

JOURNAL D'ACCOMPAGNEMENT

La peur des autres
...et de moi-même



Par Muriel Pélas
Thérapeute en psychologie positive MIGS

CHAPITRE 1 — EN AMONT

Quand les autres deviennent un enfer

La phrase de Sartre, son sens véritable, et ce qu'elle ouvre.

Une phrase, une pièce, un enfer sans miroirs

Jean-Paul Sartre, *Huis Clos*, 1944. Trois personnages morts — Garcin, Inès, Estelle — sont enfermés ensemble pour l'éternité dans une pièce **sans miroirs**. Pas de bourreau. Pas de feu. Simplement, l'impossibilité de se voir autrement qu'à travers le regard des deux autres. À la fin de la pièce, Garcin prononce la phrase devenue célèbre : « **Pas besoin de gril : l'enfer, c'est les autres.** »

Le sens véritable — Sartre lui-même le précise

En 1965, en préambule à l'enregistrement phonographique de la pièce, Sartre revient sur sa formule : « *"L'enfer, c'est les autres" a toujours été mal compris. On a cru que je voulais dire par là que nos rapports avec les autres étaient toujours empoisonnés, que c'étaient toujours des rapports infernaux. Je veux dire que si les rapports avec autrui sont **tordus, viciés**, alors l'autre ne peut être que l'enfer.* » Et il ajoute : « *Les autres sont au fond ce qu'il y a de plus important en nous-mêmes pour notre propre connaissance de nous-mêmes.* »

L'enfer sans miroirs — quand le regard devient une prison

La pièce de Sartre n'a pas de miroirs — et c'est l'élément central du dispositif. Les trois personnages ne peuvent se voir qu'à travers les yeux des deux autres. Ils dépendent totalement du **regard d'autrui** pour savoir qui ils sont. Et ce regard ne leur rend jamais ce qu'ils cherchent : Garcin attend une reconnaissance qui ne vient pas, Estelle veut être désirée comme elle s'imaginait l'être, Inès rejette tout le monde. **Système clos, sans issue.**

Cette métaphore décrit avec une précision saisissante ce qui se passe quand le rapport au regard d'autrui devient déformé. Plutôt que d'être un **miroir constructif** qui aide à se connaître, le regard de l'autre devient un **miroir déformé** qui ne renvoie que jugement, danger, menace de rejet. Sartre développe cette idée dans *L'Être et le Néant* (1943) sous le nom d'« **être-pour-autrui** » — cette troisième dimension de notre existence, où nous sommes vus, jugés, définis par le regard de l'autre, parfois sans pouvoir nous y soustraire.

Page suivante : cette intuition philosophique a traversé les siècles — de Rousseau à Christophe André — et a fini par trouver son nom clinique.

CHAPITRE 1 — EN AMONT

De la philosophie au continuum

Une intuition ancienne, et son écho contemporain dans la chanson populaire.

Une intuition ancienne — Rousseau, Sénèque

Jean-Jacques Rousseau, dans ses *Confessions* (rédigées entre 1765 et 1770, publiées à titre posthume en 1782), décrit comment il a **adopté une façade cynique et caustique pour masquer sa timidité** et éviter de se sentir vulnérable face au regard des autres. Bien avant les manuels de psychiatrie, un philosophe avait mis des mots sur la souffrance d'être vu, et sur les stratégies que l'on déploie pour la contourner.

Sénèque, dans ses *Lettres à Lucilius* (1er siècle), formule une intuition qui rejoint exactement l'expérience vécue : « *Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas les faire. C'est parce que nous n'osons pas les faire qu'elles sont difficiles.* » Cette inversion décrit précisément le cercle vicieux de l'évitement — le mécanisme central des peurs sociales que la recherche clinique a documenté vingt siècles plus tard.

Une expression contemporaine — la chanson

« *Timides, c'est écrit sur nos mains / Humides, on peut nous croire hautains / Mais y'a dans not' regard qu'est rivé sur nos godasses / La peur de décevoir et pas un manque d'audace...* »

Renan Luce, Aux timides anonymes (extrait), album Repenti, 2006.

Cette chanson, écrite par un auteur français contemporain, fait écho mot pour mot à ce que la psychiatrie tente de nommer cliniquement : « **la peur de décevoir et pas un manque d'audace** ». Distinction essentielle, que la clinique française a posée au milieu des années 1990.

Page suivante : les psychiatres français qui ont nommé cliniquement ces peurs des autres, et l'architecture du continuum.

CHAPITRE 1 — EN AMONT

Les psychiatres français qui ont nommé

De la clinique des années 1990 à l'architecture du continuum.

Christophe André, Patrick Légeron, Antoine Pelissolo

Christophe André et **Patrick Légeron**, psychiatres à l'hôpital Sainte-Anne (Paris), publient en 1995 *La Peur des autres — trac, timidité, phobie sociale* (Odile Jacob). Le livre devient la **référence francophone** pendant plus de 25 ans, traduit en plusieurs langues. Réédité en 2024 sous *La nouvelle peur des autres* avec **Antoine Pelissolo** — chef de service au CHU Henri-Mondor à Créteil, professeur de médecine à l'université Paris-Est Créteil, l'**expert français de référence** des peurs sociales.

Pour Christophe André, la **phobie sociale** (*trouble d'anxiété sociale dans la nomenclature DSM-5 actuelle*) est une « **appréhension exagérée du regard des autres** ». Elle constitue, selon les données qu'il cite, le **3ème trouble psychologique le plus fréquent** dans la population, après les troubles dépressifs et l'alcool-dépendance. Antoine Pelissolo, dans *Accepter le regard des autres* et *Ne plus rougir*, étend cette approche en l'ouvrant aux évolutions récentes — notamment l'impact des réseaux sociaux sur le rapport au regard d'autrui.

Ce que ce livre va parcourir

C'est dans la lignée de ce travail — Sartre, Rousseau, Sénèque, les chansons populaires, Christophe André, Antoine Pelissolo — que ce livre s'inscrit. La **peur des autres** a plusieurs visages : **trac, timidité, trouble d'anxiété sociale** (anciennement *phobie sociale*), **trouble de personnalité évitante**, et le **mutisme sélectif** (forme principalement infantile). Les pages qui suivent vont parcourir chacune de ces formes — d'où elles viennent, à quoi elles ressemblent, et ce qui permet d'en sortir.

Sources : Rousseau, J.-J. (1782), *Confessions* ; Sénèque, *Lettres à Lucilius* ; Luce, R. (2006), *Aux timides anonymes, album Repenti* ; André, C. & Légeron, P. (1995, rééd. 2024 avec A. Pelissolo), *La Peur des autres* et *La nouvelle peur des autres*, Odile Jacob ; Pelissolo, A., *Ne plus rougir* et *Accepter le regard des autres*.

CHAPITRE 1 — DÉCOUVRIR L'HÉRITAGE

Une histoire ancienne, une science récente

L'idée que nous portons quelque chose de nos ancêtres est ancienne. La preuve scientifique est récente.

Que nous portions, sans le savoir, quelque chose de nos ascendants — leurs deuils non-faits, leurs secrets, leurs blessures — est une intuition que l'humanité a formulée depuis longtemps : dans les mythes, dans les traditions religieuses, dans la littérature. La **psychanalyse** (Freud, Jung) en a posé les premières bases conceptuelles. Mais c'est en France, dans les années 1970, qu'une école thérapeutique spécifique s'est construite autour de cette question : la **psychogénéalogie clinique**.

Anne Ancelin Schützenberger — la pionnière

Anne Ancelin Schützenberger (1919-2018), psychologue et professeure émérite à l'Université de Nice, est la **fondatrice de la psychogénéalogie**. À partir des travaux de **Jacob Levy Moreno** (psychodrame), de **Carl Rogers** et de la psychanalyse (notamment via Françoise Dolto), elle a élaboré dès les années 1970 une approche thérapeutique explorant les **liens transgénérationnels**. Son livre *Aïe, mes aïeux !*, publié en 1993, est devenu la référence francophone — vendu à plus de 350 000 exemplaires et traduit dans de nombreux pays.

Les concepts-clés de la psychogénéalogie

La loyauté invisible. Une tendance inconsciente à **répéter**, dans sa propre vie, des situations vécues par les ascendants — ruptures, deuils, échecs, choix professionnels, voire dates anniversaires. Cette répétition est, selon Schützenberger, une **forme de fidélité** envers la lignée.

Le syndrome d'anniversaire. La survenue d'événements marquants (maladies, accidents, naissances, décès) à **des âges ou des dates similaires** à ceux des ancêtres. Documenté cliniquement par Schützenberger sur des centaines de cas.

Le géosociogramme. Représentation graphique de l'arbre généalogique enrichi des événements marquants, des liens affectifs, des secrets, des deuils, des dates importantes. C'est l'**outil clinique principal** de la psychogénéalogie — il permet d'identifier les **répétitions inconscientes**.

Page suivante : la citation-phare de Schützenberger, et ce que cette compréhension ouvre cliniquement.

CHAPITRE 1 — DÉCOUVRIR L'HÉRITAGE

Ce que les mots ne disent pas, le corps le dit

La phrase qui résume la pensée de Schützenberger — et ce qu'elle ouvre.

La phrase qui résume tout

« *Tout ce qui n'est pas exprimé s'imprime, et tout ce qui est imprimé s'exprime tôt ou tard.* »

Anne Ancelin Schützenberger, citée dans Aïe, mes aïeux !

Cette formule, devenue célèbre dans le monde francophone de la psychothérapie, condense l'intuition centrale de la psychogénéalogie : **ce qui n'a pas pu être dit, pleuré, élaboré dans une génération continue de circuler dans la famille** — sous forme de répétitions, de symptômes, de comportements inexplicables. Le corps, le rêve, le choix de vie le réexpriment, parfois plusieurs générations plus tard.

Ce que la psychogénéalogie ouvre

L'intuition de Schützenberger a longtemps été **cliniquement féconde mais scientifiquement orpheline** : elle s'appuyait sur l'observation clinique, sans pouvoir démontrer biologiquement comment cette transmission s'opérait. C'est exactement **cette question — comment ? — que la recherche en épigénétique a commencé à éclairer** à partir des années 2000.

Les pages suivantes présentent cette deuxième moitié de l'histoire — celle où la **science moléculaire** rejoint la **clinique du transgénérationnel**, et où les intuitions de Schützenberger trouvent leur substrat biologique dans les marques épigénétiques transmises par l'ADN, sans modifier la séquence des gènes.

Sources : Schützenberger, A. A. (1993), Aïe, mes aïeux !, Desclée De Brouwer ; Schützenberger, A. A. (2007), Psychogénéalogie, Payot ; archives Anne Ancelin Schützenberger (Moreno Museum, Turin).

CHAPITRE 1 — DÉCOUVRIR L'HÉRITAGE

Comprendre l'épigénétique

Une seule partition, plusieurs interprétations possibles.

L'**épigénétique** est l'étude des modifications chimiques qui changent l'**expression des gènes** sans modifier la **séquence de l'ADN**. Le terme a été introduit par **Conrad Waddington**, généticien britannique, en 1942. La discipline est devenue une science majeure depuis les années 2000, avec le séquençage du génome humain et le développement des techniques de mesure de ces modifications.

L'analogie de la partition musicale

Pour comprendre la différence entre génétique et épigénétique, l'analogie la plus parlante — utilisée par les chercheurs Ariane Giacobino (Université de Genève) et Joël de Rosnay — est celle de la **partition musicale** :

- Les **notes** écrites sur la partition = l'**ADN**, la séquence génétique, fixe et identique chez tous nos enfants.
- L'**interprétation** (volume, tempo, expressivité, silences) = l'**épigénétique**, variable selon le chef d'orchestre, la salle, le moment, ce qu'a vécu le musicien.

Deux orchestres jouant la **même partition** peuvent produire des œuvres très différentes. C'est exactement ce qui se passe dans nos cellules : **le même ADN peut s'exprimer différemment** selon les marques chimiques déposées dessus.

Mécanisme 1 — la méthylation de l'ADN

C'est le mécanisme épigénétique **le plus étudié**. Il consiste en l'ajout d'un petit groupement chimique (un **groupe méthyle**) sur certaines régions de l'ADN, principalement sur la base **cytosine**.

- ADN **fortement méthylé** → gène **moins exprimé** (« éteint », mis en veilleuse).
- ADN **déméthylé** → gène **davantage exprimé** (« allumé », actif).

Les gènes **NR3C1** (récepteur du cortisol) et **FKBP5** (régulateur du cortisol) sont les deux gènes dont la méthylation est la plus documentée dans la transmission du stress.

Page suivante : les deux autres mécanismes épigénétiques — modifications des histones et petits ARN non-codants — et ce que cela change.

CHAPITRE 1 — DÉCOUVRIR L'HÉRITAGE

Les deux autres mécanismes

Modifications des histones, petits ARN non-codants — et ce que cela change.

Mécanisme 2 — la modification des histones

Les **histones** sont des protéines autour desquelles l'ADN s'enroule pour être compacté à l'intérieur du noyau cellulaire — un peu comme un fil enroulé autour d'une bobine. Des modifications chimiques (acétylation, méthylation) sur ces histones changent **l'accessibilité de l'ADN** aux protéines qui le lisent.

- ADN **enroulé serré** autour des histones → gènes **inaccessibles**, silencieux.
- ADN **déroulé** → gènes **accessibles**, exprimés.

Le stress, le trauma, l'environnement peuvent modifier durablement ce niveau de compactage.

Mécanisme 3 — les petits ARN non-codants

Les **microARN** (ou miRNA) sont de petites molécules d'ARN qui ne fabriquent pas de protéines, mais qui **régulent l'expression d'autres gènes** — en bloquant ou en activant leur lecture.

La famille **miR-34/449** est centrale dans la transmission paternelle de l'anxiété : **Champroux et al. (2024)** ont démontré que **restaurer ces microARN** dans les embryons **prévient l'anxiété élevée** habituellement transmise par les pères stressés à leur descendance. C'est l'une des premières démonstrations **causales** de la transmission épigénétique paternelle — et de la possibilité de **l'interrompre**.

Ce que cela change

Les marques épigénétiques sont **réversibles**. C'est la différence essentielle avec la génétique au sens strict. Une séquence d'ADN, on ne la change pas. Mais **la manière dont elle s'exprime** — méthylation, histones, microARN — peut se modifier au cours d'une vie, sous l'effet de l'environnement, des soins, de la thérapie, de l'alimentation, du sommeil, du mouvement. **C'est pour cela que comprendre l'héritage n'enferme pas — au contraire, cela ouvre des possibilités de transformation.**

Sources : Waddington, C. H. (1942), *Endeavour*, vol. 1 ; Giacobino, A. (2018), *Peut-on se libérer de ses gènes ?*, Stock ; de Rosnay, J. (2018), *La symphonie du vivant, Les Liens qui Libèrent* ; INSERM, dossier *Épigénétique (mise à jour 2024)* ; Champroux et al. (2024), *Epigenetics*.

CHAPITRE 1 — DÉCOUVRIR L'HÉRITAGE

Intergénérationnel ou transgénérationnel ?

Deux mots souvent confondus, qui désignent deux réalités biologiques distinctes.

Avant d'examiner les études fondatrices qui ont documenté la transmission, il faut poser une distinction essentielle, souvent confondue : la différence entre **intergénérationnel** et **transgénérationnel**. Les deux concernent la transmission d'une génération à l'autre, mais ils ne décrivent pas le même mécanisme — et ne portent pas la même implication clinique.

Intergénérationnel — F0 → F1 (deux générations)

La transmission **intergénérationnelle** désigne ce qui passe d'une génération à **celle qui suit immédiatement** (F0 → F1). Dans ce cas, la génération suivante peut avoir été **exposée directement** au facteur initial — par exemple, un fœtus dont la mère traverse un épisode dépressif majeur pendant la grossesse a été **directement exposé** aux hormones de stress maternel via le placenta. La transmission est **de proche en proche**.

Exemples cliniques fréquents :

- Une mère qui a vécu un deuil non-fait pendant sa grossesse → enfant avec une **vulnérabilité anxieuse élevée** dès la petite enfance.
- Un père traversant une période de stress chronique au moment de la conception → marques épigénétiques sur le sperme transmises à l'enfant à naître.

Transgénérationnel — au-delà de 3 générations

La transmission **transgénérationnelle** désigne une persistance plus profonde : elle continue de s'exprimer chez les **descendants qui n'ont jamais été exposés** au facteur initial — c'est-à-dire à partir de la **troisième génération** côté mère, ou de la **deuxième** côté père. C'est le critère scientifique strict de la transmission « héritée par voie épigénétique » sans intervention nouvelle de l'environnement.

Exemples cliniques documentés :

- Les **petits-enfants** de survivants de la Shoah présentent des modifications épigénétiques du gène FKBP5, alors qu'ils n'ont eux-mêmes jamais été exposés au trauma (Yehuda et al., Mount Sinai).
- Les enfants nés de mères ayant traversé la **tempête de verglas du Québec 1998**, suivis pendant 25 ans, montrent des effets transmissibles à leur tour (Project Ice Storm).

CHAPITRE 1 — DÉCOUVRIR L'HÉRITAGE

Pourquoi 3 générations côté mère, 2 côté père

Une différence biologique qui change la portée de la transmission.

Côté mère — la transmission sur 3 générations

Quand une **grand-mère** est enceinte de sa fille (la future mère), **les ovocytes** de cette fille — qui deviendront les futurs enfants de la mère — sont déjà en train de se former **à l'intérieur du fœtus**. La grand-mère porte donc, simultanément :

- Sa **filles** (génération F1)
- Les **ovocytes** qui deviendront ses **petits-enfants** (génération F2)

Ce que la grand-mère vit pendant cette grossesse — stress, deuil, traumatisme — marque donc **trois générations simultanément** : elle-même (F0), sa fille (F1), et les futurs enfants de sa fille (F2).

Côté père — la transmission sur 2 générations

Les **spermatozoïdes**, contrairement aux ovocytes, ne sont pas tous formés à la naissance : ils se **renouvellent** tout au long de la vie de l'homme, par cycles d'environ 74 jours. Les marques épigénétiques sont donc déposées sur les spermatozoïdes en fonction de ce que vit l'homme **au moment où ils se forment**, dans les mois précédant la conception.

La transmission paternelle s'étend donc sur **deux générations** (F0 → F1) : ce que vit le père au moment où il conçoit son enfant marque cet enfant. Pas au-delà — sauf si l'enfant subit lui-même un facteur déclenchant.

Ce que cette distinction permet

Comprendre ces mécanismes permet de **situer son histoire** dans une chaîne plus large que la sienne. Quand on porte une anxiété, une peur, un état dépressif qui ne semble pas appartenir à sa propre histoire, regarder vers la **génération précédente, et celle d'avant**, peut **lever des incompréhensions**. Comprendre, ici, c'est **mener l'enquête** : rassembler les faits, voir comment les choses se sont transmises. C'est ce regard clair qui **ouvre le travail**.

