



Psychologie de l'enfant : Développement moteur, affectif, cognitif et social

Le développement socio-affectif :
développement émotionnel (suite)

2024-2025

Stassart Céline, PhD
Chargée de cours



Le développement émotionnel
à l'adolescence

L'adolescence : une période de transition et de négociation

- S'adapter à de nouvelles **exigences**, s'éveiller à la **sexualité**, se **détacher des parents**, se **rapprocher des amis**, trouver une identité et un sens, école secondaire ...
.... autant de tâches qui attendent les adolescents
- L'adolescence, période de crise?
 - Enquête auprès d'adolescent: 10 à 12% se trouvent en situation de crise
 - **Risque : confondre les processus normaux et pathologiques**
 - Les manifestations de l'adolescence, qui sont des turbulences transitoires qui n'entraînent pas définitivement le développement psychologique, doivent être distinguées des troubles pathologiques.
 - **Rapidité des changements** sur le plan physique, cognitif, social et affectif qui contraste avec le calme de la période précédente.
 - **Succession de réajustements** dont l'intensité en fait une **période à risques**.
 - Si tous les changements se produisent en même temps, l'adaptation est plus difficile.



La théorie de Wallon

Le stade de l'achèvement de la personne

- Les **modifications physiologiques** et les remaniements du **schéma corporel**: point de départ du sentiment de changement.
- Le **besoin du moi** l'emporte sur l'intérêt pour le monde extérieur.
- L'adolescent **s'interroge sur la raison d'être** des personnes, de lui-même, et du monde.
- **Fin** de cette période = l'achèvement de **l'intégration de toutes les composantes** de la personnalité (cognitives, affectives et sociales).



La quête d'identité

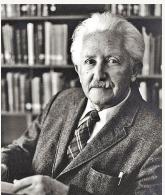


- Qui suis-je? Qui je serai ? Qui je devrais être?
- L'identité renvoie:
 - **Au sentiment d'individualité**, d'unité (*« Je suis moi »*).
 - **Au sentiment de singularité** (*« Je suis différent des autres et j'ai telles ou telles caractéristiques »*).
 - **Au sentiment d'une continuité**, d'une permanence dans l'espace et le temps (*« Je suis toujours la même personne »*).
- L'adolescent **doute, remet en question** les rapports préétablis: il s'engage dans une reconstruction.

Identité

=

Ensemble de sentiments, de représentations d'expériences et de projet d'avenir se rapportant à soi-même.



Modèle d'Erickson



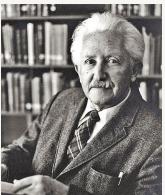
- 5ème crise:

Crise pendant laquelle la personne **cherche à trouver qui elle est et à intégrer sa compréhension de soi** et de ses rôles sociaux en **un tout cohérent**.

Identité

Confusion des rôles

- Savent qu'ils sont sur le point **d'assumer des rôles et responsabilités**, de faire des choix
- Ils **reconsidèrent les buts et valeurs déterminés par leurs parents** et leur culture: ils acceptent certains et en rejettent d'autres.
- Ils commencent à songer à **leur orientation prof, leurs convictions politiques**, leurs valeurs en matière de sexualité
- Ils **tentent d'harmoniser ces aspects d'eux-mêmes** avec, d'une part, les **croyances** acquises dans le **passé**, et d'autre part, leurs **rêves d'avenir**.
- **La confusion des rôles** est perçue comme une hésitation, voire un échec, la plupart du temps provisoire, dans la recherche de l'identité (il ne trouve pas sa place, ne parvient pas à faire des choix, ...)
- Souvent **causé par une méconnaissance de soi** et des difficultés à nommer ce qu'il ressent
- Cette confusion l'amène cependant à ouvrir la porte à un éventail de possibilités d'agir, d'être, de devenir



Modèle d'Erickson



- 5ème crise:

Crise pendant laquelle la personne cherche à trouver qui elle est et à intégrer sa compréhension de soi et de ses rôles sociaux en un tout cohérent.

