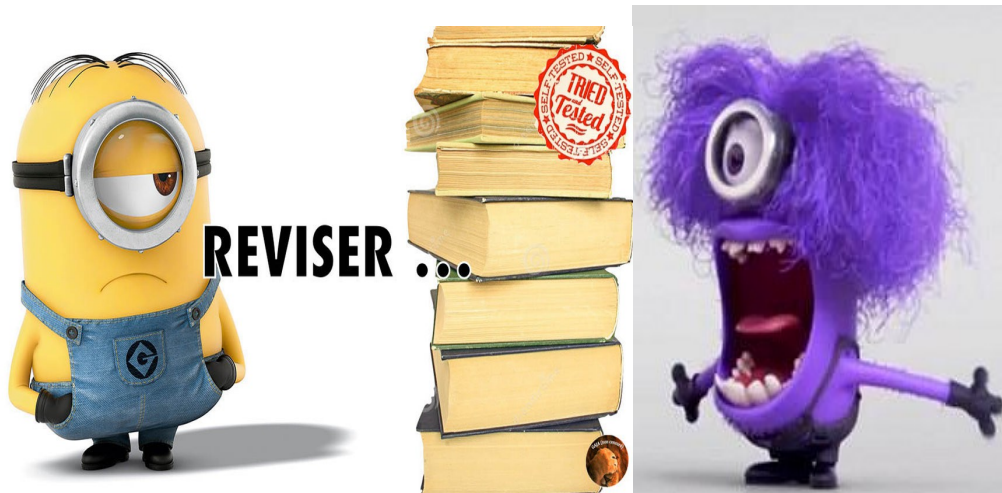


DOSSIER DE REVISION L2 PSYCHOLOGIE ANNEE 2015-2016



... tout le SEMESTRE 3

Merci à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce dossier et bon courage à tous pour les révisions.



SOMMAIRE

UE 1

PSYCHOLOGIE COGNITIVE	p. 3
RELATION ENTRE GROUPES, DISCRIMINATION, ET IDENTITE SOCIALE	p. 53

UE 2

PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADULTE	p. 87
PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	p. 139

UE 3

ENTRETIEN EN PSYCHOLOGIE SOCIALE	p. 195
METHODOLOGIE EXPERIMENTALE	p. 205
ENTRETIEN CLINIQUE	p. 215

UE 4

STATISTIQUES	p. 251
--------------	--------

PSYCHOLOGIE COGNITIVE CMs

Activités perceptives et cognitives : Comment percevons-nous le monde ?

I- De la psychophysique sensorielle (classique ou fechnerienne) : Modèle S -> R

A

La psychophysique cognitive (et la théorie de la déduction du signal) : modèle S -> S -> R
(ou S -> O -> R)

II- Les déterminants **subjectifs** de la perception (top-down) : L2

III- Les déterminants **objectifs** de la perception (bottom-up) : L3

De la psychophysique sensorielle à la psychophysique cognitive

En permanence **notre organisme reçoit des stimulations du milieu extérieur** (lumineuses, sonores...) **mais aussi du milieu intérieur, de la profondeur de l'individu**, par exemple la douleur ou la proprioception. Elles sont en relation avec le fonctionnement de nos muscles et de nos tendons. Par ailleurs, pour qu'une information ou un signal soit pris en compte par l'organisme, il faut qu'il soit perçu pour être ensuite interprété.

Définitions :

Stimulus : Si une source d'énergie physique stimule un organe sensoriel, alors cette énergie sera appelée stimulus. Donc, un stimulus est une source d'énergie physique qui produit ou non la réponse d'un organe sensoriel.

Psychophysique : La psychophysique, initiée par **Gustave Théodore Fechner** (prussien) a pour but d'établir les relations mathématiques existant entre les modifications physiques de l'environnement et l'expérience psychologique, c'est-à-dire l'état mental qui est associé. On peut dire aussi que la psychophysique classique (fechnerienne) essayait **d'établir des lois formelle** (= mathématiques), reliant la sensation consciente (renvoie à la dimension psychologique) aux variables du stimulus.

La psychophysique classique **établit une distinction franche** (dichotomie) entre **l'univers physique, c'est-à-dire la réalité objective et la représentation mentale de cet univers, c'est-à-dire la réalité subjective**. La psychophysique se donnait pour but de décrire à l'aide des mathématiques, la relation qui unissait ces 2 dimensions (le physique, le mental, l'objectif, le subjectif).

Sensations et Perception

a) Les sensations

Nous parlons de sensations et non pas de perceptions, car ces termes que l'on utilise souvent de façon interchangeables, renvoient à des réalités TRES différentes.

La sensation est un évènement mental élémentaire qui résulte d'une modification efficace de

l'environnement externe ou du milieu interne. Du point de vue physiologique, la sensation résulte d'un traitement minimum d'informations par le système nerveux central (SNC), à la suite de la stimulation d'un organe sensoriel. Dans cet ordre d'idées, la sensation est conçue comme un phénomène qui ne concerne qu'une seule voie nerveuse afférente.