Sources : Bohacek, J. & Mansuy, I. M. (2015), *Nature Reviews Genetics* — synthèse de référence sur la transmission transgénérationnelle ; Yehuda, R. et al. (2018), *American Journal of Psychiatry* ; INSERM, dossier *Épigénétique* (2024).

CHAPITRE 1 — DÉCOUVRIR L'HÉRITAGE

D'où ça vient — la lignée maternelle

Avant de regarder ce qu'elle est, regardons d'où elle peut venir. À commencer par la mère.

Cette page ouvre une enquête. Comprendre d'où vient ce que l'on porte, c'est **rassembler les faits de son histoire pour cesser de les subir**. Pour la transmission qui se joue avant la naissance, personne ne pouvait savoir — la science ne l'a établi que récemment. Reconnaître que faire un enfant engage reste essentiel : c'est cette prise de conscience qui permet, aujourd'hui, de **rompre la chaîne plutôt que de la prolonger**.

Trois moments de transmission par la mère

1. Avant même la grossesse — par les ovocytes. Tous les ovocytes d'une femme se sont formés **quand elle était elle-même fœtus** dans le ventre de sa mère. Ce que la grand-mère a vécu pendant cette grossesse a donc déjà inscrit des marques sur les futurs ovocytes — qui deviendront la mère, puis l'enfant. C'est pourquoi on parle de transmission **sur 3 générations**.

2. Pendant la grossesse — par l'environnement utérin. L'anxiété, la dépression, le stress aigu (deuil, violences, conflits) modifient chimiquement l'ADN du bébé **sans en changer la séquence**. La méthylation du gène **NR3C1** (récepteur du cortisol) augmente — résultat mesurable dès 3 mois : le bébé répond au stress avec un **pic de cortisol plus élevé** que la normale.

3. Après la naissance — par le lien d'attachement. La dépression post-partum, l'angoisse maternelle, l'absence émotionnelle continuent à modifier l'expression des gènes du bébé. La **qualité du lien d'attachement**, dans les premiers mois, fait la différence.

Témoignage — découvrir l'héritage familial

« Je commence à me renseigner sur la mémoire familiale. C'est en discutant de mes recherches avec ma mère que je découvre qu'elle a elle-même vécu trois fausses couches. Cela n'a fait que renforcer notre lien. Comprendre ce qui s'est joué avant moi m'a permis de dénouer ce que je portais sans le savoir. »

Témoignage publié sur Bliss-stories.fr, février 2025 — analyse transgénérationnelle.

Sources : Oberlander et al. (2008) — méthylation NR3C1 ; Van den Bergh et al. (Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2020) ; Yehuda et al. (Mount Sinai) — enfants de survivants ; Cao-Lei et al. — Project Ice Storm.

CHAPITRE 1 — DÉCOUVRIR L'HÉRITAGE

D'où ça vient — la lignée paternelle

Le spermatozoïde porte aussi une mémoire. Ce que le père a vécu peut s'inscrire en l'enfant.

Cette page ouvre une enquête. Comprendre d'où vient ce que l'on porte, c'est **rassembler les faits de son histoire pour cesser de les subir**. Pour la transmission par le père, personne ne pouvait savoir — la science ne l'a établi que récemment. Reconnaître que **faire un enfant engage** reste essentiel : c'est cette prise de conscience qui permet, aujourd'hui, de rompre la chaîne plutôt que de la prolonger.

Trois moments de transmission par le père

Contrairement aux ovocytes formés avant la naissance, le **sperme se fabrique toute la vie**, à partir de la puberté. Cela change tout : ce que le père vit, à chaque étape de sa vie, peut modifier son sperme — et donc affecter l'enfant à venir.

1. L'ADN du spermatozoïde porte des marques. Le stress, les traumatismes, les violences subies par le père modifient la méthylation de l'ADN du sperme — **sans changer le code génétique**. Ces marques peuvent ensuite être héritées par l'enfant. Une étude majeure (*Cell Discovery*, 2021) a documenté ce mécanisme sur **3 générations**.

2. Le sperme transporte des microARN qui modifient l'embryon. Les expériences difficiles du père altèrent les **microARN** du sperme (notamment **miR-34/449**). À la fécondation, ces microARN entrent dans l'ovocyte et modifient le **développement du cerveau du futur enfant**, en particulier les zones liées à l'anxiété (Gapp et al., *Nature Neuroscience*, 2014).

3. L'enfance et l'adolescence du père comptent particulièrement. C'est pendant cette période que se forment les **cellules-souches** qui produiront ses futurs spermatozoïdes. Donc ce qu'un homme a vécu enfant peut affecter son enfant via son sperme, des décennies plus tard.

CHAPITRE 1 — DÉCOUVRIR L'HÉRITAGE

Choisir ce que l'on transmet

Un témoignage de rupture, et ce que la connaissance ouvre pour nous.

Témoignage — choisir ce que l'on transmet

« J'ai eu une enfance très difficile, marquée par la violence de mon père. Mais j'ai fait le choix de transmettre l'amour reçu de ma mère plutôt que la violence de mon père. C'est ma manière de rompre la chaîne. »

Certe Mathurin, humoriste — interview avec Bruno Clavier, série « Les adultes de demain » (2024).

Ce que la connaissance permet — concrètement

Le témoignage de Certé Mathurin met en lumière un point essentiel : **la transmission n'est pas une fatalité**. Ce qui se transmet biologiquement par les marques épigénétiques peut, à un moment, être **identifié, nommé, et traversé thérapeutiquement**. C'est précisément ce que permet le travail en psychologie positive MIGS : reconnaître ce qui a été reçu — y compris sans le savoir — pour décider **ce qu'on choisit de transmettre à son tour**.

Vous en êtes héritier-ère

Vous n'êtes pas coupable de ce que vous avez reçu. Mais c'est en vous aujourd'hui — dans votre corps, votre système nerveux. **Personne d'autre que vous ne pourra s'en occuper.**

La bonne nouvelle : **vous le pouvez.** En le faisant, vous devenez **le maillon qui rompt la chaîne** — pour vous, et pour les générations qui suivront.

Sources : Yehuda R. & Lehner A. (2018), World Psychiatry 17(3) ; Yehuda R. et al. (2014), American Journal of Psychiatry 171 ; Yehuda R. et al. (2016), Biological Psychiatry 80 ; Gapp K. et al. (2014), Nature Neuroscience 17 ; Cell Discovery (2021) — Sperm epigenetic alterations.

CHAPITRE 1 — DÉCOUVRIR L'HÉRITAGE

Ce que je ne sais pas encore de mon histoire

Une page pour remarquer les zones d'ombre — pas pour les résoudre.

Cette page n'est pas un test. Les questions qui suivent n'attendent **aucune bonne réponse** — au contraire : ce qui compte, c'est de **remarquer tout ce que l'on ne sait pas**. Ce sont souvent les zones d'ombre — ce dont personne n'a parlé, ce qui n'a pas de mots — qui en disent le plus. Il n'y a rien à résoudre ici, simplement à **ouvrir une porte**.

1. Que sais-je — et que ne sais-je pas — de ma conception et de la grossesse de ma mère ?

2. Que sais-je de mes premières années — l'ambiance, l'état de mes parents autour de moi ?

3. Y a-t-il, dans mon histoire familiale, des choses dont « on ne parle pas » ?

4. Qu'est-ce que j'aimerais comprendre de mon histoire d'avant-moi ?

Si ces questions ont surtout mis en évidence **tout ce qui reste inconnu**, c'est exactement le but. Ces zones d'ombre ne sont pas un manque : ce sont des **pistes** — et parfois les **racines de difficultés bien actuelles**. C'est précisément le matériau qu'explore la thérapie en psychologie positive MIGS — là où ce qui n'a jamais été dit peut enfin trouver des mots.

CHAPITRE 1 — LA VOIX INTÉRIEURE

L'ennemi intérieur n'est pas né avec nous

Cette voix qui juge, rabaisse, condamne — d'où vient-elle vraiment ?

Presque chacun connaît cette voix intérieure qui critique, qui juge, qui rabaisse — celle qui dit « *tu n'es pas à la hauteur* », « *tu vas échouer* », « *de toute façon tu es comme ça* ». On l'appelle parfois l'**ennemi intérieur**, ou le **critique intérieur**. Cette page examine une question essentielle : **cette voix est-elle vraiment nous ?**

Une voix que l'on a apprise, pas une nature

La psychologie est claire sur ce point : la voix critique intérieure n'est pas innée. Elle résulte d'un processus que les chercheurs nomment **internalisation** — ce sont les paroles, les attitudes, les regards reçus de l'extérieur qui finissent, peu à peu, par devenir notre propre voix.

Les critiques entendues durant l'enfance — d'un parent, d'un enseignant, d'un proche — peuvent devenir littéralement notre **vérité interne**. Ces mots durs sont une **intériorisation des expériences de l'enfance qui persiste à l'âge adulte**. Entendues de façon répétée, ces critiques finissent par **constituer une part de l'identité** de la personne — au point qu'on ne les distingue plus de soi-même.

Pas seulement des mots — aussi des silences

L'ennemi intérieur ne se construit pas uniquement à partir de phrases blessantes. Il peut aussi se former à partir d'**attitudes**, ou de l'**absence répétée de réponse à un besoin**. Un enfant dont les besoins émotionnels sont régulièrement ignorés ne reçoit pas forcément de critique verbale — mais il **interprète** ce silence, et le transforme en une parole intérieure désobligeante : « *si l'on ne répond pas à moi, c'est que je ne vauds pas la peine* ».

L'ennemi intérieur est donc le produit de tout un **environnement** : l'éducation, la famille, l'école, la culture, les traditions reçues. Un ensemble de données qui, mises bout à bout, façonnent la manière dont une personne se perçoit.

Sources : Vygotski — théorie de la parole intérieure ; Laetitia Bluteau (2023), La petite voix intérieure qui vous critique ; Masculin.com (2024) — L'internalisation de la parole intérieure.

CHAPITRE 1 — LA VOIX INTÉRIEURE

La peur, à la racine de l'ennemi intérieur

Pourquoi cette voix s'installe — et pourquoi elle tourne sur le système de la peur.

Une façade construite par peur — le « faux self »

Le pédiatre et psychanalyste britannique **Donald Winnicott** a décrit un mécanisme central : le « **faux self** » (*faux soi*). C'est une **façade construite par l'enfant** face à un environnement perçu comme insensible ou incapable de répondre à ses besoins émotionnels — une personnalité d'adaptation, façonnée pour **se conformer aux attentes extérieures** et préserver le lien.

Pourquoi un enfant construit-il cette façade ? **Par peur** — peur de décevoir, peur du rejet, peur de perdre l'amour ou l'attention dont il a vitalement besoin. La théorie de l'attachement (John Bowlby) le confirme : quand l'enfant comprend que montrer ses besoins risque d'entraîner du rejet, il **apprend à ne pas déranger, à se couper de sa vulnérabilité**. Le message intériorisé devient : « *pour être accepté, je dois ne rien demander* ».

Le danger, souligné par Winnicott : à l'extrême, **c'est le faux self que l'on finit par prendre pour soi-même**, le vrai self restant dissimulé.

Une voix branchée sur le système de la peur

Le professeur de psychologie clinique **Paul Gilbert** (Université de Derby) a proposé un modèle qui éclaire précisément l'ennemi intérieur. Selon lui, l'esprit fonctionne avec **trois grands systèmes émotionnels** : un système de **menace** (détection du danger, protection, survie — marqué par la peur, la colère), un système d'**apaisement** (sécurité affective, lien, réconfort) et un système d'**exploration** (curiosité, élan, satisfaction).

La découverte clé : chez les personnes très **autocritiques**, le système de menace est **surdéveloppé**, et le système d'apaisement **sous-entraîné**. Autrement dit, l'ennemi intérieur **tourne sur le circuit de la peur**. Quand une personne se juge durement, ce n'est pas « son caractère » — c'est son système d'alarme intérieur qui s'est réglé, tôt, sur un niveau de menace permanent.

Sources : Winnicott D.W. — concept de faux self (Jeu et réalité, 1971) ; Bowlby J. — théorie de l'attachement ; Gilbert P., Pleine conscience et compassion (trad. fr. Delamillieure & Gheysen, 2015) ; Christophe André, Psychologie de la peur (Odile Jacob, 2004).

CHAPITRE 1 — LA VOIX INTÉRIÈRE

Ce qu'il coûte — et comment on s'en libère

L'ennemi intérieur freine le changement. Mais il n'est pas invincible.

Une voix qui freine le changement lui-même

L'ennemi intérieur ne fait pas que rendre la vie douloureuse. Il a un effet plus insidieux, documenté par la recherche : **plus une personne s'autocritique, plus son évolution et l'atteinte de ses objectifs sont lentes et incertaines**. L'autocritique est associée à la **rumination** et à la **procrastination**.

C'est un cercle : la voix critique dit « *tu vas échouer* » ; cette anticipation crée de l'anxiété ; l'anxiété pousse à éviter ou à reporter ; l'évitement semble donner raison à la voix. **L'ennemi intérieur fabrique lui-même les preuves dont il se nourrit.**

« Ce n'était pas moi qui parlais »

« J'ai compris que la voix qui me critiquait n'était qu'une partie de moi, et non mon identité entière. J'ai appris à dialoguer avec cette partie plutôt que de la combattre. Comprendre ses peurs et ses intentions a changé la dynamique : elle n'était plus une ennemie, juste une voix dépassée qui essayait de me protéger à sa manière. Mettre ses mots sur le papier a été révélateur — lire ces critiques noircies m'a permis de réaliser à quel point elles étaient répétitives et cruelles. Cela a créé un espace entre moi et le critique. »

Témoignage publié sur espritsciencemetaphysiques.com (octobre 2025) — parcours en thérapie IFS.

Le geste qui libère — créer un espace

Ce témoignage dit l'essentiel. Se libérer de l'ennemi intérieur ne consiste pas à le **combattre** ni à le faire taire de force. Cela consiste à **cesser de le confondre avec soi** — à reconnaître que cette voix est une **part**, installée par l'histoire, et non l'identité tout entière. Mettre ses mots à distance — les écrire, les nommer — crée précisément cet espace. C'est le premier geste du travail thérapeutique.

Sources : Laetitia Bluteau (2023) — autocritique, rumination et procrastination ; témoignage IFS, espritsciencemetaphysiques.com (2025) ; Anne Lautier, thérapeute — Les conflits intérieurs.

CHAPITRE 1 — LA VOIX INTÉRIEURE

Est-ce moi, ou une part de moi ?

Observer son rapport à la voix intérieure — sans se juger.

Cette page n'évalue pas un trouble et ne donne pas de score. La recherche montre qu'on n'est **jamais entièrement** d'un côté ou de l'autre : une part de soi peut tenir à un fonctionnement, et une autre part en souffrir. La vraie question n'est donc pas « *suis-je comme ci ou comme ça* », mais : **est-ce que je confonds cette voix avec moi — ou est-ce que j'arrive à voir que c'est une part installée ?**

1. La voix intérieure (cocher ce qui correspond)

- Il y a en moi une voix qui me juge ou me critique souvent
- Cette voix est plus dure que je ne le serais avec un proche
- Je me sens souvent coupable, ou « pas à la hauteur »
- Cette voix me décourage avant même que j'essaie

2. Mon rapport à cette voix

- Cette voix, je la prends pour ma « vraie » voix — c'est moi
- J'arrive parfois à la voir comme une part, distincte de moi
- Je pense être « comme ça », et que cela ne changera pas
- Je sens qu'avec du travail, je pourrais évoluer

3. Cette voix — quels mots emploie-t-elle ? À qui, dans mon histoire, pourrait-elle ressembler ?

Si vous avez surtout coché la première colonne de chaque série, ce n'est pas un échec — c'est simplement qu'une **porte n'a pas encore été aperçue**. Personne ne peut désirer devenir ce qu'il n'imagine pas pouvoir être. Et si vous avez constaté à quel point vous êtes dur-e envers vous-même : cette dureté **n'était pas la vôtre au départ**. C'est une voix venue d'ailleurs, installée tôt, que l'on a fini par croire sienne. La **distinguer de soi**, c'est déjà commencer à s'en libérer — et c'est l'un des premiers travaux de la thérapie en psychologie positive MIGS.

CHAPITRE 1 — UN TERRAIN, PAS UN DESTIN

L'inhibition comportementale du bébé

Avant de regarder les états adultes, regardons ce que le bébé apporte avec lui à la naissance.

Certains bébés réagissent dès les premiers mois avec une **prudence particulière** face à la nouveauté. C'est un **terrain biologique**, comme la couleur des yeux : une donnée de départ, à regarder pour ce qu'elle est. Ce qui compte, c'est ce qu'on en fait ensuite.

Ce que Jerome Kagan a découvert

Dans les années 1980, le psychologue américain **Jerome Kagan** (Université Harvard) observe en laboratoire le comportement de centaines de bébés. Il identifie chez certains d'entre eux une tendance précoce et stable à réagir par **le retrait, la peur ou l'anxiété** face à des personnes, lieux ou situations non familiers. Il appelle cela l'**inhibition comportementale** (Kagan, Reznick & Snidman, 1984).

Les chiffres-clés de l'inhibition

- Concerne **15 à 20 % des bébés** à la naissance
- Repérable **dès 21 mois**, parfois plus tôt
- Base biologique : **hyperréactivité de l'amygdale** face à la nouveauté
- Plus de la moitié des enfants inhibés le restent durant l'enfance
- **~60 % ne développent jamais** de peur des autres à l'âge adulte

Page suivante : la métaphore de la « nouvelle espèce de serpent », et ce que la science dit aujourd'hui.

CHAPITRE 1 — UN TERRAIN, PAS UN DESTIN

Un terrain — pas un destin

Ce que la science dit vraiment — et la place que ça peut prendre dans votre histoire.

L'enfant prudent — la métaphore juste

« Une tante cool, c'est exactement comme une nouvelle espèce de serpent. Tant qu'il ne sait pas si c'est dangereux, votre enfant va se méfier. C'est en étant en retrait, en observant et en analysant qu'il va s'en rendre compte. »

Sarah Hamel, psychoéducatrice — Alloprof.qc.ca

Ce que disent les études longitudinales

Les enfants présentant une inhibition comportementale stable ont environ **10 fois plus de risques** de développer un trouble d'anxiété sociale à l'adolescence (Garcia-Lopez et al., 2020 — étude longitudinale espagnole sur 73 enfants). La méta-analyse de référence (**Clauss & Blackford, 2012**) confirme que l'inhibition est l'un des **prédicteurs les plus forts** connus de la peur des autres.

Mais **60 % n'en développent jamais**. Ce chiffre est central — il rappelle qu'un terrain biologique n'est jamais une condamnation. Tout dépend de la rencontre entre ce terrain et les expériences de vie : **qualité du lien d'attachement, accompagnement parental, expositions progressives au monde**, alliance thérapeutique le moment venu.

Le mot de la science. « Si l'inhibition comportementale constitue un facteur de vulnérabilité, elle ne suffit pas à expliquer à elle seule le devenir de l'enfant. » — Clauss & Blackford (2012), méta-analyse publiée dans *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.

