

Distorsions cognitives et attaques de panique**Cognitive distortions and panic attacks**

Reçu le: 10/01/2026

Accepté le:11/05/2026

Publication le : 30/04/2026

Bellar Meriem¹ , Elmechta Douniazed Linda²

¹ Université de Constantine2, Algérie, **Email** : meriem.bellar@univ-constantine2.dz, <https://orcid.org/0009-0005-2449-1857>

² Université de Constantine2, Algérie,

Email : douniazedlinda.elmechta@univ-constantine2.dz

Résumé:

L'objectif principal de cette recherche est d'explorer les distorsions cognitives qui anticipent l'apparition des attaques de panique.

Par le biais de l'étude d'un seul cas clinique on a fait appel à plusieurs techniques de collecte de données (l'entretien et l'observation cliniques, l'inventaire de dépression de Beck et l'analyse fonctionnelle basée sur la grille SECCA).

L'analyse du contenu montre l'existence des distorsions cognitives de plusieurs types (dramatisation, focalisation sur le négatif, raisonnement émotif, règles rigides, personnalisation, erreurs d'étiquetage, ...) anticipant l'apparition des attaques de panique.

Mots clefs: attaques de panique, distorsions cognitives, étude de cas, analyse fonctionnelle, analyse du contenu,

Auteur correspondant: Bellar Meriem, **Email:** meriem.bellar@univ-constantine2.dz

Abstract:

Based on the discourse analysis of a single clinical case we tried to explore the cognitive distortions that anticipate the onset of panic attacks, several data collection and analysis techniques were used, including clinical interview, clinical observation, Beck Depression Inventory and functional analysis based on the SECCA grid.

Content analysis shows the existence of cognitive distortions (such as dramatization, negative focus, emotional reasoning, rigid rules, personalization, labeling errors, overgeneralizations, hasty conclusions, low frustration tolerance) anticipating the onset of panic attacks.

Mots clés: panic attacks, Cognitive distortions, case study, functional analysis, discourse analysis

1. INTRODUCTION

La peur est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue, alors que l'anxiété est l'anticipation d'une menace future. Manifestement, ces deux états se chevauchent mais ils diffèrent également ; la peur étant plus souvent associée à des poussées d'hyperactivité neurovégétative nécessaires pour fuir ou combattre, évaluer le danger immédiat et permettre les conduites d'échappement, et l'anxiété étant plus souvent associée à une tension musculaire et une vigilance dans la préparation au danger futur et à des conduites de prudence ou d'évitement. Parfois, le niveau de peur ou d'anxiété est réduit par des comportements d'évitement envahissants. (DSM V)

Les attaques de panique constituent un type particulier de réponse à la peur dans les troubles anxieux. Elles ne se limitent pas aux troubles anxieux mais peuvent être également observées dans d'autres troubles mentaux.

Les attaques de panique sont l'un des motifs de consultation les plus répondus en pratique clinique : la souffrance et le handicap qu'elles entraînent en font un réel problème de santé publique. (*Servan. 2001*). Ces manifestations anxieuses parfois très intenses sont à l'origine d'une souffrance considérable à la fois psychologique et somatique, elles touchent une large frange de la population à travers le monde ; selon le *DSM V* la prévalence des attaques de panique sur 12 mois aux États-Unis est de 11,2 % chez les adultes ; Des estimations plus basses de la prévalence sur 12 mois pour les pays européens vont de 2,7 à 3,3 %. On estime que les attaques de panique sont très fréquentes (une personne sur vingt en fera au cours sa vie prévalence vie entière : 35%).

Il s'agit d'un tableau clinique fréquemment rencontré dans les services d'urgence, compte tenu des symptômes physiques qui peuvent faire évoquer une urgence non-psychiatrique médicale ou chirurgicale. Le terrain le plus fréquent est l'adulte jeune avec une prédominance féminine (le sex-ratio est deux femmes pour un homme). (*Amad,Alexis, 2021*)

Des chiffres assez alarmants, notamment en prenant en considération les impacts conséquents autant sur le plan individuel que sur la collectivité.

Selon le *DSM 5* une attaque de panique est une montée soudaine de peur intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, accompagnée de symptômes physiques et/ou cognitifs. Lors d'une crise plusieurs symptômes apparaissent, qui sont parfois si importants et si intenses qu'ils peuvent évoquer une crise cardiaque, suite à une décharge adrénérergique très importante. Les attaques de panique peuvent être retrouvées dans le contexte de n'importe quel trouble anxieux ou trouble mental (troubles de l'humeur, troubles liés à une substance) et de certaines affections médicales générales (cardiaque, respiratoire, vestibulaire, gastro-intestinale).

La recrudescence des attaques de panique peut donner naissance à un trouble panique individualisé, ce qui constitue une évolution prévisible en absence d'une bonne prise en charge.

D'après Cottraux (2001), de chaque problème psychologique découle un système de croyances particulier qui filtre et déforme l'information provenant de l'environnement, chaque trouble émotionnel peut être caractérisé par un contenu cognitif spécifique. De même pour Beck, dont les études ont porté une attention particulière à la dépression, qui la fait relier à certaines distorsions cognitives spécifiques (la triade de Beck). (Antonie et al.2007)

Plusieurs travaux portés sur le thème des attaques de panique, ont tenté d'émettre des hypothèses étiologiques et sont arrivés à conclure à la théorie la plus probable dans leur genèse qui repose sur l'interaction des facteurs biologiques, psychologiques et socio--culturels.

Dans son ouvrage « Attaques de panique et agoraphobie » ; Dominique Servant (2001) a démontré que les attaques de paniques sont le résultat des facteurs psychologiques ; émotionnels associés aux distorsions cognitives et désordres biologiques. (Servan.2001)

Les distorsions cognitives peuvent être définies comme un traitement incorrect de l'information, qui nous amènent à une vision approximative, déformée, voire totalement inexacte du monde. Elles se manifestent habituellement lorsque nos émotions sont sollicitées et donnent un visage faux de la réalité. (Rempp ; C. 2012)

Ce sont le produit de schémas cognitifs problématiques ; des croyances qui s'agglomèrent ensemble et forment un schéma cognitif, qui sert à prévoir chez autrui une séquence de comportements correspondant à une circonstance particulière. (Vanderstukken O, et al. 2015)

En partant d'une ou plusieurs croyances erronées, le patient ayant une prédisposition biologique surajoutée aux facteurs environnementaux fragilisant, formera son propre schéma cognitif dictant ses affects et ses comportements. De ce fait une crise de panique est un cercle vicieux, où les symptômes d'origine cognitive et les symptômes physiques s'aggravent mutuellement.

Nos schémas de pensée qui sont en évolution continue tout au long de notre existence, sont très sensibles à cette composante

socio-culturelle, dont la contribution reste indéniable dans la formation et l'évolution du trouble.

Dans cette recherche nous allons tenter à explorer les types de distorsions cognitives qui anticipent l'apparition des attaques de panique.

2. Méthodologie de collecte de données

La recherche scientifique académique repose sur le recours systématique à des méthodes et procédures spécifiques pour obtenir des informations ou pour révéler les relations entre les variables. (Friedrich-Ebert-Stiftung 2016).