Afférence : Renvoie au traitement sensoriel depuis un récepteur périphérique jusqu'à la zone de traitement centrale (généralement le cortex). **De la périphérie vers le centre.**

Schéma

Efference : **C'est un traitement moteur depuis la zone de traitement central (cortex) jusqu'au récepteurs périphériques.**

Schéma

De ce fait **la sensation est spécifique d'une modalité sensorielle.** Si une stimule un récepteur visuel, la sensation sera de type visuelle SAUF, dans des cas très rares que l'on appelle une cinesthésie où les sujets ont une organisation cérébrale particulière, les sujets voient avec les oreilles et entendent avec les yeux.

Du point de vue des modalités sensorielles on trouve :

- La **vision** avec excitant naturel les **photons**
- **L'olfaction**, dont l'excitant naturel est des molécules odiférantes autrement dit **l'odeur**
- La **gustation**, qui a pour excitant naturel la **saveur**
- **L'audition** qui a pour excitant naturel les **sons**
- **L'équilibration**, renvoie au **fonctionnement du système vestibulaire** qui fournit des **informations sur l'orientation de la tête dans l'espace**, ainsi que les déplacements et les accélérations que celle-ci subit.

Schéma

Regroupés sous le terme de « **sensation somesthésique** » (sensation corporelle), on va considérer ce que l'on appelle des « **sensations extéroceptives** », par exemple des sensations tactiles (qui réagissent à la pression) mais aussi des sensations thermiques (chaleur). Il y a aussi des **sensations proprioceptives ou kinesthésiques** (c'est la tension des muscles et des tendons), dans chacun de nos muscles et de nos tendons, nous avons beaucoup de récepteurs que l'on appelle pour les muscles fuseau neuromusculaires et nous avons dans nos tendons beaucoup d'organes tendineux de Golgi. Lorsqu'ils sont étirés au-delà d'une certaine limite, ils envoient un message au cerveau pour informer qu'il peut y avoir une rupture tendineuse ou musculaire.

C'est grâce à ces récepteurs que nous connaissons en permanence et de façon non consciente, la position de notre corps et de nos membres dans l'espace.

On utilise le « **réflexe tonique vibratoire** » pour contredire l'explication précédente:

On prend comme outils un bandeau, un fauteuil avec accoudoirs qui bougent et on dispose l'avant bras droit sur l'accoudoir droit. On applique, sur le tendon triceps ou sur le biceps, un appareil qui ressemble à un sextoy (cylindre) muni d'une lame vibrant très rapidement. Grâce à la **fréquence** et la **position du vibreur**, l'individu sent alors sa main bouger, c'est à dire qu'elle s'éloigne ou se rapproche.

On a donc leurré le cerveau en lui envoyant un message ne correspondant pas à la réalité.

Les sensations dites intéroceptives : La sensibilité intéroceptive renvoie à la sensibilité des viscères.

La sensation nociceptible : Renvoie à la sensibilité à la douleur.

Un nocicepteur est un récepteur de douleur.

La façon la plus opérationnelle de décrire l'existence d'une sensation est de dire que, pour qu'il y ai sensation, il faut qu'un **transfert d'énergie** se produise **depuis un stimulus physique jusqu'à une cellule sensorielle réceptrice**. Ce transfert d'énergie s'appelle la **transduction**. Cette énergie doit être suffisante pour provoquer au niveau cellulaire une excitation Si cette excitation atteint une certaine intensité, elle va engendrer un **influx nerveux** qui va se propager le long d'une voie nerveuse afférente jusqu'au SNC. C'est au niveau du SNC que va naître l'expérience psychologique que l'on appelle sensation.

En pratique, le psycho physicien utilise les concepts et les méthodes de la physique, de la neurophysiologie et de la psychologie expérimentale cognitive. Imagons que le psycho physicien travaille sur la stimulation lumineuse, la stimulation sera définie par sa surface (en m²), par sa durée, sa longueur d'ondes (en nanomètres), sa luminance (cd) ou encore par son contraste par rapport au fond (en %).

L'information contenue dans le stimulus est décrit avec les outils de la physique. Cette information physique qui va être transformée en une **information nerveuse** par les organes sensoriels (du fait de la transduction), elle va être décrite avec les outils de la neurophysiologie cellulaire. Enfin, cette information nerveuse, va être transformée en une représentation c'est-à-dire, une expérience sensible qui sera décrite avec les outils de la psychologie expérimentale.

Il est plus heuristique (= qui fait avancer les choses), de nos jours, de considérer qu'il n'existe pas 2 univers distincts (l'univers physique et l'univers mental) mais plutôt qu'il existe « un seul univers constitué d'un flux d'informations qui se transforme et qu'il faut décrire et de mesurer de manière adéquate au cours de ces différentes transformations ».

b) La perception : En quoi la perception diffère-elle de la sensation ?