Sources : Kagan J., Reznick J.S. & Snidman N. (1984), Behavioral Inhibition in Young Children, Child Development ; Fox N.A. et al. (2005, 2014) — longitudinal Maryland ; Clauss J.A. & Blackford J.U. (2012), J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry ; Garcia-Lopez et al. (2020), IJERPH ; Sarah Hamel, Alloprof.qc.ca.

CHAPITRE 1 — UN MÉCANISME TRANSVERSAL

L'attaque de panique — la comprendre

Comprendre ce qui se passe — pour ne plus la subir comme une mort qui vient.

Pourquoi cette page ? Beaucoup de personnes vivent des attaques de panique sans savoir mettre un mot dessus. Cette page vous donne les repères — parce que **nommer, c'est déjà commencer à reprendre la main.**

Définition

Une **attaque de panique** est la **survenue brutale d'une peur intense**, accompagnée d'un sentiment de mort imminente et d'une sensation de perdre le contrôle. Elle peut survenir spontanément ou être déclenchée par une situation redoutée.

Les symptômes physiques

- **Palpitations**, accélération du rythme cardiaque
- Sensation d'**étouffement**, gorge serrée, souffle coupé
- **Tremblements**, transpiration, frissons ou bouffées de chaleur
- **Douleur ou gêne dans la poitrine**
- **Vertiges**, instabilité, sensation de tête vide
- **Nausées**, maux de ventre, parfois besoin urgent d'aller aux toilettes

Les symptômes psychiques

- **Peur de mourir**, sentiment de catastrophe imminente
- Peur de **devenir fou** ou de perdre le contrôle de soi
- **Déréalisation** : sensation que le monde devient irréel, étrange
- **Dépersonnalisation** : sentiment de ne plus être soi-même, d'être détaché de son corps

Page suivante : le déroulement temporel de la crise, la boucle d'aggravation, et où survient l'attaque de panique.

CHAPITRE 1 — UN MÉCANISME TRANSVERSAL

Déroulement, boucle, et où elle survient

Comment la crise se déroule, comment elle s'auto-entretient, et dans quels états du continuum.

Le déroulement de la crise

Le début est **brutal**. Les symptômes atteignent leur **maximum (acmé) en moins de 10 minutes**. La crise dure ensuite environ **30 minutes en moyenne**. La résolution s'accompagne d'une **fatigue intense et d'un soulagement**.

La boucle d'aggravation à connaître

Quand le corps vit une attaque de panique, le cerveau code la scène comme **mortellement dangereuse**. À la prochaine occasion similaire, il anticipera donc le danger — et déclenchera une nouvelle attaque, plus vite. C'est ainsi que se met en place le **cercle vicieux : la peur d'avoir peur**. Le sujet évite alors la situation, ce qui renforce encore l'évitement à long terme.

Dans quels états du continuum peut-elle survenir ?

L'attaque de panique **n'est pas un état du continuum**. C'est un **mécanisme transversal** qui peut s'inviter dans plusieurs des états :

- **Trac** → Non, n'apparaît pas dans cet état
- **Timidité** → Non, n'apparaît pas dans cet état
- **TAS non-généralisé** (*anciennement "anxiété sociale spécifique"*) → **Possible**, dans les situations redoutées
- **TAS généralisé** (*anciennement "phobie sociale"*) → **Fréquente**, parfois plusieurs par semaine
- **Trouble de personnalité évitante (TPE)** → Possible, dans les confrontations sociales
- **Mutisme sélectif** → Possible, lors de l'exposition forcée à parler

Page suivante : ce qu'il est rassurant de savoir, la respiration qui apaise, et le témoignage de Sandra.

CHAPITRE 1 — UN MÉCANISME TRANSVERSAL

Ce qu'il est rassurant de savoir

L'attaque de panique est sans danger pour le corps, et un repère respiratoire pour l'apaiser.

Vous ne risquez rien physiquement. L'attaque de panique est **extrêmement désagréable**, mais elle est **sans danger pour votre corps** (sources : Inicea, Inserm). Ce que vous ressentez est la conséquence d'une **alarme cérébrale qui s'emballe**. Elle finit toujours par redescendre. La crise a un début et une fin.

Comment faire face — la respiration qui apaise

Des techniques concrètes — respiration, ancrage, gestion de la crise — **s'apprennent et se consolident dans le cadre d'un accompagnement.**

En attendant, gardez ce repère simple : **ralentissez votre respiration**. Inspirez **4 secondes** par le nez, retenez **2 secondes**, expirez **6 secondes** par la bouche.

Une expiration plus longue que l'inspiration calme le système nerveux (système parasympathique).

Le mot d'une concernée

*« Le problème, ce n'est pas de faire une crise de panique, c'est d'**avoir peur d'en refaire**. Il faut savoir que jamais personne n'est mort d'une attaque de panique. Il y a un truc qui est tout simple : la respiration abdominale, **apprendre à bien respirer par le ventre**. »*

Sandra, 40 ans — témoignage recueilli par Olivier Delacroix sur Europe 1, février 2025.

Sources : **DSM-5-TR** (APA, 2022) ; **Inserm 2023** — Troubles anxieux ; **Manuel Inicea** — Attaque de panique ; anxiete.fr ; **Psycom** — Anxiété, phobies et TOC ; Pr Ferreri (Hôpital Saint-Antoine) ; Psychiacliv.fr.

CHAPITRE 1 — UN MÉCANISME TRANSVERSAL

L'attaque de panique — faire le point

Un bilan calme : si c'est arrivé, dans quelles circonstances, et si cela continue.

Cette page invite à faire le point, calmement, sur ce qui a été vécu. Si lire ces questions réveille de l'inconfort, rien n'oblige à tout remplir d'un seul coup. **Faire le point n'est pas revivre** — c'est mettre à distance, en observateur.

1. Est-ce déjà arrivé ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oui, une fois | <input type="checkbox"/> Oui, plusieurs fois |
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr-e | <input type="checkbox"/> Non, jamais |

2. Les circonstances

Dans quelles situations cela s'est-il produit — ou « sans raison apparente » ?

3. Ce qui a été ressenti (cocher ce qui correspond)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cœur qui s'emballa | <input type="checkbox"/> Souffle court, oppression |
| <input type="checkbox"/> Tremblements, frissons | <input type="checkbox"/> Sueurs |
| <input type="checkbox"/> Vertiges, tête qui tourne | <input type="checkbox"/> Sensation d'irréalité |
| <input type="checkbox"/> Nausée, gêne digestive | <input type="checkbox"/> Peur de mourir ou de perdre le contrôle |

4. Est-ce que cela continue ?

- C'était isolé, ce n'est pas revenu
- Cela revient occasionnellement
- Cela revient souvent
- J'évite désormais certaines situations par peur que cela recommence

Faire ce point transforme une expérience subie en quelque chose d'observable. Si les attaques se répètent, ou si l'évitement s'installe, c'est le signe qu'un accompagnement peut aider — **l'attaque de panique se traite très bien**. C'est l'un des terrains de travail de la thérapie en psychologie positive MIGS.

CHAPITRE 1 — UN MÉCANISME TRANSVERSAL

La déréalisation — comprendre ce qui se passe

Quand le monde semble irréel, ou qu'on se sent détaché de soi-même.

Cette page est pour celles et ceux qui ont vécu un **moment d'étrangeté** — le monde qui devient flou, irréel, comme dans un rêve. Ou le sentiment de **s'observer de l'extérieur**, comme si on n'était plus vraiment soi-même. Ces expériences ont un nom — la **déréalisation** et la **dépersonnalisation**. Elles sont plus fréquentes qu'on ne croit, et **les comprendre, c'est déjà commencer à les apprivoiser**.

Deux phénomènes distincts mais souvent liés

La déréalisation, selon le DSM-5-TR : « *expériences d'irréalité ou de détachement du monde extérieur — les personnes ou les objets sont ressentis comme étant irréels, perçus comme dans un rêve, dans un brouillard, sans vie ou bien visuellement déformés.* »

La dépersonnalisation, selon le DSM-5-TR : « *expériences d'irréalité, de détachement, ou bien d'être un observateur extérieur de ses propres pensées, de ses sentiments, de ses sensations, de son corps ou de ses actes.* »

Les deux phénomènes coexistent souvent. Dans le DSM-5 (2013), ils sont réunis sous une seule entité diagnostique : le **trouble de dépersonnalisation / déréalisation**, classé parmi les **troubles dissociatifs**.

Un mécanisme transversal, plus fréquent qu'on ne croit

- **~50 % des adultes** vivent au moins une expérience transitoire de déréalisation ou de dépersonnalisation au cours de leur vie (DSM-5-TR).
- Le **trouble persistant** (qui répond à tous les critères diagnostiques) reste rare : prévalence vie-entière entre **0,8 et 2,8 %**.
- Mais les **symptômes ponctuels** apparaissent très souvent dans **les troubles anxieux**, notamment lors des **attaques de panique** et dans le **trouble d'anxiété sociale**.

Sources : American Psychiatric Association (2022), DSM-5-TR ; Manuel MSD édition professionnelle (2026) ; Cairn.info, Les troubles dissociatifs dans le DSM-5.

CHAPITRE 1 — UN MÉCANISME TRANSVERSAL

Ce qui rassure et ce que cela ouvre

Pourquoi le cerveau fait ça, et ce qu'on peut en faire.

Vous ne perdez pas la raison. C'est l'un des critères majeurs du DSM-5-TR : pendant un épisode de déréalisation, **la personne sait que ce qu'elle ressent n'est pas la réalité.** C'est précisément ce qui distingue cette expérience d'une **psychose** ou d'une hallucination. Le sens de la réalité reste intact — même si l'expérience est désagréable et déroutante.

Pourquoi le cerveau fait ça — un mécanisme de protection

Face à un excès d'angoisse, le cerveau peut « **décrocher** » momentanément pour se protéger. Des études en imagerie cérébrale suggèrent une **modification de l'insula** (zone de l'intéroception — la perception fine du corps) et du **réseau du soi**. Concrètement : **on sent moins, on analyse plus**, et le lien direct au présent semble se distendre. C'est un **mécanisme de protection** — désagréable, mais sans danger pour le corps. La déréalisation s'observe également souvent **dans les suites d'un traumatisme**.

Est-ce que cela vous parle ?

- Vous est-il déjà arrivé, en situation d'angoisse, d'avoir l'impression que **le monde devient irréel, flou, comme dans un rêve** ?
- Avez-vous déjà eu la sensation de **vous observer de l'extérieur**, comme si vous regardiez quelqu'un d'autre vivre votre vie ?
- Ces expériences durent-elles quelques minutes, ou s'**installent-elles plusieurs heures, jours, semaines** ?

Si ces expériences sont fréquentes ou durables, elles méritent d'être **nommées** en consultation. Les approches qui ont fait leurs preuves — **thérapies cognitivo-comportementales** (exposition intéroceptive) et **ACT (Acceptance and Commitment Therapy)** de Hayes — donnent des résultats encourageants. Le travail en **psychologie positive MIGS** permet aussi de comprendre **ce que ces décrochages sont venus protéger**.

Sources : APA (2022), DSM-5-TR ; Manuel MSD (2026) ; Cazauvieilh C. (2023), *Attaques de panique et expériences de dépersonnalisation-déréalisation*, in Seznec J.-C. (dir.), *ACT : applications thérapeutiques*, 3^e éd., Dunod, p. 225-262 ; Hayes S., *approche ACT*.

CHAPITRE 1 — UNE VIGILANCE MÉDICALE PRÉALABLE

Et si la cause était dans le corps ?

Avant tout travail psychologique, éliminer les causes organiques.

Avant de penser « *problème psychologique* », il faut d'abord **éliminer les causes organiques**. C'est un principe de **médecine élémentaire** — pas une concession au scepticisme. De nombreuses affections corporelles produisent des symptômes d'**anxiété, de stress, de peur, d'angoisse, de fatigue, de déréalisation** qui peuvent sembler purement psychiques. Les méconnaître expose à des prises en charge inadaptées et à des souffrances qui durent inutilement.

Un principe : la maladie mentale est un diagnostic d'élimination

Selon l'**AMIF** (Association des Médecins Israélites de France, Dr Uzzan) : « *La maladie mentale est un diagnostic d'élimination. Avant l'instauration d'un traitement psychiatrique, il est judicieux de s'assurer de l'absence d'affections médicales intercurrentes, susceptibles d'être à l'origine des troubles et de réaliser un bilan médical complet.* »

La Revue du Praticien (2026) confirme : « *La scission corps-esprit n'a plus lieu d'être. Inflammation, microbiote, facteurs génétiques, épigénétiques, neurobiochimiques influencent les maladies psychiatriques. Par ailleurs, un grand nombre de pathologies somatiques ont une expression psychique.* »

Quand suspecter une cause organique ?

Un bilan biologique est **particulièrement indiqué** dans les situations suivantes :

- **Premier épisode** de trouble anxieux ou dépressif
- **Récidive sans facteur déclenchant** identifiable
- **Atypicité clinique** ou **résistance aux prises en charge** habituelles
- **Symptômes physiques marqués** (fatigue intense, palpitations, tremblements, troubles digestifs, perte ou prise de poids)
- Apparition **chez une personne sans antécédents** psychiatriques, surtout après 40 ans

Sources : *La Revue du Praticien* (2026) ; AMIF, Dr Uzzan ; Infosanté.be.

CHAPITRE 1 — UNE VIGILANCE MÉDICALE PRÉALABLE

Les principales causes — partie 1

Endocriniennes, métaboliques, nutritionnelles.

Causes endocriniennes

- **Hyperthyroïdie** — anxiété, irritabilité, tachycardie, tremblements, insomnie (jusqu'à **30-40** % des cas avec symptômes anxieux).
- **Hypothyroïdie** — fatigue, ralentissement, dépression, troubles cognitifs (**40** % des cas avec symptômes dépressifs).
- **Hyperparathyroïdie** — anxiété (jusqu'à **49** %), dépression (jusqu'à **30** %), troubles cognitifs, insomnie.

Causes métaboliques

- **Hypoglycémie** — agitation, anxiété, tremblements, sueurs, parfois repli sur soi avec oppositionnisme.
- **Déséquilibres ioniques** (sodium, potassium, calcium) — troubles cognitifs, confusion, irritabilité.

Carences nutritionnelles

- **Vitamine B12** — anxiété, dépression, troubles cognitifs, paresthésies, fatigue inexplicée. La carence évolue sur des années (réserves hépatiques de 3 à 5 ans).
- **Magnésium** — anxiété, stress chronique, hyperémotivité, irritabilité, tremblements, crampes nocturnes, spasmes musculaires.
- **Fer (anémie)** — fatigue, palpitations, essoufflement — peut **imiter une anxiété chronique**.
- **Vitamine D** — fatigue, humeur basse, douleurs diffuses (forme subclinique très fréquente).

Sources : Manuel MSD ; CHU de Nantes (livret patient parathyroïde) ; RecoMédicales (NICE) — carence B12 ; Hage & Azar (2012), J Thyroid Res ; Walther et al. (2025).

CHAPITRE 1 — UNE VIGILANCE MÉDICALE PRÉALABLE

Les principales causes — partie 2

Cardiaques, neurologiques, respiratoires, iatrogènes.

Causes cardiaques et respiratoires

- **Tachycardie paroxystique** — palpitations à début et fin brutaux. Selon La Revue du Praticien, **environ la moitié** des palpitations sont d'origine rythmique, et **20 %** des patients avec TSVP sont diagnostiqués à tort « trouble panique ».
- **Syndrome d'hyperventilation chronique** — dyspnée, fourmillements, crampes, tachycardie, vertiges, impression de manquer d'air. Peut s'**autoentretenir** longtemps après la cause initiale.
- **Apnée du sommeil** — fatigue chronique, troubles cognitifs, irritabilité, somnolence diurne.

Causes neurologiques

Plusieurs affections neurologiques peuvent initialement s'exprimer par un **tableau psychiatrique** :

- **Sclérose en plaques**
- **Maladie de Parkinson**
- **Épilepsie** — surtout temporale ou frontale
- **Démences débutantes** (Alzheimer, Huntington)

Causes iatrogènes et toxiques

À **toujours questionner** : médicaments (sympathomimétiques, vasodilatateurs), alcool, drogues, **sevrages** (alcool, β -bloquants, benzodiazépines).

Bilan biologique de base recommandé (AMIF, Dr Uzzan) : NFS, CRP, glycémie, ionogramme, fonction rénale, bilan hépatique, **calcémie, phosphorémie, bilan thyroïdien (TSH, T3, T4)**. À compléter selon orientation : **vitamine B12, ferritine, vitamine D, magnésium, PTH, ECG**. Faire ce bilan **avant** de pousser l'investigation psychologique relève d'une **médecine intégrative responsable**.

CHAPITRE 1 — UN CRITÈRE DE DISCERNEMENT

Ego-syntonie et ego-dystonie

Comprendre le rapport qu'une personne entretient avec son propre fonctionnement.

Au cœur de la compréhension d'un trouble psychologique se trouve une question essentielle : **la personne perçoit-elle son fonctionnement comme étant elle-même, ou comme étranger à elle-même ?** Cette distinction — appelée **ego-syntonie** et **ego-dystonie** — éclaire pourquoi certains troubles sont reconnus rapidement par la personne qui les vit, tandis que d'autres restent invisibles à ses propres yeux pendant des années.

D'où vient le concept ?

Le terme **ego-syntonique** a été introduit par **Sigmund Freud** en **1914**, dans son texte *Pour introduire le narcissisme*. Il est depuis devenu un outil clinique central pour décrire la relation d'une personne à ses propres pensées et comportements.

Définition

Selon la définition courante en psychanalyse :

- Est **ego-syntonique** ce qui est en harmonie avec les besoins et les objectifs de l'ego, ce qui est **compatible avec l'image de soi**.
- Est **ego-dystonique** ce qui est en conflit, dissonant avec les besoins et les objectifs de l'ego, **en conflit avec l'image de soi**.

Page suivante : l'exemple-pivot clinique entre le TOC et le TPOC, qui illustre concrètement la distinction.

CHAPITRE 1 — UN CRITÈRE DE DISCERNEMENT

L'exemple-pivot — TOC et TPOC

Deux troubles proches dans leur nom, opposés dans leur rapport à soi.

L'exemple le plus clair en clinique est la différence entre le **TOC** (trouble obsessionnel-compulsif) et le **TPOC** (trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive). Les deux mobilisent des comportements proches, mais leur **rapport à soi** est radicalement opposé.

TOC — ego-dystonique

« Le patient souffre réellement de ses obsessions. Il a **conscience que ses gestes sont absurdes ou excessifs**, mais il se sent incapable de s'arrêter. »

chirurgie-mains-epaules.fr (2026)

TPOC — ego-syntonique

« Le sujet **pense sincèrement que sa méthode est la seule valable**. » Il peut tirer une certaine satisfaction de ses traits de perfectionnisme, sans pour autant échapper à la souffrance ou aux conséquences sur son fonctionnement social et professionnel.

chirurgie-mains-epaules.fr (2026) ; Nicolas Sarrasin (2025) ; Manuel MSD (2024)

Ce que cette distinction permet de comprendre

Cette distinction **n'est pas un détail théorique**. Elle a des conséquences cliniques concrètes :

- Une personne qui **perçoit son fonctionnement comme étranger à elle** (ego-dystonique) **cherche de l'aide** plus volontiers — la souffrance est nommée.
- Une personne dont le fonctionnement est **en harmonie avec son image de soi** (ego-syntonique) ne se vit pas comme malade — même si son entourage perçoit des difficultés.

