excès de contrôle. Selon le manuel original (Lynch, 2018), les difficultés diagnostiques sont discutées, notamment le risque de confusion entre manque de contrôle et excès de contrôle (Arntz et al., 2011), particulièrement chez les femmes (Bringmann & Maidman, 2019). L'un des critères essentiels du diagnostic différentiel concerne la distinction entre le comportement public et privé dans les manifestations émotionnelles, car les deux profils peuvent montrer de l'impulsivité (Melca et al., 2015; Villemarette-Pittman et al., 2004).

C'est sur cette base que Mme N. a été considérée pour la TCD RO : ses comportements problématiques apparaissent uniquement lorsqu'elle est seule, sans témoin, confirmant des tendances d'excès de contrôle plutôt que de dérégulation émotionnelle. Elle s'est d'ailleurs reconnue dans les caractéristiques typiques de ce profil (voir tableau 2).

Caractéristiques prototypiques des individus dans l'Excès de contrôle
1. Action indépendante de l'humeur ; grande tolérance à la détresse ; grande capacité de persévérance ; grande capacité à retarder la gratification
2. Sens élevé des obligations sociales et du dévouement ; volonté de faire des sacrifices pour prendre soin des autres ou faire ce qui est considéré comme juste
3. Répétition, préméditation et planification compulsives
4. Sérieux ; absence d'activation ; expression émotionnelle limitée ; tendance à ne pas se laisser facilement impressionner
5. Accent sur la performance ; engagement fréquent dans des comparaisons sociales ; compétitivité secrète
6. Attitude distante et réservée ; lenteur à s'échauffer ; sentiment possible d'être différent ou détaché des autres ; faible lien social
7. Comportement d'automutilation qui tend à être planifié, à se produire en privé et à rarement nécessiter une attention médicale immédiate
8. Capacité supérieure de traitement des détails ; haut degré de certitude morale ; conviction qu'il y a une bonne et une mauvaise façon de faire les choses
9. Humeur positive liée au sentiment d'accomplissement (comme résister à la tentation, détecter les erreurs…)
10. Evitement des situations qui le mettent sous le feu des projecteurs ; évitement des manifestations publiques non planifiées et non répétées d'émotions ; colère et manifestations d'émotions non régulées en privé ou avec des personnes très familières.

Tableau 2 : Présentation des caractéristiques des individus dans l'excès de contrôle (Lynch, 2024).

Dans ces cas, les stratégies classiques de régulation de la TCC sont limitées : le patient doit apprendre non pas à contrôler davantage, mais à lâcher le contrôle et développer sa flexibilité psychologique. Comme indiqué auparavant, la littérature montre que les confusions diagnostiques entre TPB et TSA sont fréquentes (Iversen & Kildahl, 2022; May et al., 2021), les deux pouvant présenter des risques suicidaires et des automutilations similaires (Chabrol & Raynal, 2018). Cassidy et al. (2018) ont montré que 72 % des adultes TSA dépassent le seuil psychiatrique du risque suicidaire, contre 33 % dans la population générale (Cassidy et al., 2018).
Lynch a aussi souligné que l'automutilation dans l'excès de contrôle peut avoir une fonction punitive, liée au perfectionnisme (Ellison et al., 2022), tandis que d'autres études la relient à l'alexithymie, la dépression, l'anxiété et les différences sensorielles (Moseley et al., 2019). Enfin, Mme N. présente une anxiété sociale et certaines caractéristiques associées à l'autisme, le mutisme sélectif pouvant d'ailleurs s'y relier (Muris & Ollendick, 2021).

Excès de contrôle et impulsivité :

Les comportements d'impulsivité décrits par Mme N. pouvaient, à première vue, évoquer un TPB. Elle a mentionné une « vie hypersexuelle » au lycée, mais a expliqué que cela résultait d'une tentative d'imitation sociale : « Je voulais juste m'intégrer ». Ce profil correspond à la littérature indiquant que les femmes atteintes de TSA, comparées aux hommes TSA et aux femmes sans TSA, présentent une plus grande diversité d'identités sexuelles (Bush et al., 2021; George & Stokes, 2018a, 2018b) et un âge plus précoce de début sexuel (Weir et al., 2021). Elles montrent aussi une variété d'identifications sexuelles augmentant le risque de relations défavorables (Pecora et al., 2020; Pecora et al., 2019), une compréhension limitée de l'éducation sexuelle (Joyal et al., 2021) et de nombreuses expériences négatives (Cheak-Zamora et al., 2019).
Concernant l'impulsivité liée aux substances, Mme N. a précisé que sa consommation de cannabis visait la détente et que l'alcool répondait à une logique d'imitation sociale (« tribal »). Elle rapporte pouvoir cesser le cannabis sans difficulté et n'en avait pas consommé depuis trois semaines lors de la première rencontre. L'usage de cannabis est décrit comme bénéfique pour certains patients TSA, aidant à réguler l'hyperactivité, l'automutilation, la colère, le sommeil, l'anxiété ou la sensibilité sensorielle (da Silva Junior et al., 2022). Une étude britannique a d'ailleurs montré que les adultes autistes consomment plus fréquemment du CBD que les témoins (Hua et al., 2021). Ainsi, les éléments d'impulsivité observés semblaient insuffisants pour soutenir un diagnostic de TPB.

3.3. Outils thérapeutiques adaptés

En plus des outils de TCD RO présentés lors de séances de groupe et de thérapies individuelles, l'instructrice a mis en place un suivi renforcé des compétences d'activation comportementale et de connectivité relationnelles. Tout le contenu des sessions est présenté dans le Tableau 3.