Faux soi

- Ensemble de comportements +/- factices qui peuvent précéder la recherche d'une identité complète.
- 3 formes:
 1. Naît du **rejet dont l'adolescent croit faire l'objet** de la part de ses parents et de ses pairs, souvent dû à une mauvaise estime de lui-même.
 2. **Désir d'impressionner** les autres ou de leur plaire.
 3. **Expérimentation:** il fait l'essai de différentes conduites « juste pour voir ». Cette forme indique qu'il est prêt à se lancer à la recherche d'une identité plus complète.

Personnalité



- C'est à l'adolescence (et fin adolescence) **que la personnalité s'exprime plus nettement et s'affirme.**

Différents modes de réaction aux objets et aux personnes qui sont particuliers à un individu et relativement durables.

Tableau 10.1 *Les cinq grands traits de personnalité (Big Five) selon McCrae et Costa et le tempérament associé*

Traits (facteurs)	Description sommaire	Caractéristiques de l'individu (note élevée pour ce trait)	Composantes possibles du tempérament
Extraversion/ sociabilité	Décrit dans quelle mesure l'individu s'engage activement dans le monde (par opposition à l'évitement des situations sociales).	Actif, enthousiaste, grégaire, loquace, assertif	Niveau d'activité élevé, sociabilité
Amabilité/caractère agréable	Décrit dans quelle mesure les relations interpersonnelles de l'individu se caractérisent par la chaleur et la compassion (par opposition à l'hostilité).	Chaleureux, indulgent, généreux, gentil, sympathique, confiant	Comportement d'approche, faible inhibition
Intégrité/caractère consciencieux	Décrit dans quelle mesure l'individu maîtrise ses émotions et ses impulsions.	Efficace, organisé, prévoyant, fiable, responsable, minutieux, capable de retarder la gratification pour atteindre un objectif plus lointain	Bonne capacité d'attention et de persévérance
Instabilité émotionnelle/ névrotisme	Décrit dans quelle mesure l'individu voit le monde comme une menace ou une source de souffrance.	Anxieux, enclin à s'apitoyer sur soi, tendu, susceptible, inquiet	Réponse émotionnelle négative, irritabilité
Ouverture à l'expérience	Décrit la profondeur, la complexité et la qualité de la vie mentale et de l'expérience de l'individu.	Créatif, curieux, imaginatif, original, perspicace, large d'esprit, intéressé par tout	Approche émotionnelle positive, volubilité

Sources: Caspi, 1998, p. 316; John et autres, 1994, tableau 1, p. 161; McCrae et Costa, 1994.

- Stabilité transculturelle

- Prédicteur fiable de difficultés



Estime de soi

- **L'image de soi et l'apparence** prennent une place grandissante.
- Notamment par le biais des vêtements, de la musique: codes d'identification.
- Les jeunes se sentent **davantage stigmatisés ou discriminés en raison de leur apparence** (poids, taille, *look*, ...) que par leur statut socio-économique.
- Variations: elle diminue au début de cette période pour augmenter petit à petit ensuite.





Développement moral

- Lawrence **Kohlberg** (1981)
- Kohlberg propose aux sujets **une histoire** dans laquelle le protagoniste principal se retrouve **face à un dilemme**.
 - *Heinz doit choisir entre laisser mourir sa femme et voler un médicament pour la sauver.*
- **Une série de questions** est proposée après que le dilemme a été exposé .
 - Heinz a-t-il eu raison de voler le médicament ? Était-ce bien ou mal ? Pourquoi ? Le sujet doit choisir parmi une série de propositions.
 - Ses **réponses** sont **classées selon différents stades** et sous-stades.



Développement moral

- **Niveau 1: La moralité pré conventionnelle (ou pré moralité)**
 - Caractérisé par une **perception limitée des règles par l'égocentrisme**. Les règles sont extérieures à l'enfant qui les perçoit à travers la **punition et la récompense**.
- ❖ **Stade 1**
 - Orienté vers **l'évitement de la punition et l'obéissance à l'autorité**. L'enfant est centré sur les **conséquences directes** de ses actions sur lui-même.
 - *Herz ne devrait pas voler le médicament car il risque d'aller en prison*
- ❖ **Stade 2**
 - Orienté vers **l'intérêt personnel**. L'enfant intègre les récompenses et les avantages, toujours dans une optique limitée par l'égocentrisme, c'est-à-dire qui manque de perspective sociétale ou relationnelle.
 - *Herz devrait voler le médicament. Il doit empêcher la mort de sa femme pour ne pas passer le reste de sa vie dans la solitude*