C'est pour cela que la **même famille de comportements** peut être vécue très différemment selon les personnes — et appelle des accompagnements adaptés. La page suivante applique cette distinction au continuum des peurs sociales.

Sources : Sigmund Freud, Pour introduire le narcissisme (1914) — origine du concept ; Wikipedia Égodystonique (consulté avril 2026) ; chirurgie-mains-epaules.fr (mars 2026) — exemple TOC/TPOC ; Nicolas Sarrasin (2025) ; Manuel MSD édition grand public (octobre 2024).

CHAPITRE 1 — UN CRITÈRE DE DISCERNEMENT

Application au continuum et enjeu thérapeutique

Pourquoi certains troubles restent invisibles à la personne qui les vit — et comment la thérapie agit.

Application au continuum — le cas du TPE

Dans le continuum des peurs sociales, le **trouble de personnalité évitante (TPE)** est l'illustration la plus marquante d'un **trouble ego-syntonique**.

La personne **ne perçoit pas son fonctionnement comme un trouble** — elle le vit comme **sa façon d'être**. C'est ce qui explique que le TPE soit largement **sous-diagnostiqué**, et que la demande de soin vienne souvent d'un **proche** plutôt que de la personne elle-même.

L'enjeu thérapeutique

Comment aide-t-on une personne dont le fonctionnement est ego-syntonique ? La littérature clinique apporte une réponse claire :

« *Traiter un trouble ego-syntonique consiste à **modifier la perception qu'a la personne de son fonctionnement** : le rendre plus ego-dystonique — c'est-à-dire perceptible comme étranger à elle — pour rendre le changement possible.* »

D'après MVS Psychology (2025) — *Ego-Syntonie and Ego-Dystonic Behaviors*.

Perspective MIGS — psychologie positive

Dans une approche de psychologie positive, cette **modification de la perception** passe par la **connaissance et la prise en charge des besoins fondamentaux** de la personne. Sujet développé dans l'ebook précédent — *Les racines de la peur* — auquel le présent ouvrage fait suite.

Précision scientifique. La dimension ego-syntonique / ego-dystonique n'est pas strictement binaire. Des recherches récentes (Hart, Tortoriello & Richardson, 2018) suggèrent qu'elle dépend du contexte et du degré de fonctionnement de la personne.

Sources : Praxes (2025) — *Ego-Dystonic vs. Ego-Syntonie in Personality Disorders* ; MVS Psychology (2025) — *Ego-Syntonie and Ego-Dystonic Behaviors* ; Manuel MSD édition grand public (octobre 2024) ; Hart W., Tortoriello G.K., Richardson K. (2018), *Journal of Research in Personality*, vol. 76 ; Muriel Pélas, *Les racines de la peur* (ebook précédent).

Un continuum, pas une fatalité

Comment les différents états s'articulent — formes normales et formes pathologiques.

Le concept de continuum. La littérature scientifique (McNeil, 2001 ; Stein, 1999) place les différentes formes de **la peur des autres** sur un **continuum** selon l'intensité ressentie et le retentissement sur la vie. **40 % des personnes** en population normale rapportent avoir été timides à certains moments de leur vie — la timidité est donc une **expérience normale**, pas une pathologie.

Le continuum proprement dit — 3 états

Du moins intense au plus invalidant :

État 1 — Timidité normative

Expérience commune à 40% de la population, pas un trouble.

État 2 — Trouble d'anxiété sociale (TAS)

Anciennement "phobie sociale" dans le DSM-III. Trouble anxieux reconnu, avec deux formes — non-généralisée (situations spécifiques) et généralisée (la plupart des situations sociales).

État 3 — Trouble de personnalité évitante (TPE)

Forme la plus invalidante du continuum — ego-syntonique, souvent sous-diagnostiquée.

Les formes apparentées — hors continuum strict

Deux formes spécifiques, scientifiquement distinctes du continuum mais qui s'inscrivent dans la même famille de peurs sociales :

Le trac — anxiété de performance, ponctuelle, en amont du continuum

Phénomène universel, pas inscrit dans le shyness spectrum scientifique.

Le mutisme sélectif — forme principalement infantile

Classé à part dans le DSM-5, parmi les troubles anxieux. Affecte l'enfant qui parle dans certains contextes et reste silencieux dans d'autres.

Page suivante : la nuance scientifique sur la trajectoire (Heiser, 2003) et la boussole d'auto-exploration.

Une nuance importante et une boussole

Le continuum décrit une gradation possible — pas une trajectoire imposée.

Une nuance scientifique importante

Le continuum existe comme **cadre de lecture**, mais le passage d'un état à l'autre **n'est pas automatique**. Une étude de référence (**Heiser et al., 2003**) remet en question l'idée d'un continuum linéaire entre timidité et trouble d'anxiété sociale :

« *Tout au plus, la timidité serait un des facteurs contribuant à l'éclosion d'une phobie sociale (trouble d'anxiété sociale dans la nomenclature DSM-5 actuelle).* »

La **majorité des personnes timides** ne développent **pas** de trouble d'anxiété sociale. Le continuum décrit une **gradation possible**, pas une trajectoire imposée.

Pourquoi c'est important de le savoir

On n'est pas condamné-e à descendre le continuum. Les facteurs contributifs sont multiples — génétiques, environnementaux, transgénérationnels, liés à des expériences précises de l'histoire personnelle. La **rencontre thérapeutique peut interrompre le mouvement à tout moment.**

C'est tout le sens du travail en **psychologie positive MIGS** : comprendre ce qui s'est joué, et permettre à la peur de retrouver sa juste place — vigilance ponctuelle face au danger réel.

La Boussole — un outil d'auto-exploration

À la fin du chapitre 2, vous trouverez la **Boussole d'auto-exploration** : un outil de positionnement qui vous aidera à identifier dans quel ou quels états du continuum vous vous reconnaissez le plus. Cette boussole n'est **pas un diagnostic** — c'est un point de départ pour orienter votre lecture et, éventuellement, votre démarche thérapeutique.

Sources : McNeil D. W. (2001), Terminology and evolution of constructs in social anxiety and social phobia ; Stein M. B. (1999), Shyness spectrum ; Heiser N. A. et al. (2003), Shyness: relationship to social phobia ; DSM-5-TR (APA, 2022) ; Manuel MSD édition professionnelle (2023) ; tcc.apprendre-la-psychologie.fr ; Igor Thiriez.

CHAPITRE 1 — INTROVERSION / EXTRAVERSION

Un axe de personnalité

Une dimension fondamentale, distincte de la timidité.

Une dimension introduite par Jung. Les termes **introversion** et **extraversion** ont été proposés par **Carl Gustav Jung** dans *Types psychologiques* (1920 ; trad. fr. Yves Le Lay, 1921). Jung les définit ainsi, selon la formulation rapportée par l'Encyclopédie Universalis : « *L'extraversion est conçue comme la condition dans laquelle l'objet a une plus haute valeur que le sujet, et l'introversion comme celle dans laquelle le sujet a un plus haut niveau de valeur que l'objet.* » C'est l'un des axes de la personnalité les **plus étudiés**, reconnu scientifiquement en **1991 par l'Académie Nationale des Sciences** (États-Unis).

Une répartition inégale dans la population

Les estimations varient selon les méthodologies :

- L'**Encyclopédie Universalis** indique entre **deux tiers et trois quarts d'extravertis** en Occident — soit **25 % à 33 % d'introvertis**.
- Dans son ouvrage de vulgarisation *Quiet* (2012), **Susan Cain** écrit que « *un tiers à la moitié des Américains sont introvertis* » — fourchette plus large que les estimations académiques.

La répartition n'est **pas un choix délibéré** : il existe une **base neurobiologique** à la préférence pour l'une ou l'autre orientation.

Page suivante : cinq descriptifs courants pour repérer où l'on se situe sur l'axe (pas des critères diagnostiques).

CHAPITRE 1 — INTROVERSION / EXTRAVERSION

Cinq descriptifs courants

Des repères de positionnement — pas des critères diagnostiques.

Les éléments ci-dessous sont des **descriptifs cohérents** avec la littérature de psychologie de la personnalité. Chaque personne se situe sur un **spectre**, pas dans une catégorie binaire.

1. Source d'énergie

- **Introversion** : se ressource dans la **solitude**, le calme.
- **Extraversion** : se ressource au **contact des autres**, dans l'action.

2. Préférence sociale

- **Introversion** : échanges **profonds**, en petits groupes.
- **Extraversion** : **grandes interactions**, vie de groupe.

3. Rapport au stimulus

- **Introversion** : préfère les environnements **peu stimulants**.
- **Extraversion** : recherche la **stimulation forte**.

4. Mode de réflexion

- **Introversion** : **réfléchit d'abord**, parle ensuite.
- **Extraversion** : **pense en parlant**, par l'échange.

5. Après l'interaction

- **Introversion** : besoin de **recupérer seul-e**.
- **Extraversion** : besoin de **prolonger l'échange**.

Page suivante : la part biologique (Kagan & Snidman 1991), la génétique (5-HTTLPR), et l'évolution de la personnalité tout au long de la vie.

CHAPITRE 1 — INTROVERSION / EXTRAVERSION

Une part biologique, une part qui évolue

Ni un défaut, ni une fatalité — un point de départ qui se travaille.

L'introversion : une force méconnue

La société occidentale valorise davantage l'extraversion, alors que les apports de l'introversion sont indéniables, y compris dans des domaines comme le **leadership** (Encyclopédie Universalis ; ABC RH). Dans *Quiet* (2012), **Susan Cain** rappelle que **Eleanor Roosevelt**, **Rosa Parks**, **Gandhi** se décrivaient eux-mêmes comme calmes, discrets, parfois timides.

Une part biologique innée — Kagan & Snidman

Jerome Kagan (Harvard) — le même chercheur que celui mentionné sur la page d'inhibition comportementale — a publié en 1991 dans *American Psychologist* (vol. 46, n°8) une étude marquante sur **498 nourrissons de 4 mois** suivis jusqu'à l'adolescence. Il identifie deux profils tempéramentaux :

- Les « **hauts réactifs** » (20 % des bébés) — agitation et pleurs face à la nouveauté.
- Les « **bas réactifs** » (40 %) — calmes face aux stimuli nouveaux.

Ces profils sont partiellement génétiques et liés à une **excitabilité différente de l'amygdale**.
Attention : Kagan étudie l'inhibition comportementale, pas l'introversion jungienne — ce sont deux notions liées mais distinctes. Seuls 20 % des hauts réactifs deviennent des adolescents anxieux marqués.

Page suivante : la génétique (5-HTTLPR), l'effet Dolce Vita, et la distinction essentielle avec la timidité.

CHAPITRE 1 — INTROVERSION / EXTRAVERSION

Génétique, évolution, et clarification

Le tempérament est un point de départ — la personnalité, elle, évolue.

Côté génétique — 5-HTTLPR

Le polymorphisme **5-HTTLPR** (transporteur de la sérotonine) a été étudié dans de nombreuses méta-analyses (**Munafò et al., 2008, 2009 ; Lachowicz et al., 2025**). Les résultats sont **nuancés** : les associations entre génotype et traits de personnalité **existent mais sont faibles**, polygéniques, et inconsistantes entre les études. Le tempérament est un **point de départ, pas un destin**.

La personnalité évolue tout au long de la vie

Une analyse compilant **14 études longitudinales sur 47 190 personnes** (États-Unis et Europe), publiée par l'**American Psychological Association**, a montré que les traits de personnalité varient au cours de la vie. En vieillissant, l'extraversion tend à diminuer.

Sarah Le Vigoureux (Université de Nîmes, 2016) a baptisé ce phénomène l'« **effet Dolce Vita** » : une forme d'auto-indulgence qui se développe avec l'âge — les personnes deviennent moins préoccupées par la productivité et plus attentives à leur bien-être.

Introversion n'est pas timidité

Confusion fréquente — et essentielle à clarifier. Susan Cain résume : « *La timidité est la peur de la désapprobation sociale ou de l'humiliation, tandis que l'introversion est une préférence pour les environnements qui ne sont pas trop stimulants. La timidité est intrinsèquement douloureuse, pas l'introversion.* »

Bill Gates est introverti mais pas timide — il préfère les environnements calmes, sans craindre le regard social. Inversement, un extraverti peut être timide : il a besoin des autres mais redoute leur jugement. **Les deux dimensions sont indépendantes.**

Sources : Jung C. G. (1920/1921), Types psychologiques ; Kagan J. & Snidman N. (1991), American Psychologist 46(8) ; Munafò M. R. et al. (2008-2009) — méta-analyses 5-HTTLPR ; Lachowicz M. et al. (2025), Int. J. Mol. Sci. ; Le Vigoureux S. (2016, Nîmes) ; Cain S. (2012), Quiet, Crown Publishers.

CHAPITRE 1 — AUTO-OBSERVATION

Où êtes-vous sur l'axe ?

Un exercice d'auto-observation — 15 questions, sans score.

Ce questionnaire **n'est pas un test scientifiquement validé**. Il s'inspire des dimensions couramment utilisées en psychologie de la personnalité (Eysenck, Big Five, Jung, Cain), **sans reproduire d'items issus de tests sous copyright**. Il vous propose un exercice d'**auto-observation**. Aucun score automatique ne sera calculé. Vous observerez vos tendances en lisant vos propres réponses, puis vous écrirez ce que cela vous révèle.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

1. Après une journée chargée en interactions sociales, j'ai besoin de me retrouver seul-e pour récupérer.

0 1 2 3 4

2. Passer plusieurs heures seul-e me fait du bien.

0 1 2 3 4

3. Les longues réunions ou les grands rassemblements me fatiguent, même quand je les apprécie.

0 1 2 3 4

4. Je préfère une conversation profonde à deux qu'une soirée en grand groupe.

0 1 2 3 4

5. Je me sens plus moi-même avec quelques personnes proches qu'avec beaucoup de connaissances.

0 1 2 3 4

CHAPITRE 1 — AUTO-OBSERVATION

Où êtes-vous sur l'axe ? (suite)

Questions 6 à 10 — toujours sans score.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

6. Les petites discussions de circonstance (météo, vacances...) ne me viennent pas naturellement.

0 1 2 3 4

7. Dans un environnement bruyant ou très animé, je me sens vite saturé-e.

0 1 2 3 4

8. Je préfère lire ou réfléchir plutôt que vivre des sensations fortes (foule, vitesse, fête).

0 1 2 3 4

9. Trop de monde, de bruit ou de mouvement autour de moi me met mal à l'aise.

0 1 2 3 4

10. J'ai besoin de réfléchir avant de parler — formuler à voix haute sans y avoir pensé me met mal à l'aise.

0 1 2 3 4

CHAPITRE 1 — AUTO-OBSERVATION

Où êtes-vous sur l'axe ? (fin)

Questions 11 à 15 — toujours sans score.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

11. Dans une discussion animée, j'ai souvent l'impression d'arriver après les autres pour exprimer mon avis.

0 1 2 3 4

12. Mes meilleures idées me viennent quand je suis seul-e, pas en groupe.

0 1 2 3 4

13. Après un événement social intense, j'ai besoin d'un temps de calme pour me poser.

0 1 2 3 4

14. Une soirée trop longue me « vide », même quand elle s'est bien passée.

0 1 2 3 4

15. J'aime savoir à l'avance qui sera là et combien de temps cela va durer, pour me préparer.

0 1 2 3 4

Page suivante : un espace pour poser des mots sur ce que ces questions vous ont révélé.

CHAPITRE 1 — AUTO-OBSERVATION

Vos mots à vous

Un espace pour observer ce que ces questions vous ont révélé.

Relisez vos réponses page précédente. Sans calculer de score, qu'observez-vous ? Vos réponses penchent-elles plutôt vers l'**introversion** (scores élevés), plutôt vers l'**extraversion** (scores bas), ou de façon mêlée (**ambivertie**) ? **Posez vos mots — ils vous appartiennent.**

1. Qu'est-ce que mes réponses me révèlent — quelle tendance générale ?

2. Y a-t-il une question qui m'a surpris-e, ou une que j'ai reconnue immédiatement ?

3. Comment cela résonne-t-il avec ma vie quotidienne ?

Ce que vous venez d'écrire **vous appartient**. Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter ces notes en séance — en **thérapie en psychologie positive MIGS**, c'est souvent un point d'appui utile pour mieux se connaître et apprendre à vivre **en accord avec sa nature profonde**.

MODULE TRAC — FORME APPARENTÉE

Une émotion normale d'évaluation

Le trac est universel — il n'est pas une pathologie.

Trac — anxiété intense mais passagère, survenant en situation de **performance objective** (un examen, une scène, une présentation). Selon la littérature clinique, le trac est une **émotion normale d'évaluation publique**, à distinguer de l'**anxiété de performance pathologique**. Il est maximum juste avant la situation et disparaît généralement très vite dès que l'action commence.

Un phénomène universel

25 % des musiciens présentent une anxiété de performance qui gêne leur prestation, et **16 % en ont une forme sévère** (Médecine des arts). Le **trac « simple »**, lui, est universel — il touche presque tous les artistes du spectacle vivant, mais aussi **toute personne exposée au jugement d'autrui** : examen, entretien, présentation, premier rendez-vous.

Trac, timidité, TAS — une distinction

Trois phénomènes différents, souvent confondus :

Trac — non pathologique. Avant une **performance objective**. **Disparaît** dès l'action. Gênant mais pas invalidant.

Timidité — non pathologique. Dans **toute interaction sociale nouvelle**. **Diminue souvent** avec le temps. Gênant, parfois invalidant.

Trouble d'anxiété sociale (TAS) — pathologique. Dans **toute situation d'évaluation**. **Persiste, augmente**. Invalidant.

Sources : anxiete.fr (site clinique TCC) ; Igor Thiriez, Prise en charge TCC de la phobie sociale ; André-François Arcier, Le Trac : le comprendre pour mieux l'apprivoiser (Médecine des arts) ; medecine-des-arts.com.

MODULE TRAC — FORME APPARENTÉE

Pourquoi certains tracs passent et d'autres pas

Ce que la chimie du cerveau nous apprend.

Le trac **active l'organisme** : tout le monde le ressent au début. Mais selon ce qui se passe ensuite, il devient un **moteur** ou un **obstacle**. La science a documenté cette différence.