Session	Thèmes	Compétences / outils	Thérapie individuelle
1	Accueil et présentation / Biais de perception /Santé psychologique dans le TCD-RO /L'ouverture radicale	L'Esprit Définitivement Flexible /Les mythes de l'esprit fermé	Vérification de l'adhérence : -la gestion du risque suicidaire, -engagement comportemental -motivation à participer aux sessions de groupe
2	Activer la sécurité relationnelle /Renforcer l'ouverture et le lien social	Métaphores / Les Trois Grands+1 /Méditation d'Amour Tendresse	
3	L'anxiété sociale du point de vue de la TCD RO / Adopter un nouveau comportement / Inhibition de la planification / L'art de la non-productivité et de faire un peu l'idiot	Exploration de soi / Participation sans planification / L'Esprit flexible VARIE	
4	Préparation excessive / Problèmes d'Excès de Contrôle	Repérer et apprendre des esprits fixes et fataliste/ Trouver votre esprit flexible	
5	Comprendre la tribu, le rejet et les émotions auto-conscientes / Objectif individuel : Évaluation de la toxicité des relations	L'esprit flexible est SAGE	
6	Problèmes de signalisation sociale / Expression inhibée vs expression ouverte /Les 3 canaux de la signalisation sociale	L'esprit flexible est « BEAU »	Absence en séance de groupe : Clinophilie + Problèmes de toxicomanie au premier plan
7	Compétences « Quoi » de l'Ouverture Radicale /Compétences « Comment » de l'ouverture radicale	Surfer sur l'urgence / Méditation et Continuum de La conscience / Étapes QOS	
8	Compétences « Comment » de l'Ouverture radicale / Intégrité relationnelle : mensonges, tromperie, sarcasme	Une chose à la fois / Efficacité et humilité /Reconnaître la communication indirecte	Augmenter l'estime de soi : - Liste des activités qui génèrent du plaisir et de la fierté + Activation comportementale - Exposition in vivo à l'erreur - Psychoéducation sur les distorsions cognitives - Restructuration cognitive avec les avantages/inconvénients de la pensée « je suis une merde », les avantages/inconvénients de la pensée « je n'arrive à rien dans la vie » - Technique de décentralisation - Restructuration cognitive avec le camembert des responsabilités concernant la dégradation de l'état de ses terrariums - Flèche vers le bas par rapport aux attentes élevées - Réévaluation des attentes et des exigences - Méditation de pleine conscience
	Intégrité relationnelle 2 : « Don't Hurt Me » - PushBacks » /S'affirmer avec l'ouverture d'esprit	L'esprit flexible REVELE / L'esprit flexible PROUVE	
10	Mythes sur les relations / Efficacité interpersonnelle / La Bienveillance d'abord avant et avant tout /Évaluer le niveau d'intimité	L'esprit flexible roule sa bosse /L'esprit flexible PERMET /Échelle Match+1	
11	Améliorer la connectivité relationnelle : amitié et confiance / Signal d'inclusion sociale : validation, réciprocité	Baromètre de l'intimité / L'esprit flexible VALIDE	
12	Apprendre des critiques ou feedbacks / Cynisme, amertume, résignation /L'envie, le ressentiment	L'esprit flexible ADOPTE / L'esprit flexible est LÉGER / L'esprit flexible OSE	
13	Comprendre et apprendre le pardon / Clôture du groupe (« intégration ») : Diplôme de participation, photo de classe, retours d'expérience	Méditation du pardon / L'esprit flexible a du CŒUR	Apprendre à exprimer ses émotions - Mettre en pratique l'expression des émotions - Restructuration cognitive avec l'exercice des avantages/inconvénients concernant l'expression des émotions - Relaxation progressive de Jacobson - Relaxation par la respiration carrée -Préparation du changement = orientation et suivi
	PLUS DE GROUPE	3 séances individuelles supplémentaires seulement	

Tableau 3 : Procédures de traitement

Le recours à l'exercice « Estime de soi » a aussi servi de moyen pour travailler la flexibilité cognitive.

L'exercice « Inventaire des qualités »[4] a été particulièrement marquant pour la patiente qui s'est ainsi rendu compte que sa mère et l'une de ses amies avaient d'elle une perception bien plus positive qu'elle ne l'imaginait. Les séances individuelles ont été prolongées de quelques semaines après le traitement pour permettre à la patiente d'organiser l'orientation vers un nouveau psychiatre. La mise en place de cette adaptation de la TCD RO sur 13 séances ne correspond pas au programme complet de la TCD RO validée en anglais. La thérapie a été délivrée gratuitement aux participants.

[4] La personne demande à plusieurs proches (amis, famille, collègues…) de lister ses qualités, forces, compétences ou aspects positifs. L'objectif est de contrebalancer les biais négatifs liés à une faible estime de soi et de fournir des preuves externes plus réalistes.

4. Résultats

4.1 Évolution des mesures cliniques

Le tableau 4 et la Figure 1 résument l' de base.
évolution de la patiente depuis la ligne