Ne pas trouver les moyens nécessaires pour réaliser une recherche scientifiques est-en quelques sortes- acceptable, mais trahir l'objet de recherche, le modèle théorique et méthodologique est impardonnable. (Moliner, Rateau, & Cohen-Scali, 2002)

Pour mener à bien ce travail, nous avons suivi une méthodologie de recherche de type clinique ; par le biais de l'étude d'un seul cas clinique, qui a recours aux techniques qualitatives, nous avons recueilli les données via plusieurs outils qui sont :

2.1 L'entretien clinique guidé de recherche (semi directif)

Nous avons préparé un guide d'entretien qui contient quatre axes principaux, dont chacun regroupe un ensemble de questions sur le sujet :

- Axe N^o 01 : Présentation du cas : Genre, Prénom, Age, Profession, Niveau d'instruction, situation familiale, situation économique,

antécédents pathologiques (personnels et familiaux, médicaux, chirurgicaux et psychologiques)

- Axe N^o 02 : Biographie ou récit de vie du patient.
- Axe N^o 03 : Histoire de la souffrance des attaques de panique et fréquence.
- Axe N^o 04 : ici nous avons visé à connaître le sujet en question ; les attaques de paniques ; le sens de ce phénomène selon le cas clinique, sa nature, ses causes, ses conséquences, nous avons essayé de poser quelques questions dans le sujet comme par exemple : qu'est ce qui anticipe les attaques de paniques chez vous ? est-ce que les idées précèdent l'attaque ou les idées arrivent durant l'attaques ou après ? de quels types sont-elles ces idées ? pouvez-vous nous citer ces idées ? à la recherche de plus de détails et clarification.

2.2 L'observation clinique

Dans notre recherche l'observation a été basée principalement sur le « non-dit » du patient durant les entretiens : toutes les manifestations corporelles, grimasses, hypersudation, perturbation de la voix, perturbation des constantes hémodynamiques (tachypnée, tachycardie, ...), fixation du regard, état d'agitation générale...etc. Et surtout savoir remarquer les liens chronologiques entre ces différentes manifestations remarquables avec les différentes étapes de discours.

2.3 L'analyse fonctionnelle

Nous avons utilisé la grille SECCA, qui est bien adaptée aux problèmes anxieux, l'entretien clinique a permis d'identifier avec

la patiente la liste des comportements qui lui posent problème sur laquelle une analyse fonctionnelle a été réalisée.

2.4 l'application du test de dépression de Beck (BDI-II)

Le choix de ce test (Inventaire de Dépression d'Aron Beck « BDI-II »/ Beck Depression Inventory) (Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al..1961) a été fait suite à l'orientation diagnostique du cas clinique étudié. Objectif du test : L'outil permet une estimation quantitative de l'intensité des sentiments dépressifs. Il comporte 21 items de symptômes et d'attitudes (il existe une version courte comprenant 13 items), qui décrivent une manifestation comportementale spécifique de la dépression, gradués de 0 à 3 par une série de 4 énoncés reflétant le degré de gravité du symptôme. Il existe trois versions de cet inventaire : l'original, publié pour la première fois en 1961, puis révisé en 1978 sous le nom de IDB-1A, et l'IDB-II, publié en 1996.

- Type d'évaluation : Auto-Evaluation
- Nombre d'items : 21 (voir l'annexe.1)
- Temps de passation : Environ 10 minutes
- Auteur(s) : Beck et al., 1961 / Beck et al., 1998 (BDI-II)
- Traduction / adaptation en français : P. Bourque & D. Beaudette, 1982.
- Analyse des scores :
- 0–9 : indique une dépression mineure ;

- 10–18 : indique une légère dépression ;
- 19–29 : indique une dépression modérée ;
- 30–63 : indique une dépression sévère ;

3. Résultats

3.1 Présentation du cas :

Il s'agit de la patiente A G, âgée de 56 ans, veuve depuis un an, vivant dans une région rurale à Elkhroub (Wilaya de Constantine). Elle subvient à ses besoins grâce à la pension de son défunt mari en plus des revenus irréguliers de la couture qu'elle pratique à domicile. La patiente n'a pas eu d'enfants biologiques mais elle a élevé une fille adoptive qui est mariée et vivant à l'étranger.

Mme A G arrive le jour de la première consultation au cabinet médical spécialisé de psychiatrie de bon matin (avant même l'ouverture du cabinet) sans avoir pris de rendez-vous préalable, elle a appris par le biais d'une connaissance que DR Benhamoud¹ traite des cas présentant des attaques de panique (cette personne avait accompagné son mari lors de ses consultations au cabinet depuis plus d'un an pour une démence précoce).

La patiente se présentant en consultation médicale consciente de son problème (les attaques de panique), elle affirme son besoin d'avoir une aide pour se débarrasser de ses attaques de paniques (qui s'aggravent de plus en plus) s'exprimant pourtant avec beaucoup de réserve.

C'est une personne introvertie ne verbalisant pas beaucoup son ressenti et son vécu, d'où un discours pauvre dans sa globalité marqué par des pauses et parfois des pleurs.

Elle a bénéficié d'une prescription médicale lors de sa première consultation (un anxiolytique associé à un antidépresseur).

¹ Médecin psychiatre libérale.

La deuxième consultation a eu lieu un mois après, le psychiatre a noté une bonne observance au traitement d'où une nette amélioration des symptômes et de l'état général de la patiente. A partir de la troisième séance elle a pu entamer un traitement cognitivo-comportemental.

Résumé de l'entretien

Ce sont les attaques de paniques récurrentes qui ont amené Mm A G à consulter chez Dr Benhamoud. Évoluant depuis un an, elle n'a jamais consulté au paravent chez un psychiatre ni psychologue. Rapportant le fait qu'elle est partie faire la « Rokia »² chez un « Cheikh »³ à deux reprises, ce qui l'avait soulagé un peu les jours suivants, puis l'anxiété et les attaques de paniques ont réapparu de façon plus importante.

La patiente vit seule depuis le mariage de sa fille il y a trois mois. C'est une femme assez pieuse, souffrant de plusieurs manifestations somatiques d'où la multitude des consultations médicales.

L'histoire de la maladie

– Les antécédents personnels :

La patiente a eu une vie conjugale assez calme pendant presque trois décennies, et ceux malgré l'absence d'enfants issus de ce mariage. Elle a une bonne relation avec sa fille adoptive.

Le début des symptômes remonte à un an, faisant suite à une période de deuil difficile car elle avait perdu sa mère puis son mari à quelques mois d'intervalle. La dernière attaque de panique date de 3 jours.

La patiente rapporte le fait d'avoir souffert de problèmes de santé depuis longtemps (surtout des manifestations digestives à type d'épigastralgie et de colopathie et cardiovasculaire à type de palpitations, oppression thoracique, des pics de tension). De ce fait

² Méthode traditionnelle religieuse consiste à la lecture de versets coraniques au profit du croyant malade, elle est basée principalement sur le spirituel du malade. Ça donne de bons résultats proportionnellement de la profondeur et de la puissance des croyances du malade.

³ Le praticien de la « Rokia ».

elle a bénéficié de plusieurs consultations médicales, examens biologiques et radiologiques qui sont revenus négatifs et sans particularité.