Nous ne sommes jamais soumis à une seule stimulation mais à un ensemble de stimulations qui concerne soit un même récepteur sensoriel à des moments différents, on parle alors de **somation temporelle**, ou bien il s'agit d'un ensemble de stimulations qui concerne des récepteurs sensoriels différents auquel cas, on parle de **somation spatiale**.

Ces phénomènes de sommations vont engendrer des interactions complexes qui caractérisent en partie ce qu'est la perception.

La perception résulte de l'intégration de plusieurs sensations sur lesquelles le sujet percevant (celui qui effectue un acte réceptif) effectue un **choix** et prend des **décisions** à partir par exemple, de ces **connaissances antérieures** ou bien de ses **attentes**, ou bien de sa **motivation**, etc....

La perception n'est pas une réponse exclusivement déterminée par la stimulation, puisqu'elle met en jeu des **processus actifs** de construction et d'organisation qui impliquent la **conscience**, c'est-à-dire qui implique l'intentionnalité.

L'individu est assailli de stimuli et dès lors la perception va opérer un **choix** parmi l'ensemble des stimuli potentiels. En effet, en l'absence de sélection et/ou sans organisation perceptive, nous vivrions dans un **chaos** sensoriel en perpétuelle transformation. Dès lors, nous serions submergé et incapable d'agir.

La perception est faite essentiellement dans le but d'agir.

Il semblerait, c'est une hypothèse, que les schizophréniques seraient submergés par l'ensemble des informations et pour s'isoler de tout ça, il se concentrerait sur une activité unique.

La perception est donc **catégorielle** (tri), cela signifie que nous sélectionnons certaines stimulations et nous en négligeons d'autres. La perception est **inférentielle**, c'est-à-dire que nous ne percevons pas des sensations isolées les unes des autres mais au contraire nous percevons des **totalités signifiantes** et ceci grâce aux inférences que nous faisons à partir par exemple de nos **apprentissages antérieurs**.

Exemple : Le jeune enfant est très dépendant des données sensorielles, par exemple, les caractéristiques physiques des éléments typographiques du texte. Par conséquent, on observe qu'au début de la lecture, l'enfant qui lit suit les lettres avec son doigt. Quand on examine la lecture chez un adulte, lecteur normal, on observe que l'œil va se déplacer 2 ou 3 endroits du texte mais pas plus. Notre cerveau tient compte d'en ensemble d'apprentissage, le cerveau déduit alors le type de mot qui va suivre.

29.09.2015

La perception dépend étroitement de notre motivation du moment. Par exemple, dans un ouvrage Freud raconte l'histoire d'un individu qui a une envie pressante d'uriner. A cette époque il y avait des urinoirs dans les rues. Le sujet lit sur une enseigne le mot « closethavs » alors il se précipite et s'aperçoit qu'il vient de rentrer dans un « corsethavs », une bonneterie, l'endroit où l'on fabriquait les soutien-gorge. Freud nous dit « ce qui nous intéresse et nous préoccupe vient prendre la place de ce qui ne nous intéresse pas encore. Les reflets de nos idées troublent nos perceptions nouvelles ». La perception dépend aussi de facteurs subjectifs.

Si la sensation est fonction du stimulus, par contre la perception, elle, est fonction du stimulus, dans un certain contexte. Par exemple, elle est fonction des apprentissages antérieurs. Elle est fonction des attentes du sujet, elle est fonction aussi de son état de motivation ou encore de son état d'affectivité (= émotionnel).

La perception n'est pas le résultat d'une simple addition de sensations élémentaires mais elle est le résultat d'une intégration.

S -> S -> R

Entre le stimulus et la réponse, il y a le sujet dans sa globalité.

Pour beaucoup de psychophysiciens la perception, est aussi une **décision**. C'est la raison pour laquelle on dit que **la perception est judicatoire**, signifiant que la perception est un jugement, c'est-à-dire un moment où l'on prend une décision.

La conception classique du seuil sensoriel

Quotidiennement, nous ne percevons pas certaines stimulations venant du monde environnant. La première raison, c'est que l'intensité de la stimulation est trop faible et/ou parce que notre attention est engagée ailleurs, c'est la deuxième raison.

Dire que parfois nous ne percevons pas ou que parfois nous percevons, renvoie à la **dichotomie** entre ce qui est conscient et ce qui est non-conscient mais surtout à l'idée qu'il existerait un **seuil**, c'est-à-dire une limite entre 2 états, un état {0} et un état {1}.

Dans le cas du laboratoire, l'état 1 pourra correspondre à 4 tâches perceptives différentes :

- **La détection**
- **La discrimination**
- **La reconnaissance**
- **L'identification**

L'état 0 correspondra à :

- **Une non détection**
- **Une non discrimination**
- **Une non reconnaissance**
- **Une non identification**

1. Détection (tâche la plus simple) & discrimination

Détecter : C'est répondre à une question sur la **présence** ou l'**absence** d'une stimulation. Autrement dit, détecter revient à noter si oui ou non il y a eu un **changement**. C'est la tâche la plus simple.

Discriminer : C'est répondre à une question sur la présence ou l'absence d'une différence entre 2 stimulations. Autrement dit, cela revient à dire si les 2 stimuli sont identiques ou différents.