Mesures	Scores prétraitement	Évaluation Clinique	Post-traitement – autres informations
HADS	Total = 30/42 Anxiété = 16/21 Dépression = 14/21	Les niveaux cliniques sont supérieurs aux scores seuils. Nous émettons l'hypothèse qu'après avoir appris à révéler ses niveaux émotionnels réels et son expérience, le score de la patiente est plus élevé, même si sur le plan clinique, nous avons confirmé des améliorations comportementales et un soulagement de la symptomatologie.	Total = 32/42 Anxiété = 16/21 Dépression = 16/21
WHO-QOL	79/130	La qualité de vie a un peu diminué, peut être dû à l'augmentation de l'authenticité et de l'insight	73/130
MPFI 24	Flexibility = 41/84; Rigidity = 64/84	Les scores de flexibilité s'améliorent et le score de rigidité diminue	Flexibilité = 50/84 ; Rigidité = 59/84
BOS	89/119	Les normes féminines sont de 77,76 (12,50), le score est élevé et reste élevé même si une petite diminution est observée	85/119
DERS	136/180	Les capacités de régulation non adaptative des émotions ont diminué même si les principes de base du traitement ne se concentraient pas directement sur la régulation des émotions	119/180
STAI-Y	Anxiété trait = 70/80 ; Anxiété état = 74/80	L'anxiété d'état et l'anxiété de trait étaient toutes deux accrues, remettant en question l'impact réel des TSA ou de l'anxiété générale	Anxiété trait = 52/ 80 ; Anxiété état = 60 /80
ASD quotient (screening questionnaire)	Total = 32/42 Capacités sociales = 5 (GP = 2,6 ; TSA = 7,5) Attention flexible = 9 (GP = 3,9 ; TSA = 8) Attention aux détails = 1 (GP = 5,3 ; TSA = 6,7) Communication = 5 (GP = 2,4 ; TSA = 7,2) Imagination = 3 (GP = 2,3 ; DMA = 6,4)	Le score total a révélé un risque clair de TSA, de sorte que Ms N. a été orienté vers une procédure de diagnostic complète. Les capacités sociales, l'attention flexible et le score de communication étaient significatifs des scores de TSA. Une exploration plus approfondie est nécessaire pour comprendre le très faible souci de détail, même par rapport à la GP. Les scores d'aptitudes sociales sont conformes à notre impression clinique selon laquelle les compétences sociales et les problèmes relationnels étaient prévalents et que le fait que la TCD RO se concentre sur le thème était le protocole le plus pertinent à offrir.	GP = référence pour la population générale ASD = Référence Trouble du Spectre Autistique
BDI-SF	15/39	Le niveau de dépression est significatif mais pas extrêmement dominant, Cutt -off : 13-14 (Furlanetto et al., 2005).	10/39
Mesures subjectives :	Nombre d'heures travaillées/semaine = 11 Sentiment d'isolement = 3/5 ; Nombre de personnes en contact = 4 ; Satisfaction de la vie relationnelle = 3/5 ; Satisfaction à propos de la vie affective = 1/5	La patiente a légèrement augmenté ses activités hebdomadaires, ce qui est un excellent signe d'amélioration. Le sentiment d'isolement, la satisfaction à l'égard de la vie relationnelle et la satisfaction à l'égard de la vie émotionnelle n'ont pas été améliorés, car nous avons noté une augmentation du stress relationnel à la fin du traitement, car la patiente anticipait un « changement » lorsque nous avons parlé de réorientation et de fin de la thérapie individuelle. Cependant, elle s'est engagée à trouver un nouveau psychiatre et à poursuivre les soins, mais la mise en œuvre de la « nouveauté » reste difficile.	Nombre d'heures travaillées/semaine = 12 Sentiment d'isolement = 5/5 ; Nombre de personnes en contact avec = 1 ; Satisfaction de la vie relationnelle = 1/5 ; Satisfaction à propos de la vie affective = 1/5

Tableau 4 : Mesures de Base / post-traitement

Note : HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale- échelle d'anxiété et de dépression ; WHO-QOL : World Health Organization – Quality of Life – échelle de qualité de vie de l'Organisation Mondiale de la Santé ; MPFI-24 : échelle de flexibilité psychologique ; STAY-Y = échelle d'anxiété ; DERS : Difficulties in Emotion Regulation Scale – Échelle de difficultés dans la régulation émotionnelle ; BDI-SF : échelle de dépression de Beck.

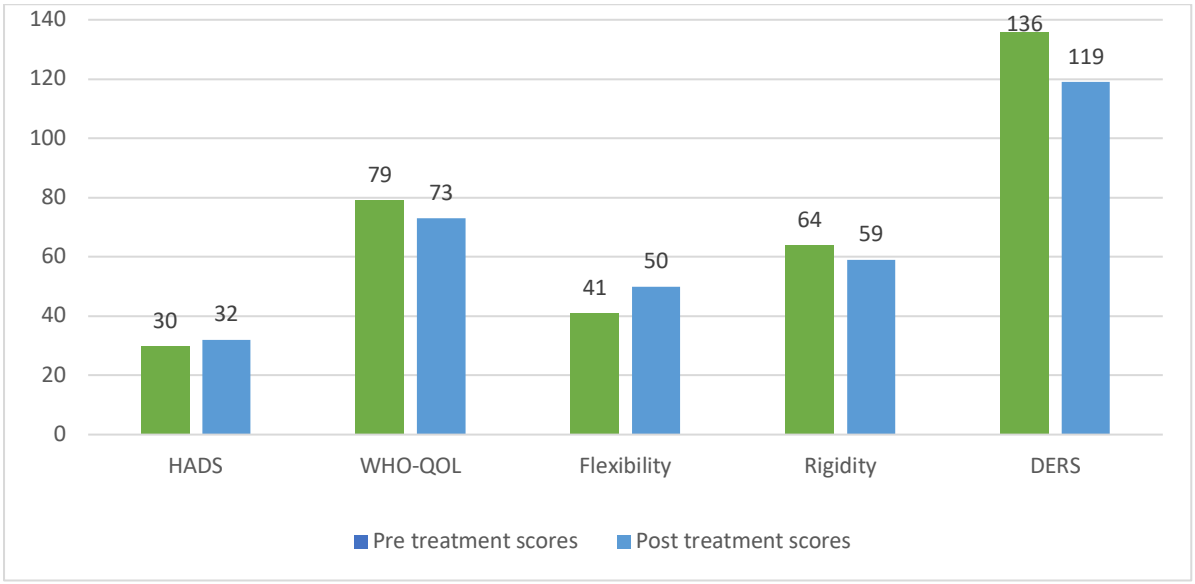

Figure 1 : Évolution de la mesure clinique pré à post-traitement

Note : HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale - échelle d'anxiété et de dépression ; WHO-QOL : World Health Organization – Quality of Life – échelle de qualité de vie de l'Organisation Mondiale de la santé ; Flexibility : flexibilité ; Rigidity : rigidité ; BODERS : Difficulties in Emotion Regulation Scale – Échelle de difficultés dans la régulation émotionnelle

Les scores de Mme N. sur l'Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS) (Roberge et al., 2013) étaient de 16/21 pour le score d'anxiété et 14/21 pour le score de dépression indiquant une symptomatologie certaine. Mme N. a aussi obtenu un score de STAI-Y (Gauthier & Bouchard, 1993) de 74/80 et un score de STAI-A de 70/80, indiquant une anxiété remarquablement élevée. Elle a obtenu un score de 15/39 a la BDI-SF (Bourque & Beaudette, 1982) ce qui correspond à une dépression modérée. De plus, ses résultats au test du quotient du spectre autistique (QA) (Sierro et al., 2016) indiquent un score total de 32/42, indiquant une forte probabilité de la présence de traits autistiques.