Trac qui passe — la bascule en flow

- 1. Avant l'action.** L'organisme s'active : adrénaline ↑, noradrénaline ↑, cortisol ↑. C'est universel.
- 2. Quand l'action commence.** L'**amygdale** (zone d'alerte) **se calme**. L'adrénaline devient un **carburant**. Dopamine ↑, endorphines ↑, sérotonine ↑.
- 3. Résultat. Flow** — concept introduit par **Csikszentmihalyi** (années 1970), validé par toute la science : engagement total dans l'action. **Plaisir, performance, présence.**

Trac qui s'enkyste — l'anxiété de performance

- 1. Avant l'action.** L'organisme s'active : adrénaline ↑, noradrénaline ↑, cortisol ↑. **Identique au trac normal.**
- 2. Quand l'action commence.** L'**amygdale ne se calme pas**. Le cortisol continue de monter. L'organisme reste en **alerte rouge**. Pas de bascule.
- 3. Résultat. Symptômes envahissants** : voix qui tremble, mémoire qui flanche, nausées, vomissements. Chaque expérience **renforce la suivante** : c'est l'**anxiété de performance**.

La différence se joue dans la transition. Les deux tracs démarrent avec les **mêmes hormones d'alerte**. Mais dans le trac normal, l'amygdale se calme dès que l'action commence — l'organisme bascule en flow. Dans l'anxiété de performance, cette transition ne se fait pas — l'organisme reste en alerte, et le corps réagit en conséquence.

Sources : Fredrikson, M. & Gunnarsson, R. (1992), *Psychobiology of stage fright*, PubMed 1599999 ; Csikszentmihalyi, M. — *concept de flow* ; *Go with the flow: A neuroscientific view*, PMC 7983950 (2021) ; *Médecine des arts* (André-François Arcier).

MODULE TRAC — FORME APPARENTÉE

Deux récits, deux dynamiques

Le trac qui passe et le trac qui s'enkyste — illustrés par deux témoignages.

Voici deux **témoignages publics**, repris mot à mot. Le premier illustre un **trac ordinaire**, partagé, qui s'inscrit dans le moment et passe. Le second montre la **boucle infernale** du trac qui s'enkyste — quand l'anxiété se nourrit d'elle-même.

Le trac qui passe — Georges Brassens

« J'ai chanté. Ça a marché comme prévu, c'est-à-dire couci-couça. J'avais le trac et Grello dans la salle aussi. »

Georges Brassens — Lettre à Henry Delpont, 04/07/1951.

Brassens, à ses débuts, raconte un trac partagé, banal, ordinaire. Pas d'angoisse, pas de panique. Le trac est présent — il est même commun avec un autre artiste dans la salle. C'est un trac qui s'inscrit dans le moment de la performance — et qui passe.

Le trac qui s'enkyste — Yoanna

« J'ai le trac. Les jours où je n'ai pas le trac, ça m'inquiète, ça m'angoisse, ça me donne finalement le trac. »

Yoanna, chanteuse — Théâtre Pitoeff, Voix de Fête, Genève (mars 2015).

*Témoignage exemplaire de la boucle infernale de l'anxiété de performance : la personne est devenue **dépendante du trac**. S'il manque, elle s'angoisse de son absence — ce qui déclenche un nouveau trac. Le système ne se calme jamais. C'est cliniquement la dynamique du trac qui s'enkyste.*

Pages suivantes : un questionnaire d'auto-observation pour explorer votre rapport au trac.

MODULE TRAC — AUTO-OBSERVATION

Mon trac — passe-t-il, ou s'enkyste-t-il ?

Un exercice d'auto-observation — 15 questions, sans score.

Ce questionnaire **n'est pas un test diagnostique**. Il s'inspire de la littérature clinique (André-François Arcier, Médecine des arts ; Fredrikson & Gunnarsson, 1992 ; Csikszentmihalyi sur le flow), **sans reproduire d'items issus de tests sous copyright**. Il vous propose un exercice d'**auto-observation**. Aucun score automatique ne sera calculé. Vous observerez vos tendances en lisant vos propres réponses.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

1. Avant une situation où je dois être évalué-e (scène, examen, présentation), je sens mon cœur battre fort.

0 1 2 3 4

2. Je pense à la situation plusieurs jours ou heures à l'avance, avec appréhension.

0 1 2 3 4

3. La nuit précédente, je dors mal en y pensant.

0 1 2 3 4

4. Mes mains tremblent, ma voix se trouble, ou ma bouche s'assèche juste avant.

0 1 2 3 4

5. Dès que l'action commence, mon trac diminue ou disparaît.

0 1 2 3 4

MODULE TRAC — AUTO-OBSERVATION

Mon trac — passe-t-il, ou s'enkyste-t-il ? (suite)

Questions 6 à 10 — toujours sans score.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

6. Le trac reste avec moi pendant toute la performance, sans diminuer.

0 1 2 3 4

7. Pendant la situation, j'ai des trous de mémoire ou je perds le fil de ce que je voulais dire.

0 1 2 3 4

8. J'ai déjà renoncé à une opportunité (concours, prise de parole, audition) par peur du trac.

0 1 2 3 4

9. Après une performance, je m'auto-évalue sévèrement, même si tout s'est bien passé.

0 1 2 3 4

10. Mon trac concerne surtout les situations de performance objective (scène, examen, présentation).

0 1 2 3 4

MODULE TRAC — AUTO-OBSERVATION

Mon trac — passe-t-il, ou s'enkyste-t-il ? (fin)

Questions 11 à 15 — toujours sans score.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

11. Mon trac apparaît aussi dans des interactions sociales ordinaires (hors performance). 0 1 2 3 4

12. J'ai déjà eu des nausées, vomissements ou un malaise au moment d'une performance. 0 1 2 3 4

13. Chaque expérience difficile renforce mon appréhension de la suivante. 0 1 2 3 4

14. Il m'arrive de me sentir « porté-e », présent-e et engagé-e dans l'action, après le trac initial. 0 1 2 3 4

15. Plus je connais et maîtrise mon sujet, plus mon trac diminue. 0 1 2 3 4

Page suivante : un espace pour poser des mots sur ce que ces questions vous ont révélé.

MODULE TRAC — VOS MOTS

Vos mots à vous

Un espace pour observer ce que ces questions vous ont révélé.

Relisez vos réponses précédentes. Sans calculer de score, qu'observez-vous ? Vos réponses penchent-elles plutôt vers un **trac qui passe** (bascule en flow dès l'action), ou vers un **trac qui s'enkyste** (anxiété de performance) ? **Posez vos mots — ils vous appartiennent.**

1. Qu'est-ce que mes réponses révèlent — mon trac passe-t-il, ou s'enkyste-t-il ?

2. Dans quel(s) contexte(s) précis mon trac est-il le plus fort ?

3. Qu'est-ce qui m'a déjà aidé-e à apprivoiser mon trac — et qu'est-ce qui me fait défaut ?

Ce que vous venez d'écrire **vous appartient**. Si votre trac « s'enkyste » et entre dans le registre de l'anxiété de performance, il devient un objet de travail thérapeutique. En **psychologie positive MIGS**, l'approche consiste à **restaurer la bascule en flow** qui s'est perdue — comprendre ce qui empêche l'amygdale de se calmer au moment d'agir, et redonner à la peur sa juste place.

MODULE ÉTAT 1 — TIMIDITÉ

Un trait de personnalité, pas une pathologie

La timidité est commune — entre 31 % et 57 % selon les pays.

Timidité — tendance à se tenir en retrait lors des interactions sociales, ou à s'y sentir maladroit, mal à l'aise. Selon la littérature clinique francophone, la timidité **n'est pas pathologique** du point de vue psychologique. C'est un **trait de personnalité très répandu**, qui s'atténue souvent avec l'expérience et la confiance en soi. Elle ne devient un autre registre — **trouble d'anxiété sociale (TAS)** — que lorsqu'elle devient envahissante et mène à l'évitement.

Un trait très répandu

Plus d'**une personne sur trois** se décrit comme timide en certaines occasions. Dans des études internationales :

- **40 % des Américains, Allemands et Belges** se disent timides
- Le chiffre monte à **57 % au Japon**
- Et descend à **31 % en Israël**

La timidité est **plus fréquente à l'adolescence et au jeune âge adulte**. Elle a tendance à **disparaître ou s'atténuer avec la maturité**.

Timidité, introversion, TAS — trois choses différentes

Timidité — non pathologique. **Peur du jugement social**. Souffrance possible. Peut s'atténuer avec l'expérience.

Introversion — non pathologique. **Préférence pour les environnements calmes**. Pas de souffrance. Trait stable de personnalité.

Trouble d'anxiété sociale (TAS) — pathologique. **Peur intense, évitement, handicap**. Souffrance majeure. Persiste sans intervention.

Sources : Stéphane Roy, *La Timidité* (lepsychologue.be) ; Christophe André, *La Timidité* (PUF, Que sais-je ?, 2022) ; Cheek, J. M. & Buss, A. H., échelle de timidité ; test-achats.be ; Heiser, N. A. et al. (2003).

MODULE ÉTAT 1 — TIMIDITÉ

Timide ou introverti — ce n'est pas la même chose

Deux traits souvent confondus — qui n'ont pas la même origine.

Confondre timidité et introversion est l'**erreur la plus fréquente**. **Susan Cain**, autrice de *Quiet : le pouvoir des introvertis* (2012), formule la distinction de référence : « *La timidité est la peur de la désapprobation sociale ou de l'humiliation, tandis que l'introversion est une préférence pour les environnements qui ne sont pas trop stimulants. La timidité est intrinsèquement douloureuse, pas l'introversion.* »

Timidité — une peur, douloureuse

Ce que c'est. Une peur du jugement social, de l'humiliation, du rejet. La personne voudrait être avec les autres, mais en a peur.

Ce qui se passe. Souffrance intérieure quand il faut interagir. La personne se retire par peur, pas par choix.

Ce qui peut changer. Peut s'atténuer avec l'expérience, les petites victoires, un travail thérapeutique. Pas une identité figée.

Introversion — une préférence, pas une peur

Ce que c'est. Une préférence pour les environnements calmes, peu stimulants. La personne n'a pas envie de stimulation sociale forte.

Ce qui se passe. Pas de souffrance — c'est un mode de fonctionnement. La personne se ressource par choix, dans la solitude.

Ce qui peut changer. C'est un trait stable de la personnalité. On peut apprendre à vivre avec, on ne le change pas.

Tous les introvertis ne sont pas timides, et tous les timides ne sont pas introvertis. Bill Gates est introverti mais pas timide. Un extraverti peut être timide (besoin des autres mais peur de l'interaction). Selon l'Encyclopédie Universalis, **25 à 33 % de la population est introvertie** — et cette personnalité, loin d'être un défaut, peut être une **force** : écoute, prudence, réflexion, créativité.

Sources : Cain S. (2012), *Quiet* ; Jung C. G. (1920/1921), *Types psychologiques* ; Encyclopédie Universalis.

MODULE ÉTAT 1 — TIMIDITÉ

Deux récits, deux parcours

La timidité qui se travaille — et la timidité distinguée de l'introversion.

Voici deux **témoignages publics**, repris mot à mot. Le premier montre comment une **timidité malade a pu se travailler** et s'apaiser avec l'expérience. Le second pose la **distinction essentielle** entre timidité et introversion.

Une timidité qui se travaille — Shy'm

« J'étais cette enfant timide qui aimait passer inaperçue. Mes premières scènes comme chanteuse ont toutes été douloureuses. Mais, à chaque fois que j'en sortais heureuse, je gagnais en assurance, en fierté, je gérais mieux mes émotions... **Toutes ces petites victoires ont permis de soigner cette timidité.** »

Shy'm, chanteuse — Entretien OFF Magazine, septembre 2024.

Shy'm — dont le pseudonyme vient de shy (« timide » en anglais) — décrit un parcours où la timidité **se travaille**. Pas effacée, pas niée : **apaisée**. Les premières expériences douloureuses ont laissé place à une assurance construite étape par étape. C'est exactement ce que la littérature clinique décrit : la timidité peut s'atténuer avec l'expérience.

Timidité n'est pas introversion — Susan Cain

« La timidité est la **peur de la désapprobation sociale** ou de l'humiliation, tandis que **l'introversion est une préférence** pour les environnements qui ne sont pas trop stimulants. La timidité est **intrinsèquement douloureuse**, pas l'introversion. »

Susan Cain — Quiet: The Power of Introverts (2012).

Pages suivantes : un questionnaire d'auto-observation pour explorer la place de la timidité dans votre vie.

MODULE TIMIDITÉ — AUTO-OBSERVATION

Où en est ma timidité ?

Un exercice d'auto-observation — 15 questions, sans score.

Ce questionnaire **n'est pas un test scientifiquement validé**. Il s'inspire des dimensions couramment utilisées en psychologie de la personnalité (Cheek & Buss, Henderson & Zimbardo, Christophe André), **sans reproduire d'items issus de tests sous copyright**. Il vous propose un exercice d'**auto-observation**. Aucun score automatique ne sera calculé.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

1. Avant une rencontre nouvelle, je redoute le regard ou le jugement des autres.

0 1 2 3 4

2. Je me prépare mentalement plusieurs heures (ou plusieurs jours) avant une situation sociale.

0 1 2 3 4

3. L'idée d'attirer l'attention sur moi me met mal à l'aise.

0 1 2 3 4

4. Quand je parle à quelqu'un que je connais peu, je sens mon cœur s'accélérer.

0 1 2 3 4

5. Il m'arrive de rougir, de bafouiller ou de perdre mes mots dans une interaction sociale.

0 1 2 3 4

MODULE TIMIDITÉ — AUTO-OBSERVATION

Où en est ma timidité ? (suite)

Questions 6 à 10 — toujours sans score.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

6. Mes mains tremblent ou mes muscles se contractent quand on me regarde parler.

0 1 2 3 4

7. Je trouve des excuses pour ne pas aller à des soirées, événements, ou réunions.

0 1 2 3 4

8. Je laisse les autres prendre la parole avant moi, même quand j'ai quelque chose à dire.

0 1 2 3 4

9. Je préfère ne pas répondre au téléphone si je ne reconnais pas le numéro.

0 1 2 3 4

10. Après une conversation, je rumine ce que j'aurais dû dire ou ne pas dire.

0 1 2 3 4

MODULE TIMIDITÉ — AUTO-OBSERVATION

Où en est ma timidité ? (fin)

Questions 11 à 15 — toujours sans score.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

11. J'ai l'impression que les autres me jugent négativement.

0 1 2 3 4

12. Je me trouve maladroit-e, ennuyeux-se ou pas intéressant-e en société.

0 1 2 3 4

13. Ma timidité m'empêche de faire des choses que je voudrais faire (prendre la parole, demander, oser).

0 1 2 3 4

14. Je rate des opportunités professionnelles ou amicales à cause de ma timidité.

0 1 2 3 4

15. J'aimerais être moins timide — je sens que c'est un poids dans ma vie.

0 1 2 3 4

Page suivante : un espace pour poser des mots sur ce que ces questions vous ont révélé.

MODULE TIMIDITÉ — VOS MOTS

Vos mots à vous

Un espace pour observer ce que ces questions vous ont révélé.

Relisez vos réponses précédentes. Sans calculer de score, qu'observez-vous ? Vos réponses penchent-elles plutôt vers des scores élevés (**timidité plus marquée**), plutôt bas (**peu de timidité**), ou répartis selon les dimensions ? **Posez vos mots — ils vous appartiennent.**

1. Qu'est-ce que mes réponses me révèlent — quelle place a la timidité dans ma vie ?

2. Quelle dimension m'a le plus interpellé-e — peur du regard, corps, évitement, ou impact ?

3. Comment cette timidité s'inscrit-elle dans mon histoire ?

Ce que vous venez d'écrire **vous appartient**. La timidité **n'est pas une identité figée** — elle peut s'atténuer avec l'expérience, les petites victoires, un travail thérapeutique. Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter ces notes en séance — en **thérapie en psychologie positive MIGS**, c'est souvent un point d'appui utile.

MODULE ÉTAT 2 — TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

Trouble d'anxiété sociale (TAS)

Un trouble anxieux à part entière, distinct de la timidité.

Définition DSM-5-TR. Le **trouble d'anxiété sociale (TAS)** (*anciennement appelé « phobie sociale »*) est un trouble anxieux caractérisé par une **peur intense et persistante** des situations sociales ou de performance, où la personne **craind d'être observée, jugée négativement, ou embarrassée**. La peur ou l'évitement entraîne une **détresse cliniquement significative** et une **altération du fonctionnement** social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Le trouble doit **persister au moins 6 mois**.

Le seuil entre timidité et TAS

Comme la page-portail du continuum le rappelle, **40 % des personnes** en population normale rapportent avoir été timides. La timidité (État 1) **n'est pas une pathologie**. Le trouble d'anxiété sociale, lui, l'est — et le seuil clinique se franchit quand trois critères sont réunis :

- **Persistance** — au moins 6 mois
- **Détresse subjective** cliniquement significative
- **Altération du fonctionnement** social, professionnel ou personnel

Avoir peur en société n'est pas une maladie. Avoir peur au point que cela **limite durablement votre vie** en est une — et elle a un nom, une définition clinique, et des soins qui marchent.

Sources : American Psychiatric Association (2022), DSM-5-TR ; Manuel MSD édition professionnelle ; Encyclopédie Universalis, article Trouble d'anxiété sociale.

MODULE ÉTAT 2 — TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

Un trouble, deux noms

L'histoire du renommage en 2013, et un trouble fréquent.

Pourquoi deux noms pour le même trouble ?

Le trouble entre officiellement dans la nosographie des pathologies mentales en **1980**, lors de la publication du **DSM-III**, sous le label de « **phobie sociale** ». Dans la cinquième édition du DSM (**DSM-5, 2013**), une description symptomatique équivalente est renommée « **trouble d'anxiété sociale** ». Ce changement de nom met l'accent sur le **caractère anxieux et diffus** du trouble — il ne s'agit pas d'une peur ciblée sur un objet précis, mais d'une **anxiété qui touche de multiples situations sociales**. Dans la pratique clinique francophone, les deux termes continuent d'être utilisés en parallèle. Dans cet ebook, nous utilisons le terme officiel actuel : **trouble d'anxiété sociale (TAS)**.

Attention à ne pas confondre

Seule la phobie sociale a été renommée. Les autres phobies gardent le mot « phobie » dans le DSM-5 :

- **Phobies spécifiques** (animaux, sang, hauteurs, avion, espaces clos...) → toujours « phobie »
- **Agoraphobie** (peur des lieux où la fuite serait difficile) → toujours « phobie »

Donc lorsque vous lisez « **phobie sociale** » dans un ouvrage récent, c'est le même trouble que « **trouble d'anxiété sociale** ». Mais « *phobie de l'avion* » est une phobie spécifique, **pas une forme de TAS**.

Un trouble fréquent

Le TAS touche **2,8 % des sujets sur une année**, avec une **prévalence à vie d'environ 5 %** (Manuel MSD). En France, une étude nationale a montré une prévalence immédiate de **4,2 %**, et la prévalence vie-entière atteint **12 % aux États-Unis** (Encyclopédie Universalis). C'est le **2^e trouble anxieux le plus courant**, après le trouble d'anxiété généralisée.

Sources : APA (2013, 2022), DSM-5 et DSM-5-TR ; Encyclopédie Universalis ; Manuel MSD ; Grant, B. F. et al. (2005), *J Clin Psychiatry*, 66(11).