Développement moral

- **Niveau 2: La moralité conventionnelle: typique des adolescents et des adultes.**
 - Juger de la moralité des actions en les **comparant aux opinions et aux attentes de la société**, en fonction **de ce que le groupe de référence considère comme le bien et le mal**.
- ❖ **Stade 3**
 - Orienté vers le maintien **des bonnes relations et l'approbation des autres**. Elle essaie d'être un « bon garçon » ou « bonne fille » à la hauteur des attentes. La personne peut évaluer la moralité d'une action par ses conséquences sur ses relations qui incluent le respect et la gratitude.
 - *Heinz ne devrait pas voler le médicament car les autres vont penser qu'il est un voleur*
- ❖ **Stade 4**
 - Orienté vers **le respect de la loi et des conventions sociales** qui sont jugées importantes pour le maintien de l'ordre social.
 - *Heinz devrait voler le médicament car le mariage n'est pas seulement une question d'amour; c'est une obligation, une forme de contrat.*

Développement moral

- **Niveau 3: La moralité post-conventionnelle (ou moralité basée sur les principes)**
 - Les personnes , à ce stade, peuvent **désobéir aux règles qui ne sont pas compatibles avec leurs propres principes.**
 - Ces principes concernent généralement les droits fondamentaux de la personne comme la vie, la liberté et la justice.
- ❖ **Stade 5**
 - Orienté vers le contrat social. Les lois sont considérées comme des contrats sociaux plutôt que des dictats rigides. **Celles qui ne favorisent pas le bien-être général doivent être remplacées** lorsque nécessaire pour promouvoir le plus grand bien pour le plus grand nombre de personnes.
 - **La loi ne prévoit pas un tel cas. Ce n'est pas bien de volé, mais dans ces circonstances, le geste de Heinz est justifié**
- ❖ **Stade 6**
 - Les **lois** ne sont valables que dans la mesure où elles sont **fondées sur la justice et l'éthique**. Il y a une **obligation de désobéir à des lois injustes**. La **personne agit parce que c'est juste, et non parce qu'elle évite la punition**, parce que c'est **dans son meilleur intérêt** ou parce que **c'est ce qui est attendu**.
 - Il est toutefois difficile de trouver des gens qui opèrent toujours à ce niveau.
 - **Heinz doit voler le médicament car la vie d'une personne est plus importante que le profit d'un marchand. Il doit suivre le principe du maintien et du respect de la vie.**



Développement moral

- L'âge:
 - Les **stades 1 et 2** dominent chez les **enfants d'âge primaire** et encore présent chez de nombreux adolescents.
 - Les **stades 3 et 4** s'observent chez **les ados** et formes de raisonnement de prédilection de l'adulte.
 - Les **stades 5 et 6** apparaissent beaucoup **plus rarement**.
- La **séquence des stades semble confirmée**:
 - On passe d'un stade à l'autre sans en sauter une.
- L'**universalité** semble confirmée.



Agressivité

- Les **comportements d'agression**, hors de la famille, concernent une **faible proportion** des adolescents.
- Ils présentent des **habiletés plus importantes dans la résolution de conflits** et font montre de davantage d'auto-contrôle.
- Une augmentation du nombre de **conflits avec les parents est fréquemment repérée**.
- **Ces conflits** concernent le plus souvent **la vie quotidienne** (règles de vie, choix des vêtements, coupe de cheveux, tâches ménagères, sorties, résultats scolaires...).
- Conduit que rarement à une détérioration catastrophique des relations parents-enfant: **processus d'individuation de l'adolescence**.



Les comportements à risque

- Conduites déviantes: une normalité?
 - Oui si on considère le point de vue statistique.
 - Elles peuvent être **l'expression de difficultés internalisées**, ou de difficultés dans le **champ familial ou social**.
 - Besoin de **prendre des risques**, de **tester les limites**.
- L'adolescent va devoir **apprivoiser son corps** nouveau.
 - Peut-être angoissant car **sentiment de non-contrôle**.
 - Tentative de **reprendre la main**: se blesser, se faire mal, ...