4.2 Gestion des objectifs thérapeutiques

Les objectifs thérapeutiques définis au début du traitement et reprécisés par la suite comprenaient la reconstruction de l'estime de soi (lutte contre les sentiments excessifs de culpabilité et les jugements sévères) et une réduction des comportements d'excès de contrôle qui étaient une source de fatigue importante. Ils se sont également concentrés sur l'amélioration des relations interpersonnelles en apprenant des techniques de communication et en réduisant l'évitement

5. Discussion

Définir un arbre décisionnel pour distinguer l'excès de contrôle du manque de contrôle peut être pertinent pour mieux orienter nos patients. Les facteurs environnementaux et l'âge d'apparition peuvent être des éléments-clés. En 2022, Solmi et son équipe (Solmi et al., 2022) sur une méta-analyse à grande échelle, ont abordé avec précision les différences d'apparition à travers différents blocs psychopathologiques (ex. Troubles de l'humeur, Troubles anxieux etc.) : les troubles neurodéveloppementaux apparaissent respectivement à 14, 18 et 25 ans sont de 61,5 %, 83,2 %, 95,8 % par rapport aux troubles de la personnalité dont l'apparition est censée être plus tardive avec une apparition étalée après 25 ans (comparativement avec 1,9 % a 14 ans, 9,6 % a 18 ans, et 47,7 % à 25 ans).

Il serait aussi intéressant de travailler nos méthodes de diagnostic différentiel et de retrouver un intérêt pour le questionnement clinique afin de comprendre les sources de symptômes et pas seulement leur expression. En effet, dans le cas ci-dessous présenté, certains cliniciens s'étaient arrêtés sur les expressions symptomatologiques (ex. sexualité, addictions, dysrégulation) mais sans prendre le temps d'explorer avec la patiente la fonction de ces comportements ni de vérifier la nature « privée » de ses comportements de colère (trait différenciant souvent les comportements de colère des troubles de l'excès de contrôle de ceux des personnes souffrant de manque de contrôle) (Lynch, 2024). En effet, bien que le processus diagnostic puisse parfois paraître laborieux, il reste crucial car il est au cœur d'une bonne orientation de nos patients vers les outils thérapeutiques les plus adaptés (Craddock & Mynors-Wallis, 2014).

Difficultés de l'Alliance et évitement dans le TSA

Comme toute prise en charge de TCC, le suivi en TCD RO n'est pas épargné par les dynamiques complexes d'alliance thérapeutique (Cameron et al., 2018) ce qui nous as invité à aller chercher plus loin la présence de difficultés d'alliance thérapeutiques spécifiques au TSA. Brewe et al., 2021 se sont penchés sur ce sujet extrêmement spécifique de l'alliance thérapeutique dans les TSA car

elle prédisait les résultats du traitement encore plus clairement que dans d'autres troubles, même si l'alliance fluctuait tout au long du traitement (Brewe et al., 2021). En effet, une alliance plus forte prédisait une diminution de la dysphorie après le traitement. Les résultats suggèrent également que l'augmentation de la gravité des symptômes du TSA et de la dépression prédit une alliance plus faible au début et tout au long du traitement. Klebanoff et al., en 2019, ont aussi montré qu'une alliance thérapeutique forte est associée à de meilleurs résultats de traitement chez les enfants TSA recevant une thérapie cognitivo-comportementale (Klebanoff et al., 2019) mais aussi, chez les jeunes adultes où l'alliance peut être altérée chez les jeunes patients TSA anxieux (Kerns et al., 2018). Ces données appuyant le positionnement thérapeutique en TCD RO où les ruptures d'alliances sont vues comme des point indispensables et salutaires pour vraiment entrer au cœur des problématiques des patients -elles ne sont pas encouragées artificiellement, elle se produisent naturellement au cours du suivi- (Lynch, 2024). C'est pourquoi nous nous sommes spécifiquement engagés à maintenir une alliance thérapeutique avec les patients TSA engagés dans le groupe, de sorte que la réparation de l'alliance et la flexibilité thérapeutique soient des questions clés.

6. Limitations

Étant donné qu'un seul instructeur avait reçu une formation complète et que les instructeurs n'étaient pas encore certifiés, cette étude de cas ne peut pas être considérée comme une mise en œuvre de la TCD RO, mais plutôt comme un programme de TCC inspiré de la TCD RO avec une association de thérapie individuelle TCC qui ne respectait pas la structure originale de la TCD RO. De plus, la généralisation de ces résultats reste limitée du fait qu'il s'agit d'un cas unique.

7. Conclusion

Les problèmes d'Excès de contrôle (TSA pour Mme N.) peuvent être pris en charge sous l'angle d'attaque du travail sur le comportement. Nous devons être conscients des caractéristiques de ce type de troubles spécifiques même si nous envisageons des programmes transdiagnostiques. Par exemple, ici, nous devions tenir compte du fait que les jeunes adultes atteints de TSA ont des scores de base aux échelles psychopathologiques plus élevés de presque toutes les caractéristiques de la dépression énumérées (Ruggieri, 2020) ce qui peut conduire à un surdiagnostic ou à une sous-déclaration de la dépression, à un risque accru d'avoir des pensées suicidaires, de planifier le suicide, de le réaliser et même de mourir par suicide. Beaucoup d'entre eux ont des antécédents de dépression, de harcèlement et de solitude qui les fragilisent face aux crises d'humeur défavorables (Ruggieri, 2020). Un accent particulier sur les liens sociaux et l'augmentation des réseaux relationnels avec des relations authentiques peuvent être l'un des éléments clés (Lynch, 2024). Des recherches futures devront permettre de présenter les résultats du groupe adapté de TCD RO et du groupe de TCD RO standard afin d'en évaluer l'efficacité et la généralisation.