MODULE ÉTAT 2 — TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

Mesurer l'intensité — l'échelle LSAS

Un outil scientifique pour situer son niveau.

Il n'existe **pas de seuil chiffré officiel** pour distinguer une forme modérée d'une forme sévère. Le DSM-5 considère que c'est le **même trouble, à différentes intensités**. Mais des outils validés permettent de mesurer où l'on se situe.

L'échelle de Liebowitz (LSAS)

Développée par le psychiatre **Michael R. Liebowitz** en **1987** et publiée dans *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, la **LSAS** (Liebowitz Social Anxiety Scale) est l'**échelle de référence en clinique**. Elle explore **24 situations sociales** — interactions et performances — sur **deux dimensions** : la **peur ressentie** et l'**évitement**. Le score total varie de **0 à 144**.

Les six niveaux d'intensité

- 0 — 29** : Aucune anxiété sociale — pas de gêne notable
- 30 — 49** : Légère — gêne ponctuelle, peu invalidante
- 50 — 64** : Modérée — certaines situations évitées
- 65 — 79** : Marquée — évitement régulier, retentissement quotidien
- 80 — 94** : Sévère — évitement majeur, souffrance importante
- 95 +** : Très sévère — peut conduire au repli total

Pour passer le test interactif LSAS en ligne, rendez-vous sur :

www.muriel-pelas.fr/test-anxiete-sociale-liebowitz

Test entièrement gratuit, auto-corrigé, accompagné d'une interprétation visuelle de votre score et d'un exercice de cohérence cardiaque.

Source primaire : Liebowitz, M. R. (1987), *Social Phobia*, *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, vol. 22, p. 141-173.
Échelle validée en français par Yao et al.

MODULE ÉTAT 2 — TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

Cécile — une forme modérée

Comment la timidité a basculé vers un trouble d'anxiété sociale.

Voici un témoignage publié dans **La ZEP** (Zone d'Expression Prioritaire, mai 2024), média associatif agréé par l'Éducation Nationale. Cécile décrit une **forme modérée** du trouble d'anxiété sociale, et surtout comment elle s'est construite — par **effet de répétition du regard des autres** sur sa timidité d'enfant.

Forme modérée — la timidité qui bascule

« **Bonne élève mais manque de participation à l'oral. Ou De très bons résultats mais trop timide.** À la lecture de mes bulletins scolaires, ces commentaires étaient bien trop présents à mon goût. Je les lisais souvent **comme des reproches**. J'avais l'impression que mes professeurs étaient unanimes pour affirmer que **quelque chose clochait chez moi**. »

« **Mais à force de faire culpabiliser une personne à propos de son caractère, on risque d'en faire quelqu'un de complexé, voire un anxieux social.** »

Cécile, jeune adulte — La ZEP (Zone d'Expression Prioritaire), mai 2024.

Le témoignage de Cécile illustre le **mécanisme du basculement** : une timidité naturelle d'enfant — qui n'a rien de pathologique — peut, par **effet de répétition du regard des autres** (enseignants, entourage, société), se transformer en **TAS modéré**. Le retentissement reste supportable dans la vie quotidienne, mais la **souffrance subjective** et le **sentiment de décalage** sont bien présents.

MODULE ÉTAT 2 — TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

Quentin — une forme sévère

Quatre mouvements : l'enfer, le diagnostic, la sortie, le grandissement.

Quentin était étudiant en école de commerce à Lyon. Il a dû **arrêter ses études** à cause d'un TAS **généralisé**. Il en est sorti — et en parle aujourd'hui publiquement. Score à l'échelle LSAS : **109 / 144 — forme très sévère**.

1. L'enfer

« Toujours inconscient que mon anxiété était causée par une phobie sociale (*TAS dans la nomenclature actuelle*), je commence mes cours, des étoiles plein les yeux. **J'atteignais des niveaux d'anxiété rarement vécus jusque-là**. Crises d'angoisse plusieurs fois par semaine. Trouble du sommeil. Paralysie du sommeil quasiment tous les soirs, avec des hallucinations auditives provoquant la chair de poule. »

2. Le diagnostic

« J'ai passé plus d'une heure et demie à débiller tous mes symptômes, à répondre aux questions et à passer divers tests. **Le résultat était catégorique : je souffrais d'une phobie sociale généralisée.** »

3. La sortie

« **J'ai expérimenté**. Pendant plusieurs semaines, j'ai testé. Techniques de respiration, méditation, exercices d'exposition... j'ai essayé une vaste panoplie pour ne retenir que ce qui fonctionnait le mieux pour moi. »

4. Le grandissement

« J'ai repris les cours l'année suivante, **complètement épanoui**. Je sors de nouveau normalement. **Finalement, je suis ressorti grand de cette épreuve !** »

Quentin, étudiant en école de commerce à Lyon — NicolasSarrasin.com / blogrenaissance.fr.

MODULE ÉTAT 2 — TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

Ce que la science observe

Au-delà du témoignage — ce que les études cliniques mesurent.

Persistence — sans accompagnement, le trouble dure

Une étude longitudinale allemande sur **3 021 sujets âgés de 14 à 24 ans**, suivis pendant **10 ans**, a montré que **57 % des personnes diagnostiquées au départ présentaient encore des symptômes 10 ans plus tard. Plus l'âge de début est précoce, plus la persistance est forte.** Le trouble tend à s'installer dans la durée tant qu'aucun accompagnement n'est mis en place.

Source : Beesdo-Baum, K. et al. (2012), The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 411-425.

Comorbidités — ce qui se greffe sur le trouble

Le TAS s'accompagne fréquemment d'autres difficultés cliniques. Les principales comorbidités documentées :

- **Dépression majeure** : 16,6 % des personnes avec TAS remplissent aussi les critères
- **Dépendance à l'alcool** : ~20 % (une personne sur cinq)
- **Trouble panique** : 33 %
- **Trouble anxieux généralisé** : 19 %
- **Tentatives de suicide** : 23 %

Dans la majorité des cas, le TAS **précède** l'apparition de ces autres troubles — il en constitue souvent un **terrain favorisant**.

Ces chiffres ne disent pas une **fatalité** — ils disent que le trouble **vit en silence longtemps** lorsqu'il n'est pas reconnu, et qu'il creuse d'autres souffrances. L'histoire de Quentin, page précédente, montre que la **trajectoire peut basculer** — quand on nomme, qu'on comprend, et qu'on cherche les outils qui nous correspondent.

Sources : Beesdo-Baum K. et al. (2012), *Acta Psychiatr Scand* 126(6) ; Grant B. F. et al. (2005), *J Clin Psychiatry* 66(11) ; Oliveira L. M. et al. (2018), *méta-analyse SAD/AUD* ; Manuel MSD.

MODULE ÉTAT 2 — TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

Quand l'anxiété sociale en cache une autre

TDAH, autisme — le terrain neurodéveloppemental sous-jacent.

Au-delà des comorbidités psychiatriques (page précédente), la recherche récente met en évidence un autre niveau de comorbidité : les **troubles neurodéveloppementaux**. Le TAS s'accompagne fréquemment d'un **TDAH** (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) ou d'un **trouble du spectre de l'autisme (TSA)** non diagnostiqué, **particulièrement chez les femmes adultes**. Reconnaître ce terrain change radicalement la compréhension du trouble et l'orientation thérapeutique.

TAS et TDAH — une comorbidité sous-diagnostiquée

Une revue systématique de **41 études** (Støre et al., 2024, *Journal of Attention Disorders*) confirme la **co-occurrence fréquente** du TAS et du TDAH chez les adolescents et adultes — avec une **prévalence du TDAH chez les personnes diagnostiquées TAS qui varie selon les études de 1,1 % à 72,3 %**.

Une étude turque récente (Yavuzlar Civan & Berkol, 2025) menée sur 170 femmes en consultation psychiatrique a trouvé un TDAH chez **46,4 % des femmes diagnostiquées TAS**, dont près de la moitié n'avait **jamais été diagnostiquée auparavant**. Les recommandations actuelles convergent : **dépister systématiquement le TDAH chez les personnes diagnostiquées TAS**, et inversement.

TAS et autisme — prévalence de 50 % chez l'adulte autiste

L'étude de **Maddox & White** (2015, *Journal of Autism and Developmental Disorders*) montre que **50 % des adultes autistes remplissent les critères diagnostiques du TAS** — soit une prévalence **quatre à sept fois supérieure** à celle de la population non-autiste (7-13 % selon NICE, 2013).

Le **camouflage social (masking)** — stratégies de compensation par lesquelles les personnes autistes masquent leurs particularités pour s'adapter aux codes sociaux — est lui-même un **facteur amplificateur de l'anxiété sociale** (Hull et al., 2021). Le camouflage est **particulièrement présent chez les femmes autistes**, ce qui contribue au sous-diagnostic massif de l'autisme féminin à l'âge adulte.

Sources : Støre S. J. et al. (2024), J Attention Disord ; Yavuzlar Civan & Berkol (2025) ; Maddox & White (2015), J Autism Dev Disord ; Hull et al. (2021) ; NICE (2013).

MODULE ÉTAT 2 — TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

L'AuDHD et l'orientation thérapeutique

La co-occurrence autisme + TDAH, et ce qui change cliniquement.

L'AuDHD — quand autisme et TDAH coexistent

L'**AuDHD** désigne la **co-occurrence de l'autisme et du TDAH** chez une même personne — configuration neurodéveloppementale fréquente, longtemps invisibilisée par les critères d'**exclusion mutuelle du DSM-IV** (levés dans le **DSM-5**). Les personnes AuDHD cumulent les vulnérabilités — y compris vis-à-vis du TAS — et présentent le **risque le plus élevé de psychopathologie comorbide** selon les données épidémiologiques (Chen et al., revue 2024). La **motivation sociale** tend à être **plus élevée chez les AuDHD** que chez les personnes purement autistes, ce qui peut **majorer la tension entre le désir de lien et la difficulté à y accéder**.

Portée pratique — pourquoi cela compte cliniquement

Une **anxiété sociale présente depuis l'enfance, persistante malgré des prises en charge classiques** (thérapies cognitivo-comportementales, traitements médicamenteux), doit faire suspecter un **terrain neurodéveloppemental sous-jacent non identifié**. Soigner le TAS sans voir le TDAH ou l'autisme qui le soutient **explique fréquemment les échecs thérapeutiques**.

Un **bilan neurodéveloppemental** — auprès d'un neuropsychologue spécialisé ou d'un médecin formé — peut alors **transformer la compréhension de soi** et ouvrir un **travail réellement ajusté à la personne**, qu'il s'agisse d'un suivi médical adapté, d'aménagements de vie, ou d'un accompagnement thérapeutique tenant compte du **fonctionnement neurodivergent**.

Sources : Støre S. J. et al. (2024), *J Attention Disord* ; Yavuzlar Civan & Berkol (2025) ; Maddox & White (2015), *J Autism Dev Disord* ; Hull et al. (2021) ; NICE (2013) ; Chen et al. (2024) ; *Neurodivergent Insights* — Dr. Megan Anna Neff.

MODULE TAS — AUTO-OBSERVATION

Où en est mon anxiété sociale ?

Un exercice d'auto-observation qualitatif — 15 questions, sans score.

Ce questionnaire **n'est pas un test scientifiquement validé**. Il s'inspire des dimensions du **DSM-5-TR** et de l'échelle **LSAS**, **sans reproduire d'items issus de tests sous copyright**. Il vous propose un exercice d'**auto-observation qualitatif**, complémentaire au test LSAS quantitatif (en ligne sur le site). Aucun score automatique ne sera calculé.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

1. Prendre la parole en réunion, en classe ou devant un groupe m'angoisse fortement.

0 1 2 3 4

2. Faire une présentation, un exposé ou une démonstration me met dans un état de stress intense.

0 1 2 3 4

3. Être observé-e en train de faire quelque chose (manger, écrire, travailler) me trouble.

0 1 2 3 4

4. Engager une conversation avec une personne que je connais peu me coûte beaucoup d'énergie.

0 1 2 3 4

5. Rencontrer de nouvelles personnes (collègues, amis d'amis, voisins) me met mal à l'aise pendant longtemps.

0 1 2 3 4

MODULE TAS — AUTO-OBSERVATION

Où en est mon anxiété sociale ? (suite)

Questions 6 à 10 — toujours sans score.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

6. Je redoute particulièrement les situations où je dois m'imposer (négocier, demander, contester).

0 1 2 3 4

7. J'ai peur que les autres remarquent mes signes d'anxiété (rougir, trembler, transpirer).

0 1 2 3 4

8. Je redoute par-dessus tout d'être humilié-e, ridiculisé-e ou rejeté-e en société.

0 1 2 3 4

9. Quand on me regarde, je me sens immédiatement évalué-e, jugé-e — même par des inconnus.

0 1 2 3 4

10. À l'approche d'un événement social, je ressens des symptômes physiques (cœur, oppression, sueurs, nausées).

0 1 2 3 4

MODULE TAS — AUTO-OBSERVATION

Où en est mon anxiété sociale ? (fin)

Questions 11 à 15 — toujours sans score.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

11. Je rumine longtemps après une interaction sociale (je rejoue la scène, je me critique).

0 1 2 3 4

12. Je peux passer plusieurs jours à anticiper une rencontre, avec un mélange de peur et d'évitement mental.

0 1 2 3 4

13. J'évite régulièrement des situations sociales (soirées, réunions, événements) à cause de cette peur.

0 1 2 3 4

14. Ma vie professionnelle, mes études ou mes relations sont limitées par ma peur des autres.

0 1 2 3 4

15. Je sais que cette peur est disproportionnée, mais je ne parviens pas à la maîtriser.

0 1 2 3 4

Page suivante : un espace pour poser des mots sur ce que ces questions vous ont révélé.

MODULE TAS — VOS MOTS

Vos mots à vous

Un espace pour observer ce que ces questions vous ont révélé.

Relisez vos réponses précédentes. Sans calculer de score, qu'observez-vous ? Quelles dimensions sont les plus présentes pour vous (**performance, interactions, peur du jugement, corps, évitement**) ? **Posez vos mots — ils vous appartiennent.**

1. Qu'est-ce que mes réponses me révèlent — quelle place a cette peur dans ma vie ?

2. Quelles situations spécifiques me posent le plus problème ?

3. Comment cette peur s'inscrit-elle dans mon histoire ?

Ce que vous venez d'écrire **vous appartient**. Le TAS **n'est pas une fatalité** — **Quentin l'a montré**. Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter ces notes en séance — en **thérapie en psychologie positive MIGS**, c'est souvent un point d'appui utile.

MODULE ÉTAT 3 — TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ÉVITANTE

Trouble de la personnalité évitante (TPE)

Quand la peur du regard devient une manière d'être.

Le **trouble de la personnalité évitante (TPE)** est parmi les états les plus envahissants du continuum. Il ne se limite pas à des situations précises — il **envahit toute la vie sociale et intime**. C'est aussi l'état le plus **discret**, parce qu'il est **ego-syntonique** : la personne perçoit son fonctionnement comme cohérent avec son identité, donc comme « normal pour elle ». C'est ce qui rend ce trouble si difficile à reconnaître — et donc à traiter.

Définition DSM-5-TR (2022)

« Mode général d'**inhibition sociale, sentiments de ne pas être à la hauteur et hypersensibilité au jugement d'autrui**, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers. »

Le trouble appartient au **Cluster C du DSM** (groupe des personnalités anxieuses), aux côtés des personnalités **dépendante** et **obsessionnelle-compulsive**.

Une distinction cruciale — TPE n'est pas schizoïde

Le TPE n'est pas une « **personnalité défaillante** » — c'est une **réponse de survie et de protection face à la peur** (fuite ou figement), construite face à des expériences répétées de rejet, d'humiliation ou de critique (souvent durant l'enfance et l'adolescence).

Le désir profond de lien aux autres reste intact, mais la peur du rejet le tient en échec. Contrairement à la **personnalité schizoïde** (qui ne désire pas le contact), la personne évitante **souffre de cette contradiction** : elle veut, mais elle ne peut pas.

Sources : DSM-5-TR (APA, 2022, pp. 764-768) ; CIM-10/CIM-11 (OMS) — F.60 ; Manuel MSD (2025) ; Arbabzadeh-Bouchez S. (2013), *Les personnalités pathologiques*, chap. 21, Lavoisier.

MODULE ÉTAT 3 — TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ÉVITANTE

Les sept critères du DSM-5

Le seuil clinique : au moins quatre critères présents sur les sept.

Pour qu'un trouble de la personnalité évitante soit diagnostiqué selon le DSM-5-TR, **au moins 4 critères sur 7** doivent être présents de manière durable, dans des contextes variés, et apparus au début de l'âge adulte.

Les sept critères diagnostiques

1. Évite les **activités professionnelles** impliquant des contacts sociaux importants — par crainte d'être critiqué ou rejeté.
2. **Réticence à s'impliquer avec autrui** — sauf certitude d'être aimé.
3. **Réservé dans les relations intimes** — par crainte d'être tourné en ridicule ou d'être humilié.
4. **Préoccupé par la peur d'être critiqué ou rejeté** en société.
5. **Inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles** — par sentiment d'inadéquation.
6. Se perçoit comme **socialement incompetent, sans attrait, inférieur** aux autres.
7. Particulièrement **réticent à prendre des risques personnels** ou à s'engager dans de nouvelles activités (par peur de l'embarras).

Source : American Psychiatric Association (2022), DSM-5-TR, pp. 764-768.

MODULE ÉTAT 3 — TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ÉVITANTE

Une mécanique singulière

Ego-syntonie et fuite dans l'imaginaire — pourquoi le TPE est si discret.

Ego-syntonie — pourquoi le trouble se cache

Contrairement au TAS (qui est **ego-dystonique** — la personne reconnaît sa peur comme excessive et veut la diminuer), le TPE est **ego-syntonique** : la personne perçoit son fonctionnement **comme cohérent avec elle-même**.

- **Je suis comme ça**, « *plutôt solitaire* », « *réservée* », « *peu sociale* ».
- **C'est ma personnalité**, pas un problème à régler.
- Ce sont **les autres qui sont trop, trop bruyants, trop demandeurs**.

C'est ce qui rend ce trouble si difficile à **nommer** — et donc à traiter. Les personnes consultent rarement pour leur TPE en tant que tel ; elles arrivent pour une dépression, un burn-out, une rupture, et l'évitement n'est découvert qu'en cours de route.

Un mécanisme cliniquement repéré — la fuite dans l'imaginaire

Trait fréquent du TPE, documenté dans la **CIM-10 (F.60)** et la littérature clinique : **faute de pouvoir vivre les relations qu'elle désire, la personne évitante les imagine**.

- **Vie monacale à l'extérieur, vie fantasmée à l'intérieur**.
- Romances rejouées en pensée, conversations préparées dans le détail, projets imaginés mais jamais lancés.
- Le monde intérieur devient plus vivant que le monde réel — par **protection**.

Sources : Praxes (2025), *Ego-syntonie / ego-dystonie* ; Wikipedia — *fuite dans l'imaginaire (CIM-10 F.60)* ; Manuel MSD (2025) ; Hart, Tortoriello & Richardson (2018), *Psychology Today on maladaptive daydreaming*.