2. Reconnaissance & identification

Identifier : C'est répondre à une question sur la **nature précise** d'une stimulation. Après la détection, c'est la tâche la plus simple.

Reconnaître : C'est répondre à l'instant T=2 à une question sur la **présence** ou l'**absence** d'une stimulation **déjà présentée** à l'instant T=1. Autrement dit, cette tâche fait nécessairement appel à la mémoire.

Les continuums

On admet l'existence d'un **continuum des valeurs physiques du stimulus**, autrement dit des niveaux physiques du stimulus.

Par exemple la lumière peut augmenter d'intensité avec un bouton.

On admet aussi l'existence d'un **continuum sensoriel des états d'excitation nerveuse**. Plus une cellule est dite « nerveuse » plus la sensation est forte.

Enfin, on admet l'existence d'une relation entre les **niveaux physiques du stimulus** et les **états d'excitation nerveuse** qui corresponde.

Les seuils

La notion de seuil sensoriel est double : il existe un seuil absolu et un seuil différentiel.

Le seuil absolu : Pour une **dimension du stimulus**, le seuil absolu (SA) est **la grandeur minimale** pouvant provoquer une **sensation juste perceptive**. On peut aussi le définir en disant que **c'est la plus petite grandeur physique que le sujet peut déceler**.

Lorsque l'on mesure un SA, on ne mesure pas une sensation mais une **grandeur physique**. Pour être plus précis, on tente de **déterminer la valeur minimum d'une grandeur physique qui permet au sujet de manifester qu'il a une sensation** et ceci en donnant une réponse « oui je sens » ou « non je ne sens pas ».

Le caractère probabiliste de la mesure des seuils :

Déterminer **la grandeur physique minimum d'une stimulation susceptible de permettre une réponse** ne poserait pas de problèmes si cette grandeur était constante, hors **cette grandeur varie avec l'état de réceptivité de l'organisme** pendant l'intervalle temporel ou l'on mesure le seuil.

Les causes de cette variabilité sont au nombre de 3 :

- **La variabilité d'excitabilité des récepteurs périphériques** : Dans la modalité visuelle, la **sensibilité d'un photorécepteur** (des neurones à cônes ou à bâtonnets) dépend de leur **niveau d'adaptation à l'intensité lumineuse** et **toute stimulation infime modifie cette sensibilité**.
Dans la modalité auditive, la sensibilité dépend de **l'état de tension de la membrane tympanique et de la chaîne des osselets**. La sensibilité dépend aussi de **l'équilibre de pression entre l'oreille externe et l'oreille moyenne**, là où se trouve ce qu'on appelle la trompe d'Eustache, donc une communication entre la bouche et l'oreille moyenne. Cette communication va être modifiée à chaque déglutition.
- **Les modifications des attitudes du sujet** : La sensibilité est **modifiée par la connaissance antérieure du stimulus à percevoir**. Autrement dit, **plus on connaît le stimulus que l'on va devoir percevoir, plus la sensibilité va augmenter**. Par ailleurs, la sensibilité est diminuée par la fatigue et/ou la monotonie de l'épreuve.
- **L'influence de la série des mesures** et notamment **l'ordre temporel des mesures** : Lorsque l'on fait croître lentement une stimulation, **la valeur pour laquelle on commence à percevoir le stimulus est plus élevée que celle qui est perçue en dernier lorsqu'on fait décroître la stimulation**. Il est donc **plus difficile de commencer à percevoir lorsque la stimulation est croissante que de continuer à percevoir lorsque la stimulation est décroissante**.

Lors de chaque mesure, on ne mesure qu'un état passager, c'est-à-dire transitoire de la sensibilité. Autrement dit, on mesure des seuils instantanés.

Il existe 3 techniques principales de mesure des seuils :

- La méthode dite du point central
- La méthode constante
- **La méthode des limites :**

Procédure -> On présente au sujet un stimulus nettement perceptible, on dit qu'il est **supraliminaire**.

En latin, limen = seuil donc supraliminaire = au dessus du seuil, **puis le stimulus est diminué par degrés successifs, jusqu'à ce que le sujet déclare qu'il ne perçoit plus le stimulus**. On appelle cela une **série décroissante ou descendante**. Puis l'expérimentateur présente un stimulus nettement **infraliminaire** et ce stimulus est alors **augmenté par degrés successifs jusqu'à ce que le sujet déclare qu'il le perçoit**, c'est une série croissante.

Quelques recommandations : Il ne faut pas trop allonger les séries de stimuli

Il faut **introduire des pièges**, c'est-à-dire, introduire de temps en temps des valeurs du stimulus qui ne sont pas à leur place sérielle, de manière à **entretenir la vigilance et l'éveil du sujet** mais aussi pour **combattre une possible stéréotypie des réponses**.

Comment détermine-t-on le seuil ?