Des problèmes particuliers

- Chez certains, les **émotions prennent des proportions importantes**, pathologiques, voire mortelles.
 - Un ado en colère qui fait preuve d'une agressivité inhabituelle a un risque plus élevé d'être arrêté par la police, ou de mourir accidentellement.
 - Un jeune triste et qui consomme des substances illicites est plus sujet à la dépression, ou le suicide.
- La **dépression**:
 - Le taux d'affects dépressifs double à cette période de vie.
 - Plus élevé chez les filles (1 adolescente sur 5, et 1 adolescent sur 10).

Des problèmes particuliers

- **Idées et actes suicidaires**

- 2/3 d'enfants et d'adolescents déprimés ont des idées suicidaires
- Tentatives sont plus fréquentes chez les filles
 - Mais garçons se donnent plus souvent la mort: les moyens utilisés plus fatals
- 1 sur 3 récidive
- Intoxication médicamenteuse le plus fréquent, puis utilisation d'instruments tranchants

Des problèmes particuliers

Facteurs déclenchants

Le + souvent:

Conflit

Situation vécue comme injuste



Délai relativement court entre événement stressant et passage à l'acte
=

Souvent, conduites pas planifiées



- Capacité de **résolution de problèmes** (ou de création de multiples solutions) est **limitée**.
- **Difficulté à relativiser** un problème relationnel.
- Pour éviter une punition non comprise, ou face à un conflit avec des camarades: envisager le suicide **sans percevoir le caractère irréversible**.

Des problèmes particuliers



JOURNAL OF
ADOLESCENT
HEALTH
www.jahonline.org

Original article

Suicide Attempt Admissions From a Single Children's Hospital Before and After the Introduction of Netflix Series *13 Reasons Why*

Michael Townsend Cooper, Jr., M.D., M.S.*¹, David Bard, Ph.D., Rebecca Wallace, Ph.D., Stephen Gillaspy, Ph.D., and Stephanie Deleon, M.D.

University of Oklahoma Health Sciences Center, Department of Pediatrics, Oklahoma City, Oklahoma City

Article History: Received April 25, 2018; Accepted August 27, 2018

Keywords: Suicide; Media; Mental health



See Related Editorial on p. 663

ABSTRACT

Purpose: Release of the Netflix series *13 Reasons Why* in March 2017 raised concern over associated suicide attempts. This study aimed to identify trends in self-harm admissions to a tertiary children's hospital with special attention paid to the time after series release.

Methods: Records for admitted patients ages 4–18 years from January 2012 to October 2017 were identified based on ICD codes indicating self-harm. Admissions were grouped by month, and the ARMA (Auto Regression and Moving Average) model was used in analysis. Log transformation was used to obtain a constant variance, and seasonal terms were added for adjustment. A "postintervention" level shift, temporary shift, and linear growth term were incorporated as predictors in ARMA models to test for differences using the series premier as the intervention. Terms from the best fitting model (without intervention effects) were fit to preintervention data and forecast predictions were compared to the observed data from the postintervention period.

Results: Seven hundred seventy-five records were included in analysis. There was an increase of .024 in the log of suicide admission counts per month ($p < .001$). The model that best explained the data was an ARMA (2,2) model with cubic growth curve terms, a post-intervention level shift, and a postintervention linear growth term, indicating an increase in observed over expected admissions following the premiere.

Conclusions: Suicide admission counts increased over the time series. Actual suicide admissions following March 2017 were higher than predicted using the optimal model, suggesting an effect that temporally coincides with the release of *13 Reasons Why*.

IMPLICATIONS AND CONTRIBUTION

Suicide contagion is a known phenomenon among teens. The series *13 Reasons Why* was a popular series released on Netflix in March 2017. This study suggests a temporal correlation between the release of the Netflix series *13 Reasons Why* and admissions to a tertiary children's hospital for self-harm with attempt to die and suicidal ideation.



Les peurs développementales

Introduction



Chaque être humain est prédisposé à craindre ou fuir certaines situations ou objets menaçants

=

Valeur adaptative

Se protéger d'un danger potentiel





Paroles d'enfants



Peurs développementales



Défis tout au long de son développement



Peurs et inquiétudes

Théorie de l'évolution



Développement cognitif/émotionnel



Facteurs environnementaux





Peurs développementales

- Nouveau-né



Peur des évènements immédiats et inattendus:

- Bruits soudains
- Objets qui s'approchent rapidement



Capacités cognitives encore peu matures



Hypothèse évolutive



Peurs développementales

- Vers 6 -12 mois



- Peur des personnes étrangères
- Peur des objets étranges
- Peur au moment de la séparation.