MODULE ÉTAT 3 — TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ÉVITANTE

Jake Ware — quatre mouvements vers la lumière

L'enfer, le diagnostic, l'écriture, le grandissement.

Jake Ware, jeune auteur américain de Géorgie, est diagnostiqué d'un trouble de la personnalité évitante. Il publie en **février 2023** un mémoire : *It's a Shame I Can't Share — Living with Avoidant Personality Disorder*, et anime une chaîne YouTube (Jake – AVPD).

1. L'enfer

« Pourquoi ai-je tellement peur de parler aux autres que ma poitrine me fait mal et que mon corps tremble quand j'essaie ? Pourquoi suis-je si préoccupé par les perceptions horribles qu'ont les gens de moi ? Pourquoi est-ce que je me sens comme une personne **ennuyeuse, inutile, inférieure** ? »

2. Le diagnostic

« Une **anxiété sociale constante et intense** signifie que la vie quotidienne peut devenir presque impossible. Mon cerveau et mon corps cessent de fonctionner correctement quand je suis près d'autres personnes — qu'il s'agisse d'inconnus ou de ma famille. Je redoute simplement d'aller faire les courses ou le plein d'essence. »

3. L'écriture

« J'ai évité toute interaction sociale autant que possible. Au fond, il s'agit d'éviter le **sentiment de honte**. Mais les personnes atteintes de TPE **veulent** et ont toujours besoin d'interactions sociales, pour les mêmes raisons que tout le monde. Je veux vous aider à comprendre le TPE à travers ce que je vois en moi. »

4. Le grandissement

Jake est aujourd'hui **étudiant en psychologie** à Middle Georgia State University, dans le but de **devenir thérapeute** et d'accompagner d'autres personnes vivant un TPE. Il a développé un outil d'auto-évaluation, le **SCALS** (Scale for Compulsive Avoidance of Learned Shame), actuellement en cours d'étude.

Sources : Jake Ware, *It's a Shame I Can't Share* (2023) ; Reframe Your Frame Society (Medium, déc. 2023).

MODULE TPE — AUTO-OBSERVATION

Le TPE se reconnaît-il en moi ?

Un exercice d'auto-observation — 15 questions, sans score.

Ce questionnaire **n'est pas un test diagnostique**. Il s'inspire des **7 critères du DSM-5-TR** et des dimensions cliniques associées au TPE, **sans reproduire d'items issus de tests sous copyright**. Il vous propose un exercice d'**auto-observation**. Aucun score automatique ne sera calculé. **Un diagnostic ne peut être posé que par un professionnel de santé qualifié.**

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

1. J'évite les activités professionnelles ou les contextes impliquant beaucoup d'interactions sociales.

0 1 2 3 4

2. Je ne m'implique avec quelqu'un que si j'ai la certitude d'être accepté-e ou apprécié-e.

0 1 2 3 4

3. Dans les relations intimes, je reste très réservé-e par peur d'être humilié-e ou ridiculisé-e.

0 1 2 3 4

4. Je suis préoccupé-e en permanence par la peur d'être critiqué-e ou rejeté-e en société.

0 1 2 3 4

5. Face à une situation interpersonnelle nouvelle, je me sens inhibé-e — comme paralysé-e par le sentiment de ne pas être à la hauteur.

0 1 2 3 4

MODULE TPE — AUTO-OBSERVATION

Le TPE se reconnaît-il en moi ? (suite)

Questions 6 à 10 — toujours sans score.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

6. Je me perçois comme socialement incompetent-e, sans attrait, ou inférieur-e aux autres.

0 1 2 3 4

7. Je suis très réticent-e à prendre des risques personnels — même petits — par peur d'être embarrassé-e.

0 1 2 3 4

8. Je préfère décliner des invitations ou des opportunités plutôt que de risquer le jugement des autres.

0 1 2 3 4

9. Mon désir de lien aux autres est réel, mais ma peur du rejet le tient en échec.

0 1 2 3 4

10. J'ai souvent l'impression que les autres me jugent négativement — même sans signe concret.

0 1 2 3 4

MODULE TPE — AUTO-OBSERVATION

Le TPE se reconnaît-il en moi ? (fin)

Questions 11 à 15 — toujours sans score.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

11. Faute de pouvoir vivre les relations que je désire, je les imagine longuement (conversations, scènes, scénarios).

0 1 2 3 4

12. Ma vie intérieure est beaucoup plus riche et vivante que ma vie sociale réelle.

0 1 2 3 4

13. Mon évitement social dure depuis l'adolescence ou le début de l'âge adulte, dans tous les contextes (pas seulement certaines situations).

0 1 2 3 4

14. Mon évitement m'a coûté des opportunités professionnelles, amicales, ou amoureuses concrètes.

0 1 2 3 4

15. J'aimerais profondément avoir plus de liens — mais la peur prend toujours le dessus.

0 1 2 3 4

Page suivante : un espace pour poser des mots sur ce que ces questions vous ont révélé.

MODULE TPE — VOS MOTS

Vos mots à vous

Un espace pour observer ce que ces questions vous ont révélé.

Relisez vos réponses précédentes. Sans calculer de score, qu'observez-vous ? Y a-t-il une **cohérence** entre la plupart des items — ou ne s'agit-il que de **quelques situations** précises ? L'évitement **dure-t-il depuis longtemps**, et touche-t-il **tous les contextes** de votre vie ? **Posez vos mots — ils vous appartiennent.**

1. Qu'est-ce que mes réponses me révèlent — quelle place a l'évitement dans ma vie ?

2. Y a-t-il un désir profond de lien qui reste vivant en moi, malgré la peur ?

3. Quels seraient pour moi les premiers petits pas vers le lien — sans me forcer ?

Ce que vous venez d'écrire **vous appartient**. Le TPE **n'est pas une fatalité** — **Jake Ware l'a montré**. Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter ces notes en séance — en **thérapie en psychologie positive MIGS**, c'est souvent un point d'appui utile pour faire émerger ce qui veut vivre derrière la peur.

MODULE — MUTISME SÉLECTIF

Mutisme sélectif

Quand l'anxiété verrouille la parole — un trouble anxieux à part entière.

Le **mutisme sélectif** est l'état le plus **rare** et le plus **mal compris** du continuum. La personne qui en souffre **parle normalement dans certains contextes** (souvent à la maison) mais reste **incapable de parler** dans d'autres situations sociales — non pas par choix, mais par une **inhibition involontaire** liée à une anxiété intense.

Définition DSM-5 (2013)

Depuis le DSM-5, le mutisme sélectif est officiellement classé dans la catégorie des **troubles anxieux**. Le terme « **mutisme électif** » (DSM-III, 1980) a été remplacé par « **mutisme sélectif** » dans le DSM-IV (1994) pour souligner son caractère **involontaire** — la personne ne « choisit » pas de se taire, elle en est **empêchée par l'anxiété**.

Les cinq critères diagnostiques

- A. Incapacité régulière à prendre la parole** dans des situations sociales spécifiques (p. ex. à l'école), alors que la personne parle dans d'autres situations.
- B.** La perturbation **interfère avec la réussite** scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.
- C.** Elle dure **au moins un mois** et ne se limite pas au premier mois d'école.
- D.** L'incapacité à parler **n'est pas due à un défaut de connaissance** ou de maniement de la langue parlée.
- E.** Elle n'est pas mieux expliquée par un trouble de la communication (p. ex. bégaiement) et ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble du spectre autistique ou psychotique.

Sources : DSM-5 (APA, 2013) ; UQTR, thèse 2018 ; HAS ; qare.fr (2026).

MODULE — MUTISME SÉLECTIF

Trois distinctions essentielles

Ce que le mutisme sélectif n'est pas — pour éviter les confusions.

Le mutisme sélectif est **souvent confondu** avec d'autres conditions cliniquement très différentes. Trois distinctions essentielles permettent de bien le situer.

1. Mutisme sélectif n'est pas timidité aggravée

Contrairement à la timidité (État 1 du continuum), le mutisme sélectif **ne s'atténue pas de lui-même** avec le temps sans intervention. C'est un **trouble anxieux à part entière**, pas une variation extrême de tempérament.

2. Mutisme sélectif n'est pas trouble du langage

La parole est intacte dans certains contextes — souvent à la maison, avec les proches. C'est ce qui le distingue radicalement d'un trouble du langage. Il est classé parmi les **troubles anxieux** et non les troubles du langage dans les classifications diagnostiques internationales (HAS).

3. Mutisme sélectif n'est pas trouble traumatique

Selon les chercheurs, **aucune preuve scientifique** n'établit qu'un abus ou un traumatisme déclenche le trouble. Lorsque le mutisme se manifeste comme un **symptôme de stress post-traumatique**, le schéma clinique est très différent (mutisme global, début soudain, contexte traumatique identifiable) et relève alors d'un autre diagnostic.

Sources : DSM-5 (APA, 2013) ; HAS ; [psychologue.net](https://www.psychologue.net) (2020) ; [qare.fr](https://www.qare.fr) (2026).

MODULE — MUTISME SÉLECTIF

Le mutisme sélectif chez l'enfant

Apparition, évolution et facteurs identifiés.

Apparition et prévalence

Le mutisme sélectif apparaît habituellement **avant l'âge de 5 ans**, le plus souvent entre **2 ans et demi et 6 ans**. Il est généralement repéré à l'entrée à l'école, où la multiplication des contextes sociaux extra-familiaux rend le contraste visible : l'enfant parle à la maison, mais reste muet à l'école.

- **0,71 %** des enfants scolarisés (≈ 7 sur 1 000) — Bergman, Piacentini & McCracken (2002).
- **1 enfant sur 140** chez les moins de 8 ans (Johnson & Wintgens, 2016).
- Légèrement plus fréquent chez les **filles** que chez les garçons (DSM).
- **Chroniquement sous-diagnostiqué** (Aubry & Palacio-Espasa, 2003).

Évolution — une distinction importante

- **Forme transitoire** — **90 %** des mutismes sélectifs apparus à l'entrée à l'école disparaissent **spontanément en moins d'un an**. Il s'agit d'une réaction d'adaptation transitoire (Brown & Lloyd, 1975).

- **Forme persistante** — plus rare, mais conséquences sévères. Elle disparaît généralement à l'adolescence, en laissant **souvent place à un trouble anxieux durable à l'âge adulte** (Bergman, 2002).

Facteurs identifiés : tempérament inhibé (cf. inhibition comportementale, Kagan) ; antécédents familiaux d'anxiété ; anxiété sociale sévère ; facteurs environnementaux stressants (école, déménagement).

Sources : Bergman R. L., Piacentini J., McCracken J. T. (2002) ; Johnson M. & Wintgens A. (2016), The Selective Mutism Resource Manual, 2^e éd. ; Brown & Lloyd (1975) ; Aubry & Palacio-Espasa (2003) ; Cairn (2007).

MODULE — MUTISME SÉLECTIF

Le mutisme sélectif chez l'adulte

Un trouble qui passe inaperçu — parce qu'il s'organise autour des contournements.

Une rareté trompeuse

Le mutisme sélectif est dit **rare chez l'adulte**, mais cette rareté est **trompeuse**. Beaucoup d'adultes apprennent à **contourner** les situations qui les bloquent — éviter les réunions, déléguer les appels téléphoniques, préférer les mails. Ces stratégies rendent le trouble **invisible mais le prolongent**.

Chez l'adulte, le mutisme sélectif ne ressemble **pas à un trait de caractère introverti**. C'est une **incapacité à parler** dans des contextes précis, malgré une parole fluide à la maison. Le blocage survient surtout dans les situations **où la personne se sent jugée** — réunions, entretiens, conversations avec des inconnus — et s'accompagne d'anxiété intense, palpitations, rougeurs, tremblements.

Une stratégie de survie

« Le mutisme sélectif devient alors une **stratégie de survie**, bien que désadaptative, pour **limiter l'exposition à l'anxiété**. »

sciencedesoi.com (octobre 2025) — Mutisme sélectif chez l'adulte : causes, signes et voies de guérison.

Traitement de référence

- La **thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** est le traitement de référence, recommandé par la **HAS**. Elle s'appuie sur l'**exposition graduée** — affronter progressivement les situations redoutées dans un cadre sécurisé.
- La **thérapie systémique** est souvent proposée en complément chez l'adulte, pour travailler sur la dynamique des relations.
- Les **ISRS** (antidépresseurs) sont parfois prescrits, mais **pas en première intention**.

Sources : sciencedesoi.com (octobre 2025) ; psychologie-positive.com (2026) ; HAS ; qare.fr.

MODULE — MUTISME SÉLECTIF

Témoignage — 13 ans de silence

Quatre mouvements — *l'enfer, le diagnostic, l'auto-thérapie, le grandissement.*

Témoignage publié sur le site de l'association française **Ouvrir La Voix**, agréée par le Ministère de l'Éducation Nationale. **Ancienne mutique sélective et phobique sociale sévère pendant 13 ans (de 3-4 ans à 17 ans)**, elle a depuis fait des études de psychologie et travaille dans le milieu de la surdité.

1. L'enfer

« J'ai été mutique sélective et phobique sociale sévère pendant près de **13 ans**. De l'âge de 3-4 ans jusqu'à 17 ans. Je ne parlais qu'à mon entourage très proche (mes deux parents et mes trois frères), je **restais muette face au reste du monde**, y compris le reste de la famille. »

2. Le diagnostic

« Je n'ai entendu parler de phobie sociale et de mutisme qu'à l'**âge de 19 ans** mais j'étais alors déjà sortie de cet enfer. J'ai vu deux psychologues cliniciens pour mon trouble qui **n'avait pas de nom**. Pendant plusieurs mois ils sont restés **silencieux face à mon silence** et n'ont tenté aucune approche. **Cela ne m'a été d'aucune aide.** »

3. L'auto-thérapie

« **Seule**, j'ai appris à mettre en place des **stratégies type TCC sans savoir alors que ça en était**. Les situations sociales les plus simples étaient pour moi **aussi angoissantes que de me jeter du haut d'un pont**. Je me suis donc donné des exercices simples au début et peu anxiogènes pour me sortir du silence (demander l'heure ou mon chemin dans la rue, rentrer dans une boulangerie). »

4. Le grandissement

« Aujourd'hui, je gère parfaitement mon stress bien que l'angoisse demeure toujours. J'ai choisi d'étudier la psychologie. J'ai habité dans plusieurs pays et je parle aujourd'hui **4 langues**. Même si les angoisses persistent encore parfois, **j'ai fait de ma pathologie un atout et j'en suis fière.** »

Source : 13 ans de silence — publié sur ouvrirelavoix.fr (Association Ouvrir La Voix).

MODULE MUTISME — QUESTIONNAIRE PARENT

Mon enfant — observation du parent

Un exercice d'auto-observation à destination des parents — 10 questions.

Ce questionnaire **n'est pas un test diagnostique**. Il s'adresse aux **parents d'enfants qui semblent présenter des signes de mutisme sélectif**. Il s'inspire des **5 critères du DSM-5** et des observations cliniques consignées par les spécialistes (Johnson & Wintgens, Bergman, Aubry & Palacio-Espasa). **Un diagnostic ne peut être posé que par un professionnel de santé qualifié.**

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

1. Mon enfant parle normalement à la maison, avec moi ou les proches.

0 1 2 3 4

2. Mon enfant reste silencieux à l'école, à la crèche ou dans des contextes sociaux extérieurs.

0 1 2 3 4

3. Mon enfant ne parle pas non plus à la famille élargie (grands-parents, oncles, tantes, cousins).

0 1 2 3 4

4. Quand mon enfant doit parler en dehors de la maison, il se fige, baisse les yeux, ou se cache.

0 1 2 3 4

5. Ce silence ne semble pas être un choix de mon enfant — il en paraît plutôt embarrassé ou anxieux.

0 1 2 3 4

MODULE MUTISME — QUESTIONNAIRE PARENT

Mon enfant — observation du parent (suite)

Questions 6 à 10 — durée, retentissement, facteurs.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

6. Cette situation dure depuis plus d'un mois — bien au-delà de l'adaptation à un nouveau lieu.

0 1 2 3 4

7. Le silence de mon enfant gêne sa réussite scolaire ou ses interactions avec les autres enfants.

0 1 2 3 4

8. Mon enfant comprend et utilise normalement le langage quand il parle à la maison.

0 1 2 3 4

9. Il y a chez nous des antécédents familiaux d'anxiété, de timidité marquée ou d'anxiété sociale.

0 1 2 3 4

10. Mon enfant a été décrit comme un bébé « inhibé », « réservé » ou « difficile face à la nouveauté ».

0 1 2 3 4

Page suivante : si vous êtes adulte et vous reconnaissez dans le mutisme sélectif — un second questionnaire pour vous.

MODULE MUTISME — QUESTIONNAIRE ADULTE

Si vous êtes adulte — auto-observation

Pour adultes qui se reconnaissent dans le mutisme sélectif — 10 questions.

Si vous vous reconnaissez dans le mutisme sélectif décrit page précédente (chez l'adulte), ce questionnaire vous propose un exercice d'auto-observation. Il **n'est pas un test diagnostique**, et s'inspire des dimensions cliniques documentées chez l'adulte (Sciencesdesoi 2025, Psychologie-positive 2026, HAS), **sans reproduire d'items issus de tests sous copyright**. **Un diagnostic ne peut être posé que par un professionnel qualifié.**

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

1. Je parle normalement à la maison ou avec les personnes très proches.

0 1 2 3 4

2. Dans des contextes précis (réunions, entretiens, inconnus), je suis comme bloqué-e — incapable de parler malgré l'envie.

0 1 2 3 4

3. Ce blocage ne ressemble pas à de la timidité — c'est plus puissant, plus mécanique, comme un verrou.

0 1 2 3 4

4. Au moment du blocage, je ressens une anxiété intense : cœur qui bat, rougeurs, tremblements, oppression.

0 1 2 3 4

5. Je sais ce que je veux dire dans ma tête, mais les mots ne sortent pas.

0 1 2 3 4

MODULE MUTISME — QUESTIONNAIRE ADULTE

Si vous êtes adulte — auto-observation (suite)

Questions 6 à 10 — contournements, impact, histoire.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

6. J'ai mis en place des stratégies de contournement (préférer les mails, déléguer les appels, éviter les réunions).

0 1 2 3 4

7. Mon entourage me décrit parfois comme « distant-e », « froid-e », « étrange » ou « indifférent-e ».

0 1 2 3 4

8. Mon blocage me coûte des opportunités professionnelles, amicales ou amoureuses.

0 1 2 3 4

9. Je me souviens avoir eu des difficultés à parler en dehors de la maison dans l'enfance ou l'adolescence.

0 1 2 3 4

10. Aujourd'hui encore, certaines situations me « verrouillent » la parole — comme à l'époque.

0 1 2 3 4

Page suivante : un espace pour poser des mots sur ce que ces questionnaires vous ont révélé.

MODULE MUTISME — VOS MOTS

Vos mots à vous

Un espace pour observer ce que ces questions vous ont révélé.