Lors de chaque série ascendante ou descendante, **l'expérimentateur détermine la valeur du SA instantané**. Après plusieurs séries, on va **déterminer la médiane des seuils instantanés** après un rangement des données. On va ensuite **calculer la moyenne de ces médianes**. La valeur trouvée sera **la valeur la plus probable du seuil**.

Introduction à la théorie de la détection du signal (SDT – Signal Detection Theory)

Dans la conception classique du seuil, **le seuil dépend uniquement de la stimulation physique et de l'état d'excitabilité des récepteurs sensoriels**. Autrement dit, la réponse du sujet ne dépend que de la stimulation hors nous avons vu que les seuils sont fluctuants pour un même sujet donc il y a une absence de fidélité et surtout la théorie classique des seuils ne permet pas d'expliquer pourquoi les sujets font des **fausses alertes** c'est-à-dire pourquoi les sujets réalisent un certain pourcentage de détection en l'absence même de stimulus.

Cette difficulté majeure a amené certains théoriciens dont Green, Swets, Tanner et Birdsall qui étaient des radaristes, à insister sur **l'importance des effets de contexte** et à **insister sur les différences individuelles** dans la détermination de la réponse qui évalue la sensation.

Pour les théoriciens de la SDT, **la détection, l'identification, la discrimination et la reconnaissance ne peuvent être réduites à une simple analyse sensorielle du signal car ces opérations mettent aussi en jeu une décision**. Dans cette conception, on passe d'un modèle de traitement de l'information à une étape à un modèle de traitement de l'information à 2 étapes.

Dans ce nouveau modèle, la 1^{ère} étape permet au sujet d'évaluer les **caractéristiques physiques du signal**, par exemple son intensité, tandis que la 2^{ème} étape, elle, va traduire la **stratégie** du

sujet.

Rôle de la stratégie du sujet :

Imaginons à propos des sujets A et B, une situation de mesure de SA. Lors de chaque essai, le sujet répond oui si le stimulus est perçu et non si le stimulus n'est pas perçu. Supposons que A décide d'être très sensible, ça veut dire que dès qu'il aura le moindre doute quant à la présence du stimulus, il répondra oui. C'est une **attitude téméraire**.

Supposons que B décide lui de ne répondre qu'à coup sur, on dira alors qu'il a une **attitude conservatrice**.

Résultats : Le sujet A fera beaucoup de **détections correctes** mais il fera **beaucoup de fausses alertes**.

Le sujet B fera peu de détections correctes mais il fera aussi peu de fausses alertes.

Conclusion : Le seuil mesuré du sujet A sera très inférieur à celui du sujet B **et on conclura à tort qu'il possède une meilleure capacité de discrimination sensorielle que le sujet B.**

En effet, dans la théorie classique des seuils, compte tenu du fait que la stratégie de réponse est **censée être semblable chez tous les sujets** alors le résultat signifie que le sujet A possède une meilleure sensibilité que le sujet B.

Dans le cas de la théorie de la SDT, la présence de fausses alertes, laisse à penser **au contraire** que les 2 sujets ont en fait la même sensibilité et que la mesure de seuils différents ne reflètent que des stratégies de réponses différentes.

La SDT va permettre à l'aide de 2 indices indépendants que l'on appelle d' et Bêta (β) de déterminer ce qui dans la réponse globale du sujet rend compte de ses **capacités sensorielles** et d'autre part des **différentes stratégies** qu'il adopte.

Quelques principes de base de la SDT :

Postulat de départ : Tous message sensoriel résultant d'une **observation**, c'est-à-dire d'une **quantité N d'informations prélevées sur le signal physique se décompose additivement en 2 quantités indépendantes**, ce que l'on appelle le signal (S) et le bruit (B).

Le S est le **stimulus pertinent** présenté au sujet. **Le B est le bruit de fond**, au sens de la théorie de l'information (cf. travaux de Weaver & Shannon)

Le bruit neurosensoriel : Il renvoie au fait que **les neurones du SNC ne sont jamais au repos** même lorsqu'aucun stimulus n'est présent. En effet, il s'agit d'une activité bioélectrique spontanée constituant une action, une activité de fond.

Le bruit dit contextuel : Dans une tâche de discrimination ou autre, **le bruit est tout ce qui est présenté au sujet**, hormis le signal, c'est-à-dire des **informations parasites ou distracteurs**.

En résumé, on dira que le « bruit » est **une variable aléatoire mais permanente** qui peut être attribuée selon les cas aux événements physiques, par exemple le bruit de fond d'un système de stimulations ou qui peut être attribué aux fluctuations aléatoires et spontanées du système détecteur, c'est-à-dire l'activité bio électrique du cerveau du sujet.

Une situation expérimentale type de la SDT :

Contrairement à la mesure des seuils, **on ne présente qu'une seule valeur du signal, bien sûr, difficilement perceptible**. Par ailleurs, **le signal n'est pas systématiquement présent lors de chaque essai**. Lors d'une tâche de détection, par exemple, le sujet devra déterminer si le signal est

présent ou non. Il faut distinguer les essais où seul le B est présent par rapport aux essais où le signal est superposé au B (S+B).