Lors de sa première consultation, la patiente rapporte la notion de perte de poids, insomnie, difficultés à déglutir, ces manifestations somatiques sont accompagnées par des manifestations psychologiques : anxiété presque permanente, peur de mourir et de devenir folle.

Notons une anxiété très importante avec une amertume profonde faisant penser à une dépression réactionnelle qui est due à la perte des êtres les plus chers à ses yeux (sa mère et son mari qui sont décédés, ainsi que sa fille qui s'est mariée avec un égyptien et qui est partie le rejoindre dans son pays). La patiente rapporte que l'idée de rester seule l'angoisse énormément.

– **Les antécédents familiaux :**

La patiente a une tante paternelle qui s'est suicidée, elle a vécu seule dans la maison familiale après la mort de ses vieux parents.

– **L'évolution des symptômes :**

Depuis la première crise qui a eu lieu après les des funérailles de son défunt époux, (depuis un an d'environ) Mme A G a traversé une période de chagrin très douloureuse, au début elle tenait le coup car elle était accompagnée par sa fille qu'elle décrit comment forte de personnalité (ma fille n'est pas comme moi, elle fait mieux face aux problèmes que moi), (je me suis retenue pour elle, pour la préserver). La patiente présente un profil psychosomatique avant même la mort de sa mère (avec laquelle elle avait de très bons rapport).elle avait consulté plusieurs fois chez plusieurs médecins pour divers manifestations somatiques de type digestif, et ou cardiaque dont les investigations ont retenu l'origine fonctionnelle (et non organique).

Des idées de peur de la solitude non extériorisées (non verbalisés) ont commencé à se construire à l'approche de la date du mariage de sa fille (cella était fixée avant la mort de son père) ; cette peur qui

constitue une pression émotionnelle négative énorme est en train de s'accroître avec le temps aggravant son état anxio-dépressif.

Après le mariage de sa fille qui date de trois mois, Mme AG a vu une exacerbation de ces affects négatifs et accroissement de la fréquence de ses attaques de paniques. Elle rapporte le souvenir d'une attaque assez violente qui a eu lieu la première nuit passée toute seule juste après le voyage de sa fille adoptive.

On note une focalisation de toutes ses pensées sur le fait qu'elle va mourir toute seule.

3.2 L'analyse fonctionnelle

3.2.1 L'application de la Grille « SECCA » (Situation, Emotion, Cognition, Comportement, Anticipation) ; synchronie

– Anticipation

Il s'agit surtout d'idées anticipatoires ; « J'ai peur de mourir seule étouffée et qu'on ne découvre pas ma mort »

– Situation

Nous avons travaillé sur la situation suivante :

L'anxiété qui monte crescendo avant d'avoir une attaque de panique lors des moments de solitude et surtout quand la patiente n'a plus d'occupation après avoir terminé ses tâches ménagères, quand elle n'a plus de commande de couture et ne reçoit plus de visite de ses voisins.

- Quand ? Surtout le soir au moment du coucher de soleil.
 - Avec qui ? Surtout quand elle est seule. la compagnie d'autre personne quelle qu'elle soit semblerait avoir un effet protecteur contre ces attaques de panique.
 - Combien de temps ? Les crises durent environ 3 à 8 minutes.
 - L'intensité : L'intensité de ces crises est maximale au début (cotée à 9 sur une échelle de 10), puis l'intensité de l'angoisse diminue progressivement pendant la crise, pour se stabiliser à un niveau de 4 dans la journée qui suit l'attaque de panique. Cotée à 9/10 au début de la crise et diminuant à 6 /10
- Emotions, sensations physiques

- Sur le plan psychologique : Sensation de mort éminente et peur de mourir .avoir l'impression d'être sur le point de s'évanouir,
- Sur le plan somatique : Les principaux symptômes ressentis pendant la dernière attaque de panique ont été cité précédemment à savoir sensation d'étouffement, une oppression thoracique, une accélération du rythme cardiaque, de fortes douleurs digestives, fourmillements des extrémités
- **Cognitions**
« je dois me trouver quoi faire toute la journée pour ne pas penser à mon chagrin, quand je réfléchis trop l'anxiété monte et je finis par avoir une crise».
« le soir je vais lire le coran et faire la prière jusqu'à ce que je m'épuise et je dorme ».
- **Imagerie** : La patiente se voit « allongée au sol, seule et mourir étouffée».
- **La signification personnelle** : « Je ne veux pas mourir », « J'ai envie de faire encore du bien autour de moi ».
- **Comportements ouverts** : S'occuper au maximum le jour comme la nuit, ne pas éteindre la lumière le soir.

Conséquences pour la patiente

Épuisement physique et morale, dépression réactionnelle, accentuation de la somatisation avec asthénie, insomnie et perte importante de poids.

3.2.2 L'application de la Grille SECCA ; diachronie

Données structurales possibles

– Génétique

Une tante paternelle qui s'est suicidée.

– Personnalité

Mme A G est à l'origine une personne introvertie et dépendante de son mari, qui se trouve du jour au lendemain seule, abandonnée par tous ceux qui lui sont chers. Tenant le coup avec de grands efforts jusqu'au mariage de sa fille bien aimée, elle lui cachait le fait de souffrir de ces crises et elle le lui cache jusqu'à ce jour, c'est une mère



hyper protectrice et dévouée. Sans oublier sa bienveillance envers tout le monde, même les inconnus, elle rattache ces traits de personnalité à son éducatons et à ses parents. Elle n’a pas pu supporter la solitude tout en ayant de la culpabilité par rapport à sa situation.

– **Facteurs historiques de maintien possibles**

La patiente a toujours pris l’habitude d’intérioriser ses sentiments, de prendre sur elle, de faire des concessions de les garder pour elle fin de ne pas déranger les autres, de ne pas exprimer ses désirs et elle a fini par ne pas en avoir.

– **Facteurs de stress actuels**

La solitude.

– **Facteurs actuels de maintien du problème**

L’évitement des situations la confrontant à ses angoisses surtout la nuit et le temps libre.

– **Facteurs déclencheurs initiaux invoqués**

La première attaque de panique avait explosé soudainement sans signes prémonitoires, à l’occasion de la mort de son mari. C’était pour elle un évènement traumatique et inattendu suite à un accident de la circulation, surtout qu’elle n’a pas encore fait le deuil de sa mère.

– **Facteurs précipitants les troubles**

Le départ de son unique fille.

3.3 Passation du test BDI-II

L’auto-évaluation par le **BDI-II** a fait ressortir le résultat suivant:

- Un score totale de : 28 dans l’intervalle référentiel 19–29 : qui indique une dépression modérée.

Ci suit le tableau 1 qui présente les réponses de Mme AG.