Déclarations d'intérêts :
Sylvia Martin : L'auteur principal, Sylvia MARTIN est praticienne certifiée en TCD RO, traductrice française du manuel de compétences et du manuel théorique de TCD RO. RO DBT Ltd.
Clara La Monica : néant
Eugénie Vaillant-Coindard : néant
Laura Soto : néant

Déclaration de contribution de l'auteur : SM a mené la conception et à la rédaction du travail, l'acquisition, l'analyse et l'interprétation des données, l'a révisé, approuvé la version à publier, et accepté d'être responsable de tous les aspects du travail en veillant à l'exactitude et à l'intégrité de toutes les parties. CLM, EVC et LS ont apporté des contributions substantielles à la collecte de données et à l'adaptation du protocole de TCD RO et participé à la rédaction finale.

Déclaration de disponibilité des données : Les données sont disponibles sur demande -raisonnablement motivée- auprès de l'auteur principal.

Déclaration éthique : Selon les dispositions éthiques du Code de déontologie des psychologues et de l'Association médicale mondiale (Déclaration d'Helsinki), les participants ont donné leur consentement éclairé en ligne pour participer à cette expérience pour des expériences impliquant des sujets humains. L'approbation éthique a été jugée inutile car les réglementations éthiques nationales font que cette recherche tombe sous le coup de la loi Jardé / RIHP 3.

9. Références

American Psychiatric Association (2015). *DSM-5® classification*. American Psychiatric Pub.

Arntz, A., Weertman, A., & Salet, S. (2011). Interpretation bias in Cluster-C and borderline personality disorders. *Behavior research and therapy*, *49*(8), 472-481. https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.05.002

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, malesand females, scientists and mathematicians. *Journal of autism and developmental disorders*, *31*, 5-17.

Baumann, C., Erpelding, M.-L., Régat, S., Collin, J.-F., & Briancon, S. (2010). The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, *58*(1), 33-39.

Beck, A. T., Rial, W. Y., & Rickels, K. (1974). Short form of depression inventory: cross-validation. *Psychological reports*, *34*(3, suppl), 1184-1186.

Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychometrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian journal of behavioural science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *14*(3), 211.

Brewe, A. M., Mazefsky, C. A., & White, S. W. (2021). Therapeutic alliance formation for adolescents and young adults with autism: Relation to treatment outcomes and client characteristics. *Journal of autism and developmental disorders*, *51*, 1446-1457.

Bringmann, S., & Maidman, P. (2019). Diagnosis of autism spectrum disorder in women with suicidality and characteristics of borderline personality disorder. *Tijdschrift voor psychiatrie*, *61*(2), 121-125.

Bush, H. H., Williams, L. W., & Mendes, E. (2021). Brief report: Asexuality and young women on the autism spectrum. *Journal of autism and developmental disorders*, *51*, 725-733.

Cameron, S. K., Rodgers, J., & Dagnan, D. (2018). The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, *25*(3), 446-456.

Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular autism*, *9*, 1-14.

Chabrol, H., & Raynal, P. (2018). The co-occurrence of autistic traits and borderline personality disorder traits is associated to increased suicidal ideation in nonclinical young adults. *Comprehensive psychiatry*, *82*, 141-143.

Cheak-Zamora, N. C., Teti, M., Maurer-Batjer, A., O'Connor, K. V., & Randolph, J. K. (2019). Sexual and relationship interest, knowledge, and experiences among adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Archives of sexual behavior*, *48*, 2605-2615.

Craddock, N., & Mynors-Wallis, L. (2014). Psychiatric diagnosis: impersonal, imperfect and important. *The British journal of psychiatry*, *204*(2), 93-95.

da Silva Junior, E. A., Medeiros, W. M. B., Dos Santos, J. P. M., de Sousa, J. M. M., da Costa, F. B., Pontes, K. M., Borges, T. C., Segundo, C. E. N., e Silva, A. H. A., & Nunes, E. L. G. (2024). Evaluation of the efficacy and safety of cannabidiol-rich cannabis extract in children with autism spectrum disorder: randomized, double-blind and placebo-controlled clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy. 46,* e20210396. doi: 10.47626/2237-6089-2021-0396. Epub 2022 May 26.

Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Factor structure and consistency of a French translation. *Swiss journal of psychology, 72*(1), 5–11. https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000093

Ellison, K. S., Jarzabek, E., Jackson, S. L., Naples, A., & McPartland, J. C. (2022). Brief report: exploratory evaluation of clinical features associated with suicidal ideation in youth with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, *54*(2), 803-810. doi: 10.1007/s10803-022-05575-2. Epub 2022 May 26.

Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State–Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian journal of behavioural science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *25*(4), 559.

George, R., & Stokes, M. A. (2018a). Gender identity and sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism*, *22*(8), 970-982.

George, R., & Stokes, M. A. (2018b). A quantitative analysis of mental health among sexual and gender minority groups in ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, *48*, 2052-2063.

Gregoire, S., Gagnon, J., Lachance, L., Shankland, R., Dionne, F., Kotsou, I., Monestes, J.-L., Rolffs, J. L., & Rogge, R. D. (2020). Validation of the English and French versions of the multidimensional psychological flexibility inventory short form (MPFI-24). *Journal of contextual behavioral science*, *18*, 99-110.

Hua, D. Y.-H., Lees, R., Brosnan, M., & Freeman, T. P. (2021). Cannabis and cannabidiol use among autistic and non-autistic adults in the UK: a propensity score-matched analysis. *BMJ open*, *11*(12), e053814.

Iversen, S., & Kildahl, A. N. (2022). Case report: mechanisms in misdiagnosis of autism as borderline personality disorder. *Frontiers in psychology*, *13*, 735205.

Joyal, C. C., Carpentier, J., McKinnon, S., Normand, C. L., & Poulin, M.-H. (2021). Sexual knowledge, desires, and experience of adolescents and young adults with an autism spectrum disorder: an exploratory study. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 685256.

Lynch, T. R. (2018). *The skills training manual for radically open dialectical behavior therapy: a Clinician's guide for treating disorders of Overcontrol*. New Harbinger Publications.
Lynch, T. R. (2024). *La thérapie comportementale dialectique radicalement ouverte: traiter les troubles de l'excès de contrôle*. De Boeck Supérieur.