La théorie de la décision statistique

La théorie de la détection du signal est une théorie qui dépend de ce que l'on appelle la théorie de la décision statistique qui postule que le sujet se comporte un statisticien qui se demande si **l'observation sensorielle** sur le signal physique qui vient de faire est **plus représentatif du signal à détecté** ou bien est **plus représentatif du bruit qui l'accompagne**. Dans une situation où le sujet doit par exemple, détecter un signal dont l'intensité est à peine supérieure à l'intensité du bruit de fond, on observera 4 types de réponses que l'on présente dans une matrice à 4 cases.

En pratique, on présente **plusieurs centaines d'essai** dans un **ordre aléatoire**, et on comptabilise le **pourcentage de détection correct par rapport au nombre d'essai S+B** et le **pourcentage de fausses alertes par rapport au nombre d'essai B**.

Il existe des tables dites « **Table de Elliott** » qui donnent à partir du pourcentage de détection correct et de fausses alertes, la valeur du paramètre d' (**un indicateur de la difficulté du jugement sensoriel**) et les valeurs du paramètre Bêta (**l'attitude du sujet**).

13.10.2015

Aperçu théorique de la SDT

La discrimination des distributions du signal et du bruit de fond et la signification du paramètre d'.

Détecter la présence du signal sera d'autant plus **difficile** que les **valeurs** du signal et du bruit de fond (par exemple l'intensité du bruit), sont **proches**. La difficulté du jugement sensoriel va dépendre du **degré de recouvrement** du signal et du bruit de fond.

En effet, la SDT postule que lorsqu'un sujet effectue une **observation sensorielle** sur un **signal physique**, le sujet doit en fait décider si l'observation qu'il vient de faire est plus représentative de la distribution du signal superposé au bruit ou de celle de la distribution du bruit de fond.

Les continuums

Nous allons nous placer le long du continuum sensoriel du sujet qui **traduit les différents niveaux de sensations** ressentis et on suppose qu'il est possible de connaître pour tous les niveaux de sensation, la **probabilité** d'attribuer cette sensation soit à la présence du bruit, soit à la présence du signal superposé au bruit.

La SDT postule que ces probabilités se répartissent selon 2 distributions normales que l'on appelle **courbe de Gauss**.

Distribution de probabilités : Probabilité que la sensation ressentie résulte du Bruit ou du Signal + Bruit

La SDT postule que la **distribution** du **B** et du **S+B** ont des **variances identiques** et qu'elles ne **diffèrent que par la** position de leur maximum, c'est-à-dire la **position de leur moyenne** μ .

Les différentes courbes de Gauss et leurs analyses

Schéma

Dans une situation où le signal est très difficile à distinguer du bruit, les **distributions** du bruit et du signal+bruit sont **voisines** et le **recouvrement sera important**.

Schéma

Au contraire, dans une situation où le **signal** est **facilement discriminable/distinguable** du bruit, les **distributions signal et signal+bruit vont être éloignées** et de ce fait le **recouvrement sera soit modéré, soit inexistant**.

Schéma

Le paramètre d'

Le paramètre d', il définit la **sensibilité, la qualité perceptive**, c'est-à-dire que d' définit le **degré de recouvrement des 2 courbes de Gauss**. En fait, d' mesure la **distance qui sépare les distributions du B et du S+B**.

$$d' = [\mu (S+B) - \mu (B)] / \sigma$$

Autrement dit, l'indice d', est un **indicateur de la difficulté du jugement sensoriel** et donc il est un indicateur aussi de la difficulté de la tâche. Quand la valeur de d' est :

- **Elevée**, la discrimination entre le S et le B est **facile** (exemple : $d' > 1,5$).
- **Basse**, la discrimination entre le S et le B est **plus ou moins difficile** (exemple : $0,5 < d' < 1$).
- **Egale à 0**, la discrimination entre le S et B est **impossible** (répondre au **hasard**).

Les situations intéressantes à étudier sont celles qui sont intermédiaires entre ces cas extrêmes. Quand $d' > 3$ la tâche est trop facile.

La réponse du sujet « je perçois » ou « je ne perçois pas » **ne dépend pas seulement du paramètre d'**. Elle dépend surtout de la **position** du **critère de décision Bêta** (β) sur l'axe du continuum sensoriel.

Signification de Bêta (β)

Si **d' dépend des distributions physiques du signal et du bruit**, le paramètre Bêta va **caractériser la stratégie adoptée** et donc **caractériser la décision, le jugement du sujet**.

La SDT postule que le sujet se fixe **plus ou moins consciemment** un **niveau particulier de sensations** à partir duquel, son **jugement va basculer**. Toute sensation qui sera ressentie comme étant :

- **Inférieure** à ce niveau de sensation va être attribuée au **bruit de fond**.
- **Supérieure** à ce niveau va être attribuée à la présence du **signal**.