Que vous soyez **parent observant un enfant**, ou **adulte qui se reconnaît dans le mutisme sélectif**, cette page est pour vous. Relisez vos réponses précédentes. Sans calculer de score, qu'observez-vous ? **Posez vos mots — ils vous appartiennent.**

1. Qu'est-ce que ces questions me révèlent — pour mon enfant, ou pour moi ?

2. Quelles situations bloquent le plus la parole — à quels moments précis ?

3. Quelles seraient les premières micro-étapes envisageables — sans forcer ?

Ce que vous venez d'écrire **vous appartient**. Le mutisme sélectif **n'est pas une fatalité** — le témoignage *13 ans de silence* (Ouvrir La Voix) l'a montré. La **TCC à exposition graduée** est le traitement de référence (HAS). En **psychologie positive MIGS**, l'accompagnement consiste à **nommer ce qui se joue** et à **construire les micro-étapes** qui permettent à la parole de revenir.

BOUSSOLE D'AUTO-EXPLORATION

Où suis-je dans ce continuum ?

Un outil intégrateur — après avoir lu tous les états.

Maintenant que vous avez parcouru les **cinq portraits** du continuum (Trac, Timidité, TAS, TPE, Mutisme sélectif), cette **Boussole** vous propose un travail de **synthèse personnelle**. Ce n'est **pas un test diagnostique** — c'est un outil pour **poser vos mots** sur ce que vous reconnaissez, ce que vous ne reconnaissez pas, et ce qui vous reste en suspens. Les pages suivantes exploreront ensuite votre vie sur **quatre domaines concrets**.

Cinq questions pour me situer

Pour chaque état, demandez-vous **simplement** : « *Est-ce que cela me parle ?* »

Trac — la peur monte avant une performance, puis **retombe dès l'action** ?

Timidité — je me sens mal à l'aise dans les **interactions nouvelles**, mais cela **s'apaise avec le temps et l'expérience** ?

TAS — la peur des autres **persiste, s'aggrave, m'empêche de faire des choses** — et je sais qu'elle est disproportionnée ?

TPE — l'évitement social **structure ma vie depuis l'adolescence**, je me perçois comme inférieur-e, mais je voudrais profondément du lien ?

Mutisme sélectif — dans des contextes précis, je suis **incapable de parler** alors que ma parole est fluide à la maison ?

Rappelez-vous : **le continuum décrit une gradation possible — pas une trajectoire imposée**. Vous pouvez vous reconnaître **partiellement** dans plusieurs états, ou **totalem**ent dans un seul. **Aucun positionnement n'est figé**.

BOUSSOLE D'AUTO-EXPLORATION

Les cinq états en un coup d'œil

Un tableau comparatif pour visualiser les différences.

Ce tableau résume les **différences essentielles** entre les cinq états. Il peut servir de **repère** pour relire vos réponses aux questionnaires précédents.

Trac

Quand : avant une performance objective. **Durée** : passagère. **Évolution** : retombe dès l'action. **Pathologie** : non.

Timidité

Quand : interactions sociales nouvelles. **Durée** : variable. **Évolution** : peut s'atténuer avec l'expérience. **Pathologie** : non.

TAS — Trouble d'anxiété sociale

Quand : toutes situations d'évaluation. **Durée** : ≥ 6 mois. **Évolution** : persiste, peut s'aggraver. **Pathologie** : oui (ego-dystonique).

TPE — Trouble de la personnalité évitante

Quand : envahit toute la vie sociale et intime. **Durée** : depuis l'âge adulte précoce. **Évolution** : structurelle. **Pathologie** : oui (ego-syntonique).

Mutisme sélectif

Quand : contextes spécifiques où la parole est attendue. **Durée** : ≥ 1 mois. **Évolution** : forme transitoire fréquente (90%), forme persistante plus rare. **Pathologie** : oui.

Page suivante : un espace pour poser des mots sur ce que ces états ont éveillé dans quatre domaines de votre vie.

BOUSSOLE — ESPACE D'EXPRESSION

Vos mots à vous (1/2)

Travail ou études — vie privée et relations.

Cette page **n'est pas un résultat**. C'est un espace pour vous — pour poser quelques mots sur ce que ces domaines vous ont fait vivre, vous ont rappelé, vous ont surpris. **Aucune attente, aucune bonne réponse**. Vous écrivez pour vous.

1. Travail ou études — qu'est-ce qui se joue pour moi dans ce domaine ?

2. Vie privée et relations — qu'est-ce qui se joue pour moi dans ce domaine ?

Page suivante : Espace public et démarches — Position face au conflit.

BOUSSOLE — ESPACE D'EXPRESSION

Vos mots à vous (2/2)

Espace public et démarches — position face au conflit.

3. Espace public et démarches — qu'est-ce qui se joue pour moi dans ce domaine ?

4. Position face au conflit — comment je me situe quand il y a opposition ou désaccord ?

Ce que vous venez d'écrire vous appartient. Si vous le souhaitez, vous pouvez apporter ces notes en séance pour qu'on les regarde ensemble en **thérapie en psychologie positive MIGS** — c'est souvent un **point de départ précieux** pour le travail thérapeutique.

Vous avez parcouru tout le continuum. **Aucune position n'est figée** — la rencontre thérapeutique permet d'interrompre le mouvement à tout moment. C'est tout le sens de la **psychologie positive MIGS** : comprendre ce qui s'est joué, et permettre à la peur de retrouver sa **juste place**.

MOT DE LA FIN — ORIENTATION CORPORELLE

Avant de chercher l'aide psychologique

D'abord épuiser les pistes corporelles — c'est de la médecine intégrative responsable.

Vous avez parcouru tout cet ebook : vous savez désormais **nommer** ce que vous vivez, vous l'avez **situé** dans le continuum, et vous avez fait l'exercice d'auto-observation avec la Boussole. **La question concrète est maintenant : que faire ?** Cette section vous propose un parcours en deux étapes, dans un ordre rigoureux.

Le principe directeur — d'abord le corps, ensuite l'esprit

Avant d'engager un travail psychologique, il est **essentiel** de s'assurer qu'aucune cause corporelle ne produit ou n'aggrave vos symptômes. C'est ce qu'on appelle, en médecine, un **diagnostic d'élimination** (rappelé pages 20 à 22 de cet ebook).

Pourquoi ce séquençage ?

- Une **hyperthyroïdie**, une **tachycardie paroxystique**, une **apnée du sommeil** ou une **carence en vitamine B12** peuvent produire des symptômes **strictement identiques** à ceux d'un trouble anxieux.
- Une **psychothérapie** n'agira **jamais** sur une cause organique non identifiée.
- Le travail psychologique sera **infiniment plus efficace** quand le corps a été vérifié et, le cas échéant, traité.

En France — votre médecin traitant est le pivot

Le **médecin traitant** est votre premier interlocuteur. C'est lui qui :

- Prescrit le **bilan biologique de base** (détaillé page suivante)
- **Vous oriente vers le bon spécialiste** si nécessaire — dans le cadre du **parcours de soins coordonnés** (mieux remboursé)
- **Coordonne** les différents avis spécialisés

Sources : Ameli.fr — Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés ; La Revue du Praticien (2026) ; AMIF, Dr Uzzan.

MOT DE LA FIN — ORIENTATION CORPORELLE

Étape 1 — Le bilan biologique de base

La liste à présenter à votre médecin traitant.

Ce bilan est **recommandé par l'AMIF** (Association des Médecins Israélites de France, Dr Uzzan) et la **Revue du Praticien** (2026) avant tout traitement psychiatrique. **Prenez cette page en consultation** chez votre médecin traitant — il connaît ces examens et peut vous les prescrire.

Bilan général de base (à demander en première intention)

- **NFS** (numération formule sanguine) — anémie, infections
- **Plaquettes**
- **CRP** — inflammation
- **Glycémie à jeun** — diabète, hypoglycémie
- **Ionogramme sanguin** (sodium, potassium, chlore)
- **Fonction rénale** (urée, créatinine)
- **Bilan hépatique** (transaminases, γ GT)

Bilan endocrinien et minéral

- **Calcémie et phosphorémie** — hyperparathyroïdie
- **Bilan thyroïdien : TSH, T3 libre, T4 libre** (et anticorps anti-TPO si suspicion auto-immune)
- **Vitamine B12** sérique
- **Ferritine** — réserves en fer
- **Vitamine D** (25-OH-vitamine D)
- **Magnésium**
- **PTH** (parathormone) — si calcémie anormale

Sources : AMIF, Dr Uzzan ; La Revue du Praticien (2026) ; RecoMédicales (NICE).

MOT DE LA FIN — QUESTIONNAIRE

Étape 2 — Si le bilan biologique est normal

Auto-observation pour identifier vers quel spécialiste corporel s'orienter.

Si votre bilan biologique de base est **normal** mais que vos symptômes **persistent**, ce questionnaire vous aide à **identifier quels spécialistes corporels consulter en priorité. Ce n'est pas un test diagnostique.** Il s'inspire des critères cliniques documentés par les sociétés savantes (SFCardio, FMC-Gastro, HAS, Manuel MSD) **sans reproduire d'items issus de tests sous copyright.**

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

1. J'ai des palpitations qui commencent et s'arrêtent brutalement, parfois sans cause évidente.

0 1 2 3 4

2. Mon cœur s'emballé à un rythme très rapide (au-delà de 150 battements par minute) sur quelques minutes à quelques heures.

0 1 2 3 4

3. Lors de ces épisodes, je ressens un essoufflement, une gêne ou douleur thoracique.

0 1 2 3 4

4. Je me réveille fatigué-e, comme si je n'avais pas dormi, même après une nuit complète.

0 1 2 3 4

5. Mon entourage m'a déjà signalé que je ronfle fort, que je fais des pauses respiratoires ou que je m'étouffe en dormant.

0 1 2 3 4

MOT DE LA FIN — QUESTIONNAIRE

Auto-observation corporelle (suite)

Sommeil, vertiges, signes neurologiques.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

6. Je ressens une somnolence excessive en journée, j'ai du mal à rester éveillé-e. 0 1 2 3 4

7. Je me lève souvent la nuit pour aller aux toilettes. 0 1 2 3 4

8. Je ressens des vertiges rotatoires, des sensations de déséquilibre ou de flottement. 0 1 2 3 4

9. J'entends des bourdonnements, sifflements, ou j'ai des sensations d'oreille bouchée. 0 1 2 3 4

10. Pendant mes épisodes anxieux, j'ai des sensations de « déjà-vu », d'état de rêve, ou de dépersonnalisation très marquées. 0 1 2 3 4

MOT DE LA FIN — QUESTIONNAIRE

Auto-observation corporelle (fin)

Neurologique, respiratoire, digestif, hormonal.

Échelle : 0 = jamais · 1 = parfois · 2 = souvent · 3 = presque toujours · 4 = toujours

11. J'ai des fourmillements, des engourdissements, ou des sensations bizarres sur un côté du corps.

0 1 2 3 4

12. J'ai des difficultés à respirer, l'impression de manquer d'air, avec parfois des fourmillements aux mains, aux pieds ou autour de la bouche.

0 1 2 3 4

13. J'ai des douleurs abdominales récurrentes, depuis au moins 3 mois, qui sont souvent soulagées ou aggravées par les selles.

0 1 2 3 4

14. Mes troubles digestifs (constipation, diarrhée, ballonnements) se déclenchent ou s'aggravent dans les moments d'anxiété.

0 1 2 3 4

15. J'ai des fluctuations de poids inexplicables, une intolérance au froid ou à la chaleur, ou des modifications de mes cheveux/ongles/peau.

0 1 2 3 4

Page suivante : grille de correspondance — vos réponses → vers quel spécialiste s'orienter.

MOT DE LA FIN — GRILLE DE LECTURE

Vos réponses — vers quel spécialiste ?

Si vous avez répondu 3 ou 4 à un ou plusieurs items...

Voici la **grille de correspondance** entre les items du questionnaire et les **spécialistes médicaux à consulter via votre médecin traitant**. Cette grille est **indicative** — votre médecin reste seul à décider de l'orientation finale en fonction de l'examen clinique.

Items 1 — 3 → Cardiologue

Vos symptômes évoquent une possible **tachycardie paroxystique supraventriculaire**. Selon La Revue du Praticien, **20 % des cas** sont diagnostiqués à tort comme « trouble panique ». **Examens** : ECG, Holter ECG sur 24h ou plus. **Ablation par radiofréquence** = traitement curatif possible.

Items 4 — 7 → Pneumologue ou Somnologue

Vos symptômes évoquent un possible **syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS)**, qui touche **8 % des adultes** et produit anxiété, irritabilité, fatigue chronique. **Examens** : polygraphie ventilatoire nocturne ou polysomnographie.

Items 8 — 9 → ORL (oto-rhino-laryngologiste)

Vos symptômes évoquent une **cause vestibulaire** (vertige positionnel paroxystique bénin, maladie de Ménière, névrite vestibulaire). **Examens** : audiométrie, épreuves vestibulaires instrumentales.

Suite (Items 10 — 15) page suivante.

MOT DE LA FIN — GRILLE DE LECTURE

Vos réponses — vers quel spécialiste ? (suite)

Items 10 à 15.

Items 10 — 11 → Neurologue

Une **épilepsie temporale** peut produire anxiété, déjà-vu, dépersonnalisation, état de rêve — symptômes facilement confondus avec un TAS. **Examens** : EEG prolongé, IRM cérébrale.

Item 12 → Pneumologue (syndrome d'hyperventilation)

Syndrome d'hyperventilation chronique possible — souvent **auto-entretenu** après le facteur déclencheur initial. **Outils** : gazométrie, questionnaire de Nijmegen (validé).

Items 13 — 14 → Gastro-entérologue

Syndrome de l'intestin irritable (SII) possible — désormais classé comme un **désordre de l'axe cerveau-intestin** dans la nomenclature de Rome IV. **Outils** : critères de Rome IV, échelle de Bristol (consistance des selles).

Item 15 → Endocrinologue

Une **pathologie thyroïdienne** (hyper ou hypothyroïdie) ou un autre **trouble endocrinien** est possible — même si le bilan thyroïdien initial était limite ou normal. **Examens** : bilan hormonal approfondi, échographie thyroïdienne si nécessaire.

Sources : SFCardio item 237 ; Manuel MSD ; FMC-HGE Rome IV ; Sciencedirect, Phénomènes transitoires épileptiques (2026) ; Ameli.fr.

MOT DE LA FIN — PRÉPARATION

Préparer votre consultation médicale

Trois points clés pour gagner du temps et ne rien oublier.

1. Décrire précisément vos symptômes

Pour chaque symptôme, notez :

- **Nature** — qu'est-ce que je ressens exactement ?
- **Intensité** — sur une échelle de 0 à 10
- **Fréquence** — combien de fois par jour, par semaine ?
- **Ancienneté** — depuis quand ?
- **Contexte** — qu'est-ce qui les déclenche, les soulage ?

2. Apporter les documents utiles

- **Vos derniers bilans** (sang, radios, comptes-rendus, ECG...) — du plus récent au plus ancien
- **Liste de vos traitements actuels** avec posologie
- **Vos antécédents personnels et familiaux** (thyroïde, cœur, neuro, psy)

3. Préparer 2 à 3 questions essentielles

Par exemple :

- Mes symptômes peuvent-ils avoir une **cause corporelle** ?
- Pouvez-vous me prescrire le **bilan biologique de base** (page 2 de ce document) ?
- Selon mes réponses au questionnaire, **quel spécialiste** me conseillez-vous ?

Sources : Harmonie Santé.

POUR ALLER PLUS LOIN

Ce que la voix intérieure fait à la peur

Quatre mécanismes cliniques qui prolongent et aggravent la peur des autres.

Au-delà de la situation sociale elle-même

Au fil de cet ebook, une distinction s'est précisée : la peur des autres ne se réduit pas à ce qui se passe pendant la situation sociale elle-même. La recherche clinique a identifié, depuis le modèle cognitif de référence de **Clark et Wells (1995)**, plusieurs mécanismes intérieurs qui **maintiennent, aggravent et prolongent** la peur — bien au-delà du moment redouté.

L'auto-observation centrée sur soi

Pendant l'interaction, la personne ne se concentre pas sur son interlocuteur, mais sur **elle-même** — sur ses sensations internes (cœur qui bat, mains moites, voix qui tremble) et sur l'image qu'elle pense renvoyer aux autres. Elle devient son **propre spectateur critique**.

Cette auto-observation consomme une telle énergie cognitive qu'elle finit par **dégrader réellement la performance sociale** — confirmant alors les craintes initiales. C'est un cercle qui s'auto-entretient : plus la personne se surveille, moins elle est disponible pour l'échange ; moins l'échange réussit, plus la prochaine fois elle se surveillera.

Le traitement post-événementiel

Après l'interaction, un autre mécanisme s'enclenche : **repasser en boucle** la conversation, se focaliser exclusivement sur les détails négatifs ou les silences, les interpréter comme des échecs. C'est ce que les cliniciens nomment le **traitement post-événementiel** (post-event processing).

La souffrance se prolonge ainsi bien au-delà du moment social — parfois pendant des heures, des jours. La situation est finie, mais la voix intérieure, elle, continue son travail.

Sources : Clark, D. M. & Wells, A. (1995), A cognitive model of social phobia ; Bögels & Mansell (2004), Self-focused attention in social phobia and social anxiety.

POUR ALLER PLUS LOIN

Enquêter sur son ennemi intérieur

Une voix qui, sur le long terme, renforce et maintient la peur.

La rumination, et ce qu'elle installe sur le long terme

Auto-observation pendant l'interaction, traitement post-événementiel après : ces deux mécanismes nourrissent la **rumination** — terme clinique pour cette voix intérieure qui tourne en boucle, qui dévalorise, qui ressasse.

Quand ces processus s'installent dans la durée, ils **renforcent** la peur, la **maintiennent**, et **enferment** la personne dans leur emprise. Sur le long terme, ils deviennent **invalidants** — c'est le terme employé en clinique pour qualifier ce qui empêche réellement de fonctionner.

C'est ce que cet ebook nomme l'**ennemi intérieur** : la voix qui, à force d'observer, de juger et de ressasser, devient un **mécanisme central de maintien** de la peur.

La Thérapie Positive MIGS

Mon approche est la **Thérapie Positive MIGS** — une méthode intégrative canadienne qui travaille simultanément sur cinq dimensions : le **corps**, les **émotions**, l'**intellect**, le **relationnel**, le **spirituel**. Là où une thérapie classique passe essentiellement par la parole, mon protocole mobilise aussi le corps — on respire, on écrit, on dessine, on frappe, on marche.

Il n'y a pas de nombre de séances prédéfini. Les premières séances permettent de faire le point et de définir ensemble une **direction**, pas un programme rigide.

Mon objectif est de vous aider à enquêter sur votre ennemi intérieur et à le neutraliser, pour y installer votre propre pensée — voix — bienveillante, ferme et douce.

Pour me contacter

Cabinet — 1 Rue du Guesclin, 44000 Nantes

Modalités — cabinet, visio, ou domicile

Téléphone — 07 63 40 30 08

Site et formulaire de contact — muriel-pelas.fr/contact