Tableau 1. Les résultats de passation du test BDI-II à Mme AG

Item	cotation	Item	Cotation	Item	Cotation	Résultat
1	3	8	1	15	0	
2	2	9	0	16	1	

3	0	10	1	17	1	
4	2	11	2	18	1	28
5	0	12	1	19	3	
6	1	13	1	20	1	
7	1	14	3	21	3	

Source : Bellar & Elmechta, 2026

4. Discussion

4.1 Orientation diagnostique

Selon le DSM-V, les attaques de panique correspondent à une période bien délimitée de peur ou de malaise intense, durant laquelle au moins quatre symptômes sont définis de façon brutale en moins de dix minutes. Parmi ces symptômes, Mm A G présentait lors de sa dernière crise : L'impression d'étouffement, une oppression thoracique, tachycardie, des épigastralgies intenses, sensation d'être sur le point de s'évanouir, peur de mourir, fourmillements des extrémités.

Mme AG qui a perdu des personnes chères et très proches (décès de sa mère et de son époux, éloignement de sa fille unique suite à son mariage à l'étranger) semble triste, avec des yeux larmoyants, un contact visuel pauvre, un manque d'expressivité faciale et même verbale avec une voix basse entrecoupée de larmes chaudes. Une notion de diminution de l'appétit associée par une perte importante de poids (+ de 15 kg ce qui représente plus de 25% de son poids précédent), et des pensées négatives du future. Avec un score de « IDB-II » qui signifie une dépression modérée. Tout cela nous a conduit à penser au diagnostic de « dépression », mais avec un tableau clinique non accompli ! Cependant, les termes « humeur

dépressif », « tristesse », « démoralisation » et « chagrin » semblent plus appropriés pour décrire un tel cas.

On retient donc pour ce cas le diagnostic selon le DSM-V des **attaques de panique**.

4.2 Interprétation

La patiente présente des signes d'anxiété majeure précédant l'attaque de panique, elle peut se manifester à chaque fois qu'elle est confrontée à l'idée de se retrouver seule face à ses chagrins. Il est à noter chez elle des affects dépressifs pouvant aller jusqu'à une dépression modérée : elle évoque un sentiment d'épuisement, elle n'a plus la force de développer toutes les stratégies mises en œuvre pour dominer le problème.

A une dimension somatique la patiente présentait beaucoup de manifestations somatiques avant même la mort de ses proches ce qui nous pousse à penser à un fonctionnement psycho somatique.

La cognition fréquente qui anticipe l'apparition de ses crises de panique vient de sa peur de mourir seule. Cette situation qui s'est développée par la suite à une peur de l'attaque de panique en elle-même. Nous pouvons relever chez elle, l'importance de ses distorsions cognitives angoissantes qui l'ont épuisé sur les deux plans : physique et psychique.

On peut lire très clairement à travers le discours de Mme AG que les idées principales (Voir annexe N° 01 qui représente les distorsions cognitives relevées des idées principales du discours de Mme AG) sont classées comme suit :

- 13 % des idées de Mme AG sont classées comme des pensées plus ou moins normales, mais à retenir que ces idées sont associées à une importante charge émotionnelle négative.
- 87 % des idées principales de Mme A G sont classées comme des distorsions cognitives de type :

- **Dramatisation**

On constate dans le cas présent une exagération des affectes chez notre patiente, et celle touche tout ce qui concerne les craintes de la mort non fondées donc irrationnelles et surtout la peur de mourir seule. Le point de départ reste l'imagination avec création de mise en scène d'une mort misérable dans le silence de la nuit, ce silence qui l'effraie tellement.

Mm A G invente des scénarios au tour du thème de sa mort; des fois elle se voit seule étouffée morte par suffocation, parfois allongée par même sur le sol, en gémissant, parfois à cause d'un pic de tension parfois baignant dans une hypersudation causée par des douleurs abdominales déchirantes souffrant toute seule jusqu'à l'agonie et la mort sans que personne ne vienne à son secours.

Parfois ses pensées sont parasitées par des souvenirs pouvant aller jusqu'à l'enfance en ravivant des traumatismes dont certains ont pu laisser des traces indélébiles en elle. On constate la réactivation des émotions négatives liées à sa stérilité et à ses faux espoirs d'avoir des enfants biologiques, ce qui est suggéré par le refus de mourir seule avec des sentiments de culpabilité.

Derrière sa crainte de la mort se cache le sentiment de vouloir donner encore, peut-être de donner la vie dont elle n'a pas était capable, à défaut elle dit vouloir encore faire du bien comme elle en a fait toute sa vie. Elle veut juste être présente pour sa fille et être dans un état qui lui permet de l'aider si cette dernière en a besoin même en habitant loin, elle veut la rassurer comme toujours, ne pas l'inquiéter pour ne pas gâcher son bonheur, faisant illusion à vouloir assurer un soutien moral pour sa fille qui n'a personne d'autre. En même temps elle refuse d'informer sa fille de ses attaques de panique et de sa démarche de demande de l'aide du psychiatre dans l'idée de la protéger et de la préserver au maximum.

Elle veut protéger sa fille qu'elle décrit comme forte tout en refusant de la mettre au courant de ses souffrances à elle, pourtant ces derniers sont réelles et inquiétantes et nécessitant de l'aide. Le développement des pensées irrationnelles en ce qui concerne la surprotection et la maternisation de sa fille pourtant adulte responsable et supposée être plus forte que sa mère.

De ce fait elle se fixe des règles rigides « je dois vivre, il faut que je vive plus ! Je veux vivre encore », « ma fille ne doit pas souffrir de la perte de sa mère, elle est adoptive et elle n'a personne à part moi ».

En retient donc les mécanismes de dramatisation, de culpabilisation injustifiée par rapport et son mal être avec rigidité des idées.

- **Focalisation sur le négatif**

Mme A G se focalise sur l'idée qu'elle va mourir seule, en absence de tout problème de santé organique. Malgré toutes les démarches faites dans ce sens et qui sont revenues négatives et n'ont abouti à aucun soulagement psychique.

La construction d'idée erronée qui sera nourrie par ses maux de santé d'ordre fonctionnel (pourtant présents soulignant une forte composante psychosomatique), ces idées erronées se sont incrustées au plus profond de son esprit, elles sont à l'origine d'émotions négatives ; les pensées et les affectes négatives s'influencent respectivement ce qui va les nourrir et les renforcer mutuellement.

Cette idée l'obsède tellement qu'elle s'efforce d'occuper tout son temps, surtout en présence de pensées anticipatoires craignant ces crises de panique notamment durant la nuit.

- **Raisonnement émotif**

Notre patiente pense que la seule façon qui va lui permettre d'échapper à ses idées irrationnelles, est d'occuper son temps à plein pour ne plus en avoir une seconde, ce qui finit par l'épuiser physiquement et moralement.

En absence du réconfort venant de l'extérieur la patiente gère sa situation comme elle peut le jour, mais la nuit elle se trouve dépassée et submergée par ses pensées négatives et confrontée à ses affectes qui naissent de idées irrationnelles. Etant dans l'incapacité de les changer elle essaye de les inhiber et les ignorer en vain. Et c'est ce qui les renforce et donne naissance à de nouvelles crises nocturnes.

En effet Mme AG a tendance à se focaliser sur les expériences négatives du passé qui font surface à chaque fois qu'elle se retrouve seule face à ses chagrins et déceptions, à avoir une vision sombre du présent et de l'avenir accompagnée de charges émotionnelles négatives ce qui évoque une dépression réactionnelle, et qui active les

attaques de panique à chaque fois. « Quand je réfléchis trop aux événements l'anxiété monte d'un cran et je finis par avoir une crise ».