Autrement dit, une fois que le **critère de décision β** est fixé, c'est-à-dire qu'il est **positionné sur l'échelle du niveau de sensations** (continuum sensoriel) le sujet va répondre :

- ➔ « Oui, je perçois » chaque fois qu'il fera une observation sensorielle supérieure à β : $x\beta$.
- ➔ « Non, je ne perçois pas » chaque fois qu'il fera une observation sensorielle inférieure à β : $x\beta$.

Schéma

On peut dire que β **constitue la valeur à partir de laquelle le sujet décide de dire qu'il perçoit le signal**.

- ➔ Un sujet prudent va se fixer un niveau β **élevé** et il ne va attribuer au signal que les quelques sensations qui dépassent ce niveau. Il fera donc **peu de détections correctes (DC)**

et **peu de fausses alertes** (FA).

- ➔ Lorsque la valeur de $\beta=1$, cela signifie que la position du critère se trouve exactement à **l'intersection des 2 gaussiennes**. Le sujet se comporte comme un **détecteur idéal**, c'est-à-dire quelqu'un ni trop prudent, ni trop audacieux. On appelle cela le « **Beta médian** ».
- ➔ Un **sujet téméraire** va se fixer un niveau **β plus bas** et de ce fait il va attribuer au signal un **nombre beaucoup plus important de sensations**. Il fera donc beaucoup de **réponses correctes** mais aussi **beaucoup de fausses alertes**.

On conçoit que **tout déplacement de la distribution du signal, par rapport à celle du bruit, va se traduire par une variation de d'** .

Par exemple : Si on **augmente l'intensité du signal**, alors celui-ci se **distinguera mieux du bruit** et la tâche perceptive sera **plus facile**, auquel cas **d' va augmenter**. On conçoit également que dans une situation stimulus donné où d' est constant, dans ce type de situation, toute translation du critère de décision β sur l'axe des observations va se traduire par des variations quantifiables de la valeur β .

Le calcul de β renvoie au **rapport de la hauteur, de la distribution au S+B par rapport à la hauteur de la distribution du bruit pour la valeur x de l'observation qui correspond au critère de décision**.

Schéma

Les facteurs situationnels qui déterminent la position de β sur l'axe des observations sont :

- ❖ **La fréquence d'apparition du signal par rapport au bruit.**
 - Signal fréquent : Augmentation du critère (beaucoup de détections correctes & de fausses alertes).
 - Signal peu fréquent : Diminution du critère (moins de détections correctes & moins d'erreur).
- ❖ **Les coûts et les gains.**
 - « **Coût** » + « **Erreurs** » = Critère plus strict, tendance à minimiser la réponse « oui ».
 - **Récompense + Détections correctes** = Critère plus souple, tendance à privilégier la réponse « oui ».

Exemple :

Prenons le cas d'une mammographie. Rien n'est plus complexe à interpréter qu'une mammographie. Faire un diagnostic radiologique à propos d'une mammographie demande une grande connaissance. Le radiologue doit détecter la présence du signal ou non.

Les inventeurs de la SDT étaient radaristes pendant la guerre. Certains radaristes étaient extrêmement sensibles et à la moindre alerte ils déclenchaient une alerte. Ils perdaient alors toute crédibilité. A l'opposé, certains sujets étaient conservateurs, ne déclenchaient l'alarme qu'à coup sur et parfois ne déclenchaient pas l'alarme quand il le fallait.

Les inventeurs ont alors dit que percevoir c'était aussi prendre une décision.

On observe des patients (surtout des femmes) qui un jour vont se trouver déficitaire dans un domaine (sensitif, moteur...) et un beau matin ils sont paralysés. Des examens vont être effectués

et tous les médecins ne vont rien trouver du point de vue anatomophysiologique. Les médecins disent que c'est psychologique. On peut comprendre cette paralysie avec la personnalité profonde de l'individu. On s'aperçoit que la patiente a un mari qui est très occupé et qui du coup ne s'occupe plus de son épouse. Dans son inconscient, l'épouse a somatisé et transféré son angoisse dans ses jambes. Elle va probablement amener son mari à s'occuper davantage d'elle. Quelques semaines plus tard, cette patiente se remet à marcher.

Le critère de décision Bêta dépend donc de la personnalité de l'individu. Cela veut dire qu'une personne peut avoir un d' intact et un critère Bêta éloigné des sujets normaux parce que le sujet aura fait le choix inconscient d'être déficitaire.

Un jeune garçon gymnaste a une sœur qui a 16 ans et qui sort avec un jeune homme d'origine italienne extrêmement jaloux et du coup cette jeune fille subit une pression et fait des TS à répétition. Les parents sont tellement absorbés par la fille, qu'ils délaissent le garçon. Comme par hasard, ce jeune garçon, du jour au lendemain ne peut plus se servir de ses jambes et rampe. Les médecins ne trouvent rien et disent de l'envoyer chez le psy. Cela se passe jusqu'au jour où la fille se prend la décision de se séparer de son compagnon italien, quelques semaines plus tard, le jeune homme se remet à faire de la gym comme si rien ne s'était passé.