May, T., Pilkington, P. D., Younan, R., & Williams, K. (2021). Overlap of autism spectrum disorder and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Autism research*, *14*(12), 2688-2710.

Melca, I. A., Yücel, M., Mendlowicz, M. V., de Oliveira-Souza, R., & Fontenelle, L. F. (2015). The correlates of obsessive–compulsive, schizotypal, and borderline personality disorders in obsessive–compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, *33*, 15-24.

Moseley, R., Gregory, N. J., Smith, P., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2019). A 'choice', an 'addiction', a way 'out of the lost': exploring self-injury in autistic people without intellectual disability. *Molecular autism*, *10*(1), 1-23.

Muris, P., & Ollendick, T. H. (2021). Selective mutism and its relations to social anxiety disorder and autism spectrum disorder. *Clinical child and family psychology review*, *24*(2), 294-325.

Pecora, L. A., Hancock, G. I., Hooley, M., Demmer, D. H., Attwood, T., Mesibov, G. B., & Stokes, M. A. (2020). Gender identity, sexual orientation and adverse sexual experiences in autistic females. *Molecular autism*, *11*(1), 1-16.

Pecora, L. A., Hancock, G. I., Mesibov, G. B., & Stokes, M. A. (2019). Characterising the sexuality and sexual experiences of autistic females. *Journal of autism and developmental disorders*, *49*, 4834-4846.

Roberge, P., Doré, I., Menear, M., Chartrand, É., Ciampi, A., Duhoux, A., & Fournier, L. (2013). A psychometric evaluation of the French Canadian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large primary care population. *Journal of affective disorders*, *147*(1-3), 171-179.

Sierro, G., Rossier, J., & Mohr, C. (2016). Validation of the French Autism Spectrum Quotient scale and its relationships with schizotypy and Eysenckian personality traits. *Comprehensive psychiatry*, *68*, 147-155.

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., & Kim, J. H. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, *27*(1), 281-295.

Spielberger, C. D., Gonzalez-Reigosa, F., Martinez-Urrutia, A., Natalicio, L. F., & Natalicio, D. S. (1971). The state-trait anxiety inventory. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican journal of psychology*, *5*, 145-158.

Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C., & Rascle, N. (2009). Anxiété et dépression en hémodialyse: validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Néphrologie & thérapeutique*, *5*(3), 193-200.

Villemarette-Pittman, N. R., Stanford, M. S., Greve, K. W., Houston, R. J., & Mathias, C. W. (2004). Obsessive—compulsive personality disorder and behavioral disinhibition. *The journal of psychology*, *138*(1), 5-22.

Weir, E., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2021). The sexual health, orientation, and activity of autistic adolescents and adults. *Autism Research*, *14*(11), 2342-2354.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, *67*(6), 361-370.

Publié par l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive.

Études & Pratiques TCC
(E&P*TCC*)

- de la recherche à la clinique -

———

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

———

Études & Pratiques TCC est une revue en ligne de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC) qui publie des travaux originaux en TCC rédigés en français.
Son Directeur ou sa Directrice est le Président ou la Présidente de l'AFTCC.

Tous les types d'articles peuvent être proposés, allant comme son sous-titre l'indique « de la recherche à la clinique ».
Cela concerne donc principalement deux types d'articles qui doivent respecter les normes spécifiques qui seront énoncées dans ces recommandations aux auteurs :
-ceux consacrés à une recherche
-ceux qui relatent un travail de type clinique avec prise en charge TCC
...auxquels s'ajoutent les synthèses de connaissances (revues de question, revues narratives systématisées) et les méta-analyses.

Des articles argumentés de réflexion théorique ou de réflexion sur des pratiques cliniques, toujours argumentées scientifiquement et/ou sur des bases cliniques, ainsi que des courriers de lecteurs traitant de l'actualité scientifique ou clinique, doivent être préalablement déclarés publiables par le Comité de Rédaction. Ces articles sont ensuite soumis au processus rédactionnel normal.

Les revues de livres en relation avec les TCC sont acceptées (maximum 600 mots).

Les articles paraissent dans l'ordre chronologique de leur acceptation à l'exception de certains articles pour cause de regroupement dans des numéros thématiques.

Normes rédactionnelles

Un article ne doit pas excéder 4000 mots (environ), le titre, le résumé français, l'abstract anglais, les mots-clés, les keywords, les légendes des tableaux et des figures et la bibliographie étant exclus.
C'est le Comité de Rédaction qui décide si un article peut dépasser cette norme de façon justifiée.

Un article comporte :

1- Une page-titre *(CETTE PAGE N'EST PAS TRANSMISE AUX ÉVALUATEURS).*

Elle comprend :
a) Un titre concis en français et en anglais
b) Les prénoms et noms des auteurs par ordre signifiant. Faire suivre chaque nom par une lettre en exposant ($^{a, b, c,}$ etc.), dans l'ordre alphabétique
c) Puis en dessous de la liste des auteurs, suivant le rappel de chaque lettre (a, b, c, etc.) les intitulés des organismes de travail de(s) auteur(s), avec les adresses complètes et les éventuelles URL.

d) Le prénom, le nom, l'adresse postale et l'adresse électronique de l'auteur correspondant.
e) La mention des congrès où il a pu être présenté : Communication (ou Conférence ou Poster) présentée lors du (mettre les références complètes de l'évènement : son nom, le lieu, la date, le titre de la présentation et les noms des signataires).
f) La mention des organismes de recherche ayant soutenu le travail.
Toutes les aides financières doivent être identifiées : à l'exception des organismes dans lesquels travaillent les signataires déjà notés en c), il faut indiquer ici tous les financements extérieurs privés ou publics. Éventuellement il faut préciser la part spécifique du travail prise en charge par ces financements.
g) Le nombre de mots de l'article compté par traitement de texte (voir normes de comptage en tête de chapitre)
h) La date de dépôt du manuscrit.