Formation de la relation d'attachement

Parents: base de sécurité
Cpts guidés par la recherche de la base



Peurs développementales

- Vers 2-4 ans :



- Peur de se retrouver seul*
- Peur du noir*



Rituels du coucher

- Craintes des petits animaux



Autonomie
Eveil de l'imaginaire

Exploration de l'environnement



Valeur de survie





Peurs développementales

- Vers 4-5 ans:



- Peur des créatures imaginaires (fantômes, monstres, ...)
- Peur d'animaux sauvages
- Peur du noir*
- Peur d'être seul*



Eveil de l'imaginaire se poursuit

Influences environnementales (livre, dessins animés, ...)

Peurs développementales

- Vers 6-7 ans:



Craintes plus réalistes:

- Les accidents graves
- Les catastrophes naturelles
- Les maladies
- *Inquiétudes scolaires**
- *Inquiétudes sociales**



Stade des opérations concrètes de Piaget:

- Inférer des relations de cause à effet
- Anticiper de multiples conséquences négatives
- Raisonnement déductif

Exigences scolaires

Exigences relationnelles

Influence environnementale (conditionnement et transmission d'informations)

Peurs développementales

- Vers 6-7 ans:

- Craintes liées à la mort



Conceptualisation de la mort (entre 6 et 10 ans):

1. Inévitabilité
2. Universalité ou applicabilité
3. Irréversibilité ou caractère définitif de la mort
4. Cessation ou non-fonctionnalité
5. Causalité

Peurs développementales

- Vers 12 ans:



Inquiétudes sociales:

- Peur de l'évaluation de l'entourage
- Peur du regard de l'autre
- Peur de l'embarras
- Peur du rejet
- Craintes somatiques
- Inquiétudes scolaires



Défis liés à la période de l'adolescence

Bonne connaissance de l'anatomie et des relations entre les systèmes physiologiques

Variabilité



$F > G$

Rôle de genre
(Stassart et al., 2014)



< Statut socio-
économique plus
faible

Davantage
exposés à des
stresseurs



Quelques différences mais peurs
courantes communes

Différence entre non- et
occidentaux sur les âges supérieurs.
Sociétés asiatiques et africaines:
davantage l'accent sur la maîtrise
de soi, l'inhibition sociale, respect
des normes sociales, réussite
scolaire



Intérêts cliniques

Les peurs « normales »



Symptômes ou troubles anxieux plus envahissants et plus graves

- Facteurs de vulnérabilité
- Facteurs de protection

Croyances parentales sur l'anxiété prédisent l'anxiété de l'enfant

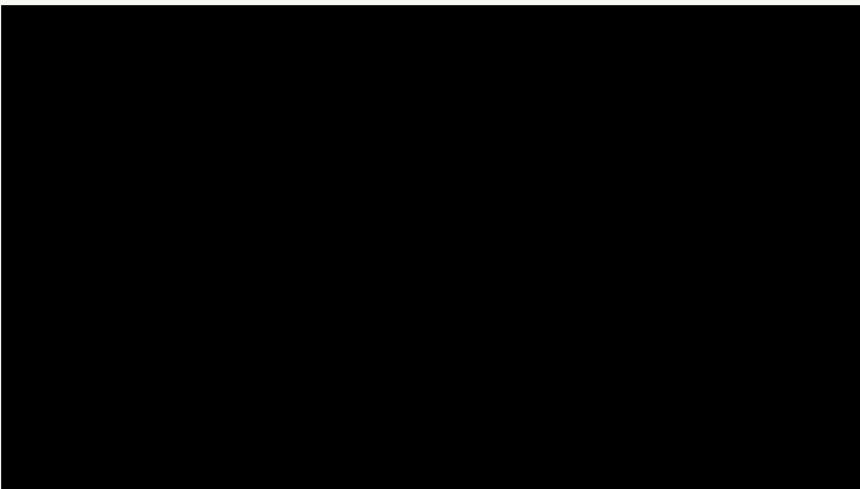


donc besoin de déconstruire



Illustration

Paroles d'enfants: « De quoi tu as peur ? »