Quand on fait passer une SDT à ces individus, ils n'ont aucun déficit sur d' mais se comportent très différemment des sujets contrôlés car il se passe des choses dans leur vie qui bouleversent leur personnalité. La SDT permet le diagnostic de certaines pathologies.

La courbe ROC

La performance du sujet peut être représentée graphiquement au moyen d'une **courbe d'efficacité du récepteur**. On appelle cette courbe « ROC (receiver operating characteristics) ». Sur cette ROC, on porte **en ordonnée le % de détection correcte et en abscisses le % de fausses alertes**.

Schéma

Le modèle présenté est un modèle dans lequel d' est fixe tandis que β est fluctuant d'un essai à l'autre. Il existe des modèles inverses ou des modèles où les 2 paramètres peuvent fluctuer.

Chaque courbe ROC correspond à une sensibilité perceptive donnée, c'est-à-dire correspond à différents indices d' .

- ♣ Si la tâche est **facile à réaliser** : beaucoup de DC et peu de FA.
- ♣ La **diagonale négative** est le lieu des points expérimentaux qui, pour différentes valeurs de d' , correspondent à un critère de décision symétrique c'est à dire $\beta = 1$ (détecteur idéal).
- ♣ Le sujet est **prudent** va se traduire par un point localisé dans la partie inférieure gauche du graphique.
- ♣ Si le sujet est **téméraire** se traduira par un point localisé dans la partie supérieure droite du graphique.

La distinction que la SDT permet d'établir, entre le processus sensoriel et le processus de décision, se concrétise par :

- **n conditions sensorielles différentes** (correspondent à **n courbes ROC**).
- **n critères de décisions différentes**, dans les **mêmes conditions sensorielles** (correspondent à n points sur la même courbe ROC).

Conclusion : La courbe ROC représente la ou les variations du critère de décision β , lorsque les conditions physiques restent identiques, c'est-à-dire quand d' ne varie pas.

Les déterminants subjectifs de la perception (Top-Down)

La perception est le résultat :

- 1) D'un traitement ascendant, d'un traitement dirigé par les données sensorielles ou d'une influence de type Bottom-Up (par exemple l'illusion de Muller-Lyer)
- 2) D'un traitement descendant ou dirigé par les concepts ou d'influence de type Top-Down

Le traitement sensoriel qui a lieu est imposé. Le sujet ne peut pas s'opposer à la perception de cette illusion. C'est un traitement de type ascendant.

I. Les processus Top-Down & Bottom-Up

La perception est le résultat d'un **traitement ascendant** on dit aussi d'un traitement dirigé par les données sensorielles (**bottom up**) et le résultat d'un **traitement descendant** ou dirigé par les concepts (**top down**).

Si la perception se fondait uniquement sur la **décomposition d'un stimulus** en ses **composants élémentaires** alors la compréhension de cette phrase serait **impossible**. En effet, quand nous nous tournons vers le **monde extérieur** dans le but de **percevoir** alors à ce moment-là. Certains facteurs guident notre perception du monde :

- ✚ Les concepts.
- ✚ Les connaissances antérieures.
- ✚ L'expérience, les attentes.
- ✚ Le contexte.

Exemple :

Po_ve_vo_sl_re_et_ep_ra_ea_or_qu'_lm_nq_euel_tt_esrt_o_i_?

Si nous pouvons découvrir le sens de la phrase aux lettres manquantes c'est parce que :

- Nous avons une **expérience antérieure** de la lecture
- Nous n'avons **pas besoin de toutes les lettres d'un mot** pour décoder le sens. En effet, la langue française comporte des éléments redondants.
- Nous avons développé une **attente particulière**, c'est-à-dire que la phrase devait avoir probablement un lien avec la perception. Autrement dit, nous avons été aidé par le contexte.

Conclusions :

Les modes de traitement ascendants et descendants **alternent** très rapidement pour nous aider à percevoir le monde qui nous entoure.

La **perception** n'est **pas réduite** aux seuls processus sensoriels, aux processus ascendants et aux stimuli mais **elle concerne au contraire, l'individu** tout entier et nous verrons quel peut être un révélateur de sa personnalité ?

Dans les conceptions anciennes et dans celles de l'homme de la rue, la reconnaissance d'un mot résulte de celle des lettres qui le composent ainsi que de l'ordre de ces lettres. Cela est probablement le cas, lorsqu'on lit des mots nouveaux, lorsqu'on lit des **logatomes** (mots qui n'existent pas dans le lexique de la langue française), dans l'**alexie lettre par lettre** mais pas dans la lecture habituelle.

L'alexie lettre par lettre renvoie à une pathologie où les patients doivent décliner les lettres, une par une. C'est une forme particulière de dyslexie.

Mais ce n'est **pas vrai dans la lecture de la vie quotidienne**. En effet, nous ne regardons pas toutes les lettres d'un mot, ni tous les mots d'une phrase pour la comprendre. Deux séries d'observations illustrent cette affirmation :

1) L'effet de supériorité du mot sur la lettre

En 1969, **Reicher** a démontré que **le mot influence le traitement des lettres qui le compose**.

On présentait rapidement le stimulus et