2- Le texte *(séparé de la page titre)*

Il comprend :

-Le titre en français et en anglais (*sans les noms des auteurs pour respecter l'anonymat pour les lecteurs*) qui est de nouveau présenté sur la première page du texte.
-Un résumé en français et en anglais. Chacun des résumés doit compter au plus 250 mots.
-Des mots-clés (6 maximum), dans les deux langues, correspondant à APA PsycInfo et /ou Medline.
Les articles de recherche doivent suivre le plan suivant : *Introduction, Objectifs, Méthode (participants, matériel, procédure), Résultats, Discussion, Conclusion.*

Pour les articles cliniques, il est conseillé de s'inspirer de cet esprit : *Introduction-objectifs, présentation du cas, procédure clinique, résultats-discussion et conclusion.*

Il faut expliciter les abréviations lors de leur première apparition dans le texte et éviter d'utiliser des abréviations dans le titre, le résumé, l'abstract, les mots-clés.

Les auteurs sont obligatoirement cités entre parenthèses sous la forme APA. Exemples : (Pascal, 2008) ou (Henry et al, 2015), Bootsy, en 2001 a développé…
Il ne faut citer que des travaux publiés ou sous presse (référence en DOI).

La présentation des tests statistiques comporte dans le texte (et dans un tableau), le nom ou l'abréviation du test, le nombre de degrés de liberté, la valeur du test et la valeur de la probabilité (exemple dans le texte : $F(1,77) = 10,97$; $p<.002$). À l'appui des tests de significativité les mesures de puissance sont recommandées.

Les numéros des tableaux et figures doivent obligatoirement être appelés dans le texte (voir tableau x, voir figure y).
Les numérotations des tableaux et figures se font dans deux listes séparées (tableau 1, tableau 2, etc. ; figure 1 ; figure 2, etc.).

3- Les références

Elles sont présentées selon la norme **APA**.

• Dans le texte toute référence à un ou des auteurs doit se faire de façon narrative ou entre parenthèses. Exemples :
-narrative : « Hamex et Grist (2011), ont montré que… »
- entre parenthèses. « Cela a été clairement établi (Buhils, 2001; Hamex et Grist, 2011). »
Il faut respecter l'ordre alphabétique des différents auteurs ou groupes d'auteurs).

Remarque concernant le point-virgule après l'année. Les logiciels bibliographiques ne mettent pas d'espace avant cette ponctuation, comme il se fait en anglais. Or en français un espace devrait précéder le point-virgule. Il faut faire un choix. Nous proposons, pour des raisons de facilité pratique de suivre l'ordre utilisé par les logiciels.

• Elles sont présentées à la fin du texte dans l'ordre alphabétique. Lorsque les deux types de références (article publié et DOI) sont disponibles, il est recommandé de les faire apparaître toutes les deux en mettant le DOI à la fin.

4- Les tableaux et les figures.

Les tableaux et figures sont présentés sur des pages Word ou PDF séparées (1 seul tableau ou figure par page), après le texte de l'article.

Ils sont tracés avec un logiciel. Ils doivent être corrigibles (ceux présentés en .PDF devront pouvoir être refaits selon les demandes des reviewers et/ou des rédacteurs).
Ils doivent avoir des légendes explicites accompagnant leur nom (tableau 1, figure 1, etc.).
Ces légendes doivent être fournies sous les tableaux et figures, sans y être intégrées.
Elles doivent indiquer clairement leur objet et préciser la signification des abréviations éventuelles.

Les tableaux et figures seront placés au mieux dans le texte à la mise en page finale par les soins de l'éditeur.

5- liens dans l'article

Il n'est pas prévu actuellement de pouvoir insérer un lien vers un document sonore ou visuel.

Envoi des articles

Que ce soit la version originale ou une version corrigée les auteurs doivent envoyer leur article complet en .docx (police Calibri courant) et en .PDF par e-mail à l'adresse fournie par l'AFTCC : **eptcc@aftcc.org**
La version .PDF est destinée aux Reviewers afin d'éviter leur modification directe ; elle ne doit pas contenir pas les noms des auteurs pour un avis impartial.
Il en est de même pour les versions corrigées : .docx et .PDF (sans les noms).

Évaluation des articles

La nécessité de fournir un texte plus concis ou plus développé relève de la compétence conjointe du Rédacteur et du Rédacteur en Chef.

Les articles sont gérés par un Rédacteur et examinés de manière anonyme par deux Reviewers nommés par ce Rédacteur. Ils sont acceptés, refusés ou proposés pour modifications et corrections par le Rédacteur en Chef sur proposition du Rédacteur concerné.

Le Rédacteur donne un avis (1 - 2 - 3 ou 4) en tenant compte des commentaires et appréciations des Reviewers. Le Rédacteur en Chef transmet à l'auteur la décision définitive prise conjointement avec le Rédacteur responsable de l'article (1 ou 4) ou les propositions d'amélioration des Reviewers (2 ou 3).
1) acceptation du texte tel qu'il a été soumis
2) acceptation sous réserve de modifications mineures
3) acceptation sous réserve de modifications majeures
4) refus définitif.

Le fait de demander des modifications mineures ou majeures ne signifie pas que l'article est accepté. Il peut encore faire l'objet d'un rejet suite à une nouvelle expertise de sa version corrigée si les corrections

ne conviennent pas. Les corrections et modifications indiquées par les Reviewers et celles émises par le Rédacteur ou par le Rédacteur en Chef doivent obligatoirement être effectuées lors d'une nouvelle présentation de l'article.

Il est recommandé que les critiques et demandes de modifications des Reviewers soient accompagnées de suggestions d'amélioration.

Il est recommandé, afin d'éviter d'inutiles allers et retours, de prêter une attention particulière à l'orthographe, de respecter strictement les normes de publication et les principes et éthique de la publication, un article n'étant publié que lorsqu'il est parfait de ces points de vue.

Un article peut être soumis plusieurs fois de suite à cette navette. Il appartient au Comité de Rédaction d'arrêter cette navette et de refuser définitivement l'article si les auteurs ne parviennent pas à proposer une version satisfaisante.

Les articles sont acceptés définitivement par le Rédacteur et le Rédacteur en Chef.