Références

- da Rocha, M., Ollendick, T., Alckmin-Carvalho, F., Campos, L., Asbahr, F., & El Rafihi-Ferreira, R. (2022). Fears in preschoolers: translation, reliability, and validity of the Fear Survey Schedule for Infant-Preschoolers (FSSIP) - Brazilian version. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 44, e20200170. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0170>
- Demeester, A., Vanpee, D., Marchand, C., & Eymard, C. (2010). Formation au raisonnement clinique : perspectives d'utilisation des cartes conceptuelles. Clinical reasoning learning: concept mapping as a relevant strategy. *Pédagogie Médicale*, 1(2), 81-95.
- Evans, T., Bira, L., Gastelum, J. et al. Evidence for a mental health crisis in graduate education. *Nat Biotechnol* 36, 282–284 (2018). <https://doi.org/10.1038/nbt.4089>
- Francis, S. E., & Roemhild, E. (2021). Assessing parental cognitions about child anxiety: Are parents' thoughts about child anxiety associated with child anxiety and anxiety sensitivity?. *Journal of anxiety disorders*, 80, 102400. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102400>
- Gordon, J., King, N., Gullone, E., Muris, P., & Ollendick, T. H. (2007). Nighttime fears of children and adolescents: frequency, content, severity, harm expectations, disclosure, and coping behaviours. *Behaviour research and therapy*, 45(10), 2464–2472. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.03.013>
- Gullone E. (2000). The development of normal fear: a century of research. *Clinical psychology review*, 20(4), 429–451. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00034-3](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00034-3)
- Kalar, M. U., Mustahsan, S. M., Ali, M., Fatima, K., Farooque, K., Batool, M., Haider, S. M., & Feroz, F. (2013). Understanding fear in school children. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health*, 5(5), 268.
- Konkabayeva, A.E., Dakhbay, B.D., Oleksyuk, Z.Y., Tykezhanova, G.M., Alshynbekova, G.K. & Starikova, A.Y. (2016). Research of Fears of Preschool Age Children. *International Journal of Environmental and Science Education*, 11(15), 8517-8535.
- Menzies, R.G., & Menzies, R.E. (2018). Fear of death: Nature, development and moderating factors. In R.E. Menzies, R.G. Menzies, & L. Iverach (Eds.), *Curing the dread of death: Theory, research and practice* (pp. 21-40).
- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulaert, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4- to 12-year-old children: their content, developmental pattern, and origins. *Journal of clinical child psychology*, 29(1), 43–52. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_5
- Muris, P., Merckelbach, H., Meesters, C., & van den Brand, K. (2002). Cognitive development and worry in normal children. *Cognitive Therapy and Research*, 26(6), 775–785. <https://doi.org/10.1023/A:1021241517274>
- Muris, P. (2007). *Normal and Abnormal Fear and Anxiety in Children and Adolescents*. Elsevier: Londen.
- Muris, P., & P. Field, A. (2011). The "normal" development of fear. In W. Silverman & A. Field (Eds.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (Cambridge Child and Adolescent Psychiatry, pp. 76-89). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511994920.005
- Ollendick, T. H., Grills, A. E., & Alexander, K. L. (2014). Fears, worries, and anxiety in children and adolescents. In C. A. Essau & F. Petermann (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors and treatment* (pp. 1-35). Psychology Press.
- Serim-Yıldız, B. & Erdur-Baker, O. (2013). Examining Fears of Turkish Children and Adolescents with Regard to Age, Gender and Socioeconomic Status. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84(9), 1660-1665.
- Slaughter, V., & Griffiths, M. (2007). Death understanding and fear of death in young children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 12(4), 525–535. <https://doi.org/10.1177/1359104507080980>
- Kari Spernes (2022) The transition between primary and secondary school: a thematic review emphasising social and emotional issues, *Research Papers in Education*, 37(3), 303-320, DOI: 10.1080/02671522.2020.1849366.
- Weems, C. F., & Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(7), 656–663. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000162583.25829.4b>