- **Règles rigides**

Mme A G a focalisée toutes ses pensées sur le fait de mourir seule, elle présente un refus total face à cette idée inventé par son esprit et en réponse à ces pertes d'êtres chers, ce qui active d'autres mécanismes visant à voiler cette idée sans pour autant parvenir à la supprimer.

Afin de confronter cette idée disproportionnée et de diminuer la charge émotionnelle négative qu'elle provoque surtout en mettant en scène les scénarios annexes elle a créé en contre addiction une autre idée rigide ; « elle ne doit pas mourir, elle veut vivre encore, sa fille ne doit pas la perdre » certains de ces propos évoquent la profonde déception de ne pas avoir eu d'autre enfants pour rester à ses côtés de ses moments difficiles. Ce paradoxe intellectuelle a provoqué la naissance d'une autre charge émotionnelle négative vue la non certitude de pouvoir assurer et réaliser ces obligations du passé, présent et future, au lieu que ça diminue un peu la première pression ça l'a renforcé. Malgré ses croyances religieuses, vu que c'est une femme pratiquante et faisant de son mieux pour se rapprocher de dieu, afin de retrouver un peu de réconfort et de sérénité, elle n'y parvient point.

- **Personnalisation**

La seule personne proche de Mme A G est bien sa fille qu'elle n'a jamais considéré comme adoptive mais comme sa propre et unique fille, avec laquelle elle peut faire des échanges sans toucher pour autant à son image aux yeux des autres. Néanmoins elle préfère ne rien lui dire par crainte que son bonheur soit gâché ! Elle évoque une culpabilité présumée si sa fille serait au courant des problèmes de sa mère ça va gâcher sa stabilité émotionnelle ce qui impacterait sa vie conjugale « donc elle serait malheureuse et seule à cause de moi ».

La patiente s'inflige une culpabilité sur culpabilité concernant des choses qui ne sont même pas arrivé, se prend pour responsable de la réaction de sa fille si elle découvre son état psychologique fragile teinté de chagrin, de tristesse, de souffrance et de solitude. Cette

distorsion a développé des peurs excessives et supplémentaires à la charge psychologique dont notre patiente souffre déjà.

- **Erreurs d'étiquetage**

Vu son épuisement lié à la fréquence des attaques de panique dont notre patiente souffre depuis plus de trois mois, Mme A G a perdu la confiance en soi, elle ne croit plus en sa force interne et en ses capacités à faire face pour s'en sortir, elle s'est étiquetée de faible et impuissante femme, abandonnée par tous ;malgré son apparence s'efforçant de maquiller de force et de faux calme .

Elle pense qu'elle ne va pas s'en sortir, ce qui puise ses fonds énergétiques et mine sa motivation, surtout après l'échec de la pratique de la « Rokia », cette pratique très répandue dans notre société depuis les années 80 (beaucoup plus) avec l'émergence des courants islamiques, les algériens voient en la récitation de versé de coran par un « Imame » ou un connaisseur en matière de religion la solution miraculeuse à tout problème qu'il soit organique ou psychique ;notant une amélioration immédiate de certains symptômes, vu le soulagement psychologique instantané ressemblant à celui ressenti après une séance de psychothérapie ou même meilleur dans plusieurs situations, Puis la réapparition de tous les maux vu qu'aucun problème n'a était résolu de racine ! C'était juste une période d'accalmie assez soutenue chez les personnes de nature suggestible .Notre patiente se culpabilise même par rapport à l'inefficacité de la « Rokia » face à ses problèmes malgré ses efforts pour se rapprocher de Dieu !

- **Des conclusions hâtives de type Erreurs de prévision et pensées catastrophiques**

Elle a peur de ce que le future lui cache, elle craint le pire .Mm A G vit dans l'anticipation négative, s'épouvantant chaque jour par des scénarios dramatiques, imaginaires. Elle sait que ce n'est pas réel mais malheureusement ses idées sont tellement ancrées en elle depuis des mois qu'elle ne parvient plus à s'en échapper, elle adopte une autre idée : « je ne peux pas m'en sortir », « je ne vais pas guérir ». Ce qui a renforcé la charge émotionnelle négative et a créé des résistances énormes et une faible coopération à la prise en charge psychologique nécessaire à l'arrêt progressif du traitement médical car celui-là ne pas être pris à vie .

- **Faible tolérance à la frustration**

Mme A G paraît affaiblie par ses charges émotionnelles négatives résultants de ses idées dysfonctionnelles, cet épuisement a conduit la patiente vers une perte de confiance en soi, avec une claire diminution d'estime de soi, ce qui a abouti à une faible tolérance à la frustration ; elle déclare qu'elle ne peut plus tolérer ses crises.

4.3 Discussion

Les attaques de panique peuvent survenir dans le cadre de plusieurs troubles anxieux (le trouble panique, la phobie sociale, la phobie spécifique, l'état de stress post-traumatique, l'état de stress aigu ...etc.). (Scantamburlo & Ansseau. 2004)

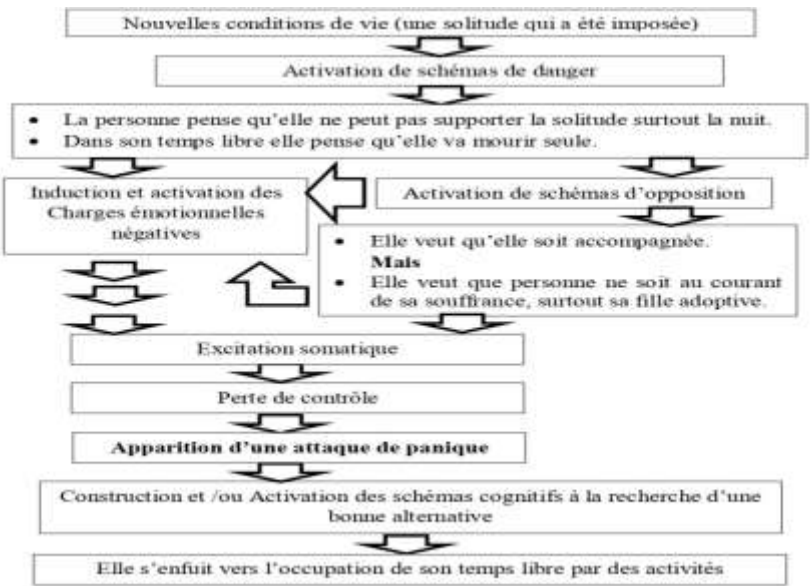
Il existe trois types caractéristiques d'attaques de panique : (Scantamburlo & Ansseau. 2004)

- les attaques de paniques inattendues (non induites) ; survenant spontanément, "à l'improviste";
- les attaques de panique situationnellement liées (induites) ; qui surviennent presque invariablement immédiatement lors de l'exposition à une situation déclenchante ou de son anticipation (par exemple voir un serpent ou un chien déclenche toujours une attaque de panique immédiate);
- les attaques de panique favorisées par des situations ; qui surviennent le plus souvent lors d'une situation inductrice, mais ne sont pas de manière invariable associée avec le stimulus et n'apparaissent pas nécessairement après l'exposition (par exemple, les attaques de panique surviennent lors de la conduite d'un véhicule).

Bien que les attaques de panique soient d'apparition spontanée chez notre cas cliniques étudié dans le cadre de cette recherche, on a vu qu'il est judicieux de les classer dans la troisième catégorie plutôt que la première ; en les considérant comme « des attaques de panique favorisées par des situations ». On s'est basée sur les arguments suivants :

Les attaques de panique de Mme AG apparaissent spontanément et sans cause apparente, mais en réalité ce sont le produit de pensées dysfonctionnelles induites par le fait de penser à la peur de mourir seule. La **Fig1** présente un plan explicatif et qui montre le processus de l'apparition d'une attaque de panique chez Mme AG.

Fig.1. processus d'apparition d'une attaque de panique chez Mme AG



Source: Bellar & Elmechta, 2026

Le facteur provoquant l'apparition des attaques de panique chez notre cas clinique c'est la phobie/ la peur ; la peur de la nuit, la peur de la solitude, la peur de mourir seule et la peur de l'attaque de panique en elle-même.

Donc on peut dire que ça correspond aux études précédentes qui ont prouvé que « les attaques de panique peuvent aussi survenir dans la phobie spécifique ou la phobie sociale » (Scantamburlo & Anseau. 2004)

Revenant à la notion de la peur de l'attaque de panique elle-même qui s'est développée chez notre cas clinique;

Mme AG s'est trouvée occupée de multiple occupations ; faire d'activité physique (couture) et mentale (spirituel= lecture du coran et prière), juste pour s'en fuir et éviter de penser à ses crises de peur et de revivre encore la même chose.

Elle est passée de sa peur réelle et initiale qui est centrée sur le fait de rester seule et mourir seule, à un deuxième objet de peur : la peur de l'attaque de panique elle-même : « je ne peux plus tolérer ces crises » « j'ai peur de mourir seule étouffée ». Au début Mme AG avait peur de mourir seule, puisqu'elle vit désormais seule, mais après avoir vécu ses premières crises, elle a développé une autre peur ; c'est la peur de mourir étouffée suite aux crises de panique, qui sont à l'origine de manifestations somatiques très importantes notamment la dyspnée qu'elle perçoit comme une asphyxie menant à une mort éminente.

Selon l'approche cognitivo-comportementale des troubles anxieux, l'interprétation catastrophique de ses symptômes somatiques entraîne le patient dans un cercle vicieux. Le symptôme névrotique est un comportement appris et mal adapté. L'apport cognitiviste pose comme hypothèse relative au conditionnement le fait que, pour des raisons probablement d'origine cognitive, les différents symptômes somatiques ressentis par le patient font l'objet d'une interprétation catastrophique. Cette interprétation pathologique est source d'une anxiété qui, elle-même, va aggraver les symptômes somatiques et entraîne un cercle vicieux qui, par moments, peut culminer en un état de panique incoercible. (Eurotext ; J- L. 2007).

Selon le modèle cognitif tripartite du trouble panique et le modèle de l'attente de Reiss; Lorsque la sensibilité à l'anxiété est élevée et est associée à une faible auto-efficacité, l'individu peut réagir de manière excessive aux sensations corporelles et expérimenter une attaque de panique avec ou sans l'implication des interprétations catastrophiques. (Oussi & Bouvet. 2021)

Si l'individu interprète ces stimuli comme menaçants, il développe une anxiété anticipatoire. Ce qui déclenche des symptômes physiques caractéristiques (par exemple, palpitations) qui sont, à leur tour, interprétés catastrophiquement ("Je suis en train de faire une attaque de panique"). Cela va intensifier les sensations physiques, et le patient se trouvera dans un cercle vicieux qui conduira à l'attaque de panique. (Musa.2000)

Le sentiment d'auto-efficacité envers la panique comme un facteur additionnel de risque pour le trouble panique. Ce dernier reflète une croyance fondamentale sur la capacité à faire face aux symptômes de panique. Selon cette variante, l'auto-efficacité agit comme une variable médiatrice et peut influencer la menace perçue au début du cercle vicieux. Cependant, une telle efficacité personnelle peut également affecter directement à la fois les excitations physiologiques et les interprétations catastrophiques. Ainsi, l'influence de l'auto-efficacité serait de changer complètement les interprétations catastrophiques. Cela pourrait à son tour contribuer à la génération de nouvelles interprétations durables des sensations corporelles, créant finalement une suppression de ce cercle vicieux. (Oussi & Bouvet. 2021)

L'attaque de panique peut, selon Clark, être déclenchée par différents stimuli internes (pensées, images, sensations physiques) ou externes. (Musa.2000)

Ce modèle stipule que la panique est déclenchée par des sensations corporelles qui sont interprétées de façon catastrophique et disproportionnée comme menaçantes. Cette menace perçue conduit à percevoir davantage de sensations corporelles, surestimer la menace perçue, et le cycle est répété jusqu'à ce que l'appréhension augmente et génère la panique. Ainsi, il n'est pas nécessaire de postuler un dysfonctionnement biologique pour expliquer la provocation de la panique. Cependant, Clark a souligné que les facteurs biologiques ainsi que la condition médicale de la personne peuvent jouer un rôle dans les attaques de panique. (Oussi & Bouvet. 2021)

Selon le modèle du conditionnement classique, par la suite d'une vulnérabilité biologique et psychologique toute sensation physique

semblable à celles éprouvées lors des attaques de panique va provoquer la peur, il se produit donc un conditionnement par lequel les sensations physiologiques se trouvent associées à la réaction d'alarme et provoquent elles-mêmes et donc une nouvelle attaque de panique. (Musa.2000)

L'induction d'une attaque de panique généralement est physiologique par un stimulus extérieur réel; les attaques de panique situationnellement liées (induites),

Se sentant confronter un danger, le corps humain se voit dans l'obligation de déclencher ces réactions adrénurgiques immédiates afin de se protéger contre toute agression menaçant sa stabilité et son intégrité. Pour Mme AG le danger n'est pas réel mais plutôt fantasmagique.

La survenue d'une crise de panique spontanée et / ou favorisée est une épreuve vécue d'une manière très désagréable voire même insupportable par ses manifestations physiques bruyantes dont le point de départ est psychique. C'est une preuve inéluctable de l'existence de distorsions cognitives qui sont à l'origine de tout ce processus, ces schémas dysfonctionnels sont des stimulus qui poussent l'individu à réagir à travers l'expression corporelle et la souffrance émotionnelle.

Cependant nos pensées ne sont vraiment pleinement un acte que lorsqu'elles arrivent à s'incarner et s'imposer par des faits, que nous sommes capables de manier. Comme dit Leahy « La pensée n'existe que par ses actes ». (Leahy.02002)

Le cerveau humain ; cette créature majestueuse miraculeuse qui peut non seulement créer toute un nombre infini et indéfini de pensées et de schémas cognitifs fonctionnels comme dysfonctionnels, mais aussi de les associer à des émotions réelles, pleines de charge affectives positives comme négatives, en poussant le système nerveux autonome à y croire et puis à répondre.

« Rien ne nous trompe autant que notre jugement. » comme l'avait dit Léonard de Vinci un jour ; Mme AG se juge d'impuissante devant ses crises de panique et incapable de maîtriser ces situations qu'elle juge

dramatiques, Ce qui a créé chez elle un sentiment de tristesse énorme. Ces émotions négatives s'attachent aux idées dysfonctionnelles et créent un schéma de complémentarité (pensée-émotion) qui sera ancré et mémorisé et réutilisé comme un repère interprétatif ultérieurement.

Dans le modèle de Beek (1986), les réponses issues du processus de traitement de l'information guidé par les schémas peuvent être des pensées, des émotions ou des comportements. Activé par le stress causé par les événements négatifs de la vie, le schéma dysfonctionnel favorise un processus de traitement de l'information qui génère des réponses traduisant une certaine inadaptation de la personne à son environnement susceptible d'influencer le développement d'un épisode dépressif. (Vaillancourt ; M-E & Bouffard ; T. 2013)

Bower montrera que l'émotion que ressent un sujet influence les traitements cognitifs lors de la restitution d'une information, mais aussi lors de son encodage. Ces effets ont été nommés respectivement, effet de congruence et effet de dépendance et ne sont pas sans rappeler les suppositions de Bartlett sur les effets des schémas. C'est là l'un des aspects de la théorie de Bower (1981, 1987) qui permettrait d'ailleurs d'imaginer que les schémas, comme les proposent Beck soient organisés sous forme de réseaux sémantiques à teneur émotionnelle. (Lemaire. 2021)

La présence constante d'un taux de stress trop élevé, et d'une charge émotionnelle négative assez importante à gérer pour le cas de Mme AG lui pousse vers une perspective de recherche d'alternative acceptable pour combler tout son temps libre par des occupations physiques ou spirituelles (couture, travaux ménagers, lecture du coran et prière...). Cette tentative désespérée d'oublier ses souffrances et ses craintes en vain, malheureusement le problème est toujours là ! Forcer son esprit à éviter une pensée est désormais impossible. Cet acharnement restrictif va aboutir à multiplier les crises chez elle. Le fait de penser à ne pas penser à une chose ça va aboutir systématiquement à y penser et avec concentration ; ce qui a conduit Mme AG à développer par la suite une peur de sa peur d'avoir une attaque de panique par crainte de ne pas pouvoir gérer son stress et maîtriser ses crises.

Si les schémas sont utiles pour aider la personne à appréhender son environnement sans avoir à reformer constamment sa compréhension du monde, ils peuvent également être contraignants puisqu' ils sont réducteurs et déforment la réalité agissant tel un filtre opacifiant la vision. (Rusinek ; S. 2006)

Après avoir perdu sa maman, Mme AG a eu le soutien inconditionnel de son époux ainsi que celui de sa fille. Mais à cette période de deuil non achevée s'est ajoutée d'une façon brusque, une autre perte ; celle de son mari dans des conditions tragiques.

Notre patiente était sur le point de s'écouler, car c'était selon elle « comme deux coups de poignard qui se sont succéder, sans avoir eu le temps de soigner ses blessures » ; mais comme sa fille n'avait qu'elle, Mm AG n'avait guère le choix, elle devait être forte pour sa fille, elle devait la soutenir et être à ses côtés afin de finaliser les procédures du mariage (qui était déjà programmé avant la mort de son père).

D'un autre coté la présence de sa fille avec elle après le décès du mari l'a aidé à surmonter son chagrin. Cette épreuve pénible a créé des liens supplémentaires entre les deux femmes qui étaient déjà très proches l'une de l'autre depuis toujours.

Mme AG avait focalisé toute son attention sur sa fille, son bien-être, son avenir, son bonheur .Son mariage et son départ très loin ont était comme le coup de Massu, elle se sentait abandonnée par tous, baignant dans ses chagrins.

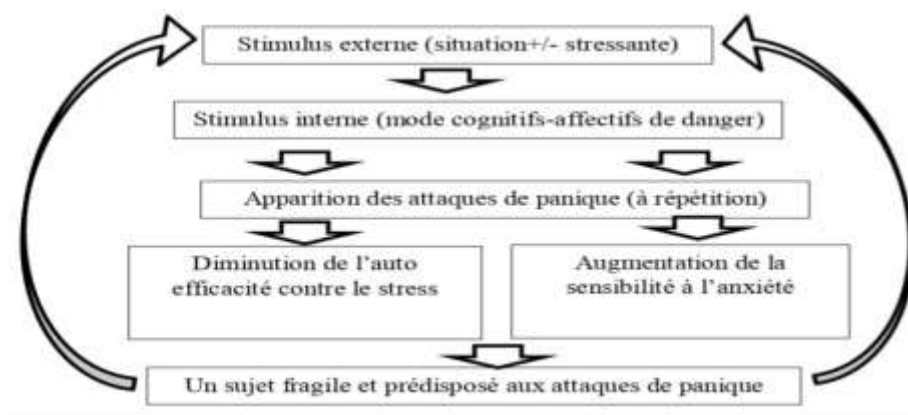
Des schémas dysfonctionnels se sont construits petit à petit, se nourrissant de ses chagrins et surtout du sentiment d'abandon, et qui ont abouti à cette machination de déclenchement des attaques de panique par la solitude et à la peur bleue de mourir seule.

Désormais notre patiente ne trouve plus de sens à sa vie seule, n'arrive pas à se créer de nouveaux centres d'intérêt. En absence d'une bonne gestion rationnelle de son anxiété, une inadaptation à sa nouvelle vie cella lui parait invivable, ce qui a abouti à une humeur dépressive évoluant vers une dépression modérée.

Selon Beek (1986), les réponses issues du processus de traitement de l'information guidé par les schémas peuvent être des pensées, des émotions ou des comportements. Activé par le stress causé par les événements négatifs de la vie, le schéma dysfonctionnel favorise un processus de traitement de l'information qui génère des réponses traduisant une certaine inadaptation de la personne à son environnement susceptible d'influencer le développement d'un épisode dépressif. (Vaillancourt ; M-E & Bouffard ; T. 2013)

Dans son article « The role of psychotherapy in managing panic disorder » Article in *L'Encéphale* ; Cottraux (1997) mentionna que « les troubles anxieux, et en particulier les troubles paniques, correspondent à une activation des schémas inconscients, stocké dans la mémoire à long terme, et qui traite l'information provenant de l'environnement. Chez les patients souffrant d'attaques de panique, il s'agit de « schémas de danger » qui auraient été acquis progressivement au cours de leur histoire à partir d'une diathèse biologique. Ces schémas se traduisent par des événements cognitifs : ce que dit le patient, ce qu'il pense et ce qu'il imagine, de même que les comportements d'évitements. Le patient sensibilisé à l'anxiété est dans une attente anxieuse où il scrute aussi bien son propre corps que l'environnement, à la recherche de dangers potentiels surévalués. L'attention sélective est donc l'un des éléments importants des mécanismes de perception et d'interprétation qui sous-tendent les troubles paniques ». (Cottraux.1997)

Mme AG a développé également des schémas dysfonctionnels de danger qui contiennent des modes cognitifs-affectifs affectant l'interprétation des événements de la vie quotidienne, en diminuant l'auto efficacité contre le stress et augmentant la sensibilité à l'anxiété. Ce qui l'a rendu une sujette fragile et prédisposée à l'apparition des attaques de panique à chaque fois qu'on confronte une situation plus ou moins stressante. Le plan suivant explique ce processus.

Fig.2. Processus de la réapparition d'une attaque de panique

Source: Bellar & Elmechta, 2026

4. CONCLUSION

L'exploration exhaustive du cas de Mm AG a permis de répertorier les principaux schémas cognitifs à l'origine de la survenue des attaques de panique, et qui se résument en : la dramatisation, la focalisation sur le négatif, un raisonnement émotif, adoption de règles rigides, de la personnalisation, des erreurs d'étiquetage, des conclusions hâtives, des erreurs de prévision, des pensées catastrophiques et la faible tolérance à la frustration. A force a force Elle est devenue une personne fragile à la frustration et prédisposée à l'apparition et à la réapparition des attaques de paniques qui nécessite une urgente prise en charge psychologique.

5. Liste de références bibliographiques

1. Aaron T. Beck and Keith Bredemeier. (N.M). A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Theoretical/Methodological/Review

2. Aaron T. Beck, Ward C.H., Mendelson M. et al. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 4, 561-571.) In: <https://tcc.apprendre-lapsychologie.fr/catalogue/tests-psychologiques/beck-depression-inventory.html>.
3. Abdellah Oussi & Cyrille Bouvet. (2021). Les modèles théoriques actuels du trouble panique : examen conceptuel et implications cliniques. Elsevier Masson , France.
4. Abdellah Oussi, Cyrille Bouvet,(2022).Les modèles théoriques actuels du trouble panique : examen conceptuel et implications cliniques, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique Volume 180, Issue 9,2022,Pages 875-886,ISSN 00034487, <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.09.004>.(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S00034487210>
5. [Ali AMAD](#) , [Vincent CAMUS](#) , [Pierre Alexis GEOFFROY](#) , [Pierre THOMAS](#) , [Olivier COTTENCIN](#) , [Collège national des universitaires de psychiatrie \(CNUP\)](#) , [Collège universitaire national des enseignants d'addictologie \(CUNEA\)](#),2021, Référentiel de psychiatrie et addiction 3eme édition. [Presses Universitaires Francois Rabelais](#).
6. Ameriracan psychiatric association DSM 5 manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5 eme edition , 2012-2013 Elsevier Masson.
7. Ameriracan psychiatric association DSM 4TR manuel diagnostique et statistique du trouble mental texte révisé Masson
8. C. Musa.(2000). Thérapies comportementales et cognitives dans les troubles anxieux (Ire partie) Phobies spécifiques, trouble d'anxiété généralisée, trouble panique et agoraphobie. Act.Méd. Int. - Psychiatrie (17) n° 10.
9. Cottraux, (2009) Les Psychothérapies Comportementales et Cognitives, Chapitre 6 - Analyse fonctionnelle et méthodes de mesure, 107-122 ; Elsevier
10. Cottraux, J. et Blackburn, I.M. (1995). Thérapies cognitives des troubles de la personnalité. Masson. Cité In :

<http://www.psychomedia.qc.ca/trouble-de-la-personnalite/schemas-precoces-inadaptes-modele-cognitif>

11. Dominique Servant, 2022, Gestion du stress et de l'anxiété, chapitre 5 pages 87- 103, Elsevier Masson. ISBN 9782294777356.
12. Friedrich-Ebert-Stiftung (2016), MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE : <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/beirut/12954.pdf>
13. Jean Cottraux, 2020 , Modèles comportementaux et cognitifs des troubles psychopathologiques, Editor(s): Jean Cottraux, Les Psychothérapies Cognitives et Comportementales (Septième Édition), Elsevier Masson, Pages 77-97, ISBN 9782294767784, <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76778-4.00005> (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294767784000053>)
14. Jean Cottraux. (1997). The role of psychotherapy in managing panic disorder. L'Encéphale, 1997.
15. L Leahy. (2002). A model of emotional schemas . Cognitive and Behavioral Practice , DOI: 10.1016/S1077-7229(02)80048-7
16. Lemaire ; P. (2021). Émotion et cognition (pp. 271-318). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
17. Marie-Eve Vaillancourt et Thérèse Bouffard. (2013). Biais d'évaluation de compétence scolaire, distorsions cognitives et adaptation des jeunes. Revue canadienne des sciences du comportement, 41, 151-160.
18. Rusinek, S , Charron, C., Dumet, N., Gueguen, N., Lieury, A. (2020). Les 500 mots de la psychologie. Dunod. Paris, ISBN 978-2-10-070529-0 <https://doi.org/10.3917/dunod.charr.2020.02>.
19. Vanderstukken O, et al. (2015). Les distorsions cognitives des auteurs d'agression sexuelle d'enfant: définitions, fonctions, et enjeux théoriques. Journal de thérapie comportementale et cognitive, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcc.2014.11.001>

Annexe1. Inventaire de Beck pour la dépression

[illegible]

Annexe 2. Classification des idées principales du discours de MmeAG

Tableau2. Classification des idées principales du discours de Mme AG

Idées principales	Type de pensée		Emotion			Type de distorsions
	Fonctionnel	Dysfonctionnel	Positive	Négative	Neutre	
« J'ai peur de mourir seule étouffée et qu'on ne découvre pas ma mort »		X		X		Dramatisation Focalisation sur le négatif
« Je dois trouver quoi faire toute la journée pour ne pas penser à mon chagrin »		X		X		Pensée plus ou moins normale
« Quand je réfléchis trop aux événements l'anxiété monte et je finis par avoir une crise »		X		X		Raisonnements émotifs
« le soir, je dois lire le coran et faire la prière pour m'épuiser et dormir »		X		X		Règle rigide Raisonnements émotifs
« Ils m'ont quitté seule »		X		X		Focalisation sur le négatif
« je ne veux pas mourir, il faut que je vive plus, j'ai autant souffert, je mérite le mieux »		X		X		Focalisation sur le négatif Règles rigides Dramatisation
« ma fille ne doit pas souffrir de la perte de sa mère aussi, elle est adoptive et n'a personne à part moi »		X		X		Règles rigides Personnalisation Dramatisation
« Je dois paraître forte devant elle surtout et devant les autres aussi »		X		X		Règles rigides
« je veux vivre encore pour faire du bien autour de moi »	X			X		Pensée plus ou moins normale
« ma fille ne doit pas savoir que je souffre sinon je vais gâcher son bonheur »		X		X		Règles rigides personnalisation
« il fallait que j'eusse des enfants biologiques de mon mari »		X		X		Des idées rigides
« je vais mourir sans que personne me donne une gorgée de l'eau »		X		X		Rejet du positif Une pensée catastrophique
« Je ne peux pas m'en sortir de cette situation »		X		X		Erreur d'étiquetage Pensée catastrophique
« Je sais que je vais pas guérir »		X		X		Rejet du positif Erreurs d'étiquetage Erreurs de prévision
« Je ne peux plus tolérer ces crises »		X		X		Faibles tolérance à la frustration

Source : Bellar & Elmechta, 2026