Principes et Éthique de la Publication

Conflits d'intérêt

Tout article soumis doit être accompagné d'une déclaration de conflits d'intérêt.
En fin d'article, avant les références, chacun des auteurs indique obligatoirement ses potentiels conflits d'intérêt (d'ordre financier, professionnel, *entrepreneurial,* institutionnel, commercial ou personnel) avec le texte publié. Les liens concernés doivent être précisés.
Quand un auteur n'a pas de conflit d'intérêt il indique « conflit d'intérêt : néant ».
Tout article où manque cette déclaration de conflits d'intérêt sera automatiquement refusé.

Éthique des articles

• Les auteurs s'engagent à n'envoyer que des articles originaux produits par eux-mêmes.

-la publication préalable sous la forme d'un court résumé
-la publication sur site universitaire d'une thèse académique
ne sont pas concernés.

Ils garantissent qu'il n'y a aucune contrefaçon telle que définie par le code de la propriété intellectuelle.

Il est interdit de proposer un article redondant déjà paru dans une autre revue.
Cela concerne aussi internet.
Cela ne concerne pas l'emprunt du contenu d'une communication orale ou poster présentée par les auteurs de l'article dans un congrès scientifique. Mais dans ce cas les auteurs doivent le signaler comme indiqué dans la section « 1- Une page – titre, alinéa e ».

Tout emprunt, même limité, à tout article déjà paru ou accepté ou soumis, quelle que soit la revue, est strictement interdit.
Cela concerne aussi internet.

Un très petit passage repris d'un auteur est autorisé aux seules fins de préciser les termes qu'il emploie ou toute caractéristique spécifique de son travail : dans ce cas il faut que ceci soit explicité immédiatement avec les noms et la référence. Si ce petit passage est emprunté d'un article en langue étrangère il faut fournir le texte initial et la traduction en français. Alors, si l'insertion de tels passages parus dans un ou d'autres travaux publiés sous copyright est strictement indispensable, les auteurs

doivent obligatoirement fournir une autorisation écrite des détenteurs du copyright, ce qui ne se limite pas aux seuls auteurs selon les revues. Sans cette autorisation l'article ne pourrait pas paraître.
Cela concerne aussi internet.

La traduction en français, par quelque moyen que ce soit, d'un texte publié dans une autre langue est interdite.
Cela concerne aussi internet.

- La publication d'un texte ou d'une partie de texte dont le contenu est produit par une ou des IA est interdite.

Ces technologies ne peuvent être utilisées, sous la surveillance humaine afin d'éviter les erreurs qu'elles peuvent induire, que pour améliorer la lisibilité et le langage, produire les tableaux et figures, aider à la présentation des références, et non pour remplacer les tâches fondamentales des auteurs.
Une ou des IA et les technologies assistées ne peuvent être citées en tant qu'auteur.
Les auteurs sont responsables en dernier ressort du contenu de l'œuvre : les erreurs produites par des IA leur seront imputées.

- La conduite (et en conséquent la publication) d'une recherche comprenant des données humaines doivent être en accord avec la Déclaration d'Helsinki révisée en 2013.

Les auteurs d'une recherche doivent avoir obtenu l'autorisation de la mener auprès du *Comité d'éthique du Laboratoire de rattachement.*
Tout article correspondant à une recherche nécessitant cette autorisation doit comporter à la fin de l'article, avant les références, sa notification.

Protection des patients et participants à une étude (toutes formes d'articles)

Les participants à une étude qu'ils soient patients ou bénévoles doivent avoir fourni un consentement éclairé explicité dans l'article.
Les articles doivent employer des termes respectueux et non stigmatisant en ce qui concerne les patients (leur vie privée, leur santé et leur bien-être, leur dignité, etc.). Pour tout ce qui touche la terminologie en santé mentale il ne faut pas utiliser des termes inappropriés mais ceux actuellement proposés dans le DSM 5TR ou la CIM11.
Toute donnée textuelle ou photographique rendant possible l'identification des patients ou des participants est interdite. Cela concerne tout ce qui peut toucher à l'anonymat de ces personnes (ex : prénoms ou noms réels, localisations personnalisées, photographies). Sont concernés aussi les contenus (par exemple dans les études de cas) qui ne doivent pas comprendre d'éléments distinctifs des personnes.

Tout article ne respectant pas ces Principes et Éthique de la Publication
sera immédiatement refusé

VOIR SUITE : MODÈLE DE PAGE-TITRE

(Titre français) :

Titre français. Titre français, titre français ; titre français : titre français ?

(Titre anglais) :

English title. English title; English title: English title?

(Prénoms et Noms des auteurs, appels en exposant) :

Anhe Bhonny[a], Cyril Duwoix[b]

(Coordonnées des auteurs)

a) Anhe Bhonny, 00 rue xxx, 00 000, Xxx. Centre Syz, rue mmm, 00 000, Zzz, URL

b) Cyril Duwoix, 00 rue zzz, 00 000, Zy. Laboratoire Uuu, rue xxx, 00 000, Xyz, URL

(Auteur correspondant : nom, adresse, adresse mail, éventuellement téléphone)

Auteur correspondant : Anne Bhonny, 00 rue xxx, 00 000, Xxx. a.bhonny@uio.fr

(Mention des congrès où le travail a déjà été éventuellement présenté)

Poster présenté au Congrès de l'AXXX, Paris, le 00/00/0000. Titre : Xx ab cd gi mu

(Mention des organismes de recherche ayant éventuellement soutenu le travail)

Supporté par : 1) OUHT ; 2 AÙTIF.

(Nombre de mots de l'article compté par traitement de texte)

Nombre de mots : 4789

(Date de dépôt du manuscrit (original, 1ère, 2ème, … révision).

Date de dépôt du manuscrit : XX/XX/XXXX

Publié par l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive.

Annonces de Congrès

Journées régionales de TCC
29 et 30 mai 2026 Dijon
https://www.aftcc.org/jrtcc-2026

56ème congrès annuel de l'EABCT
16 au 19 septembre 2026 Bruxelles
https://eabctcongress.org/fr/

Publié par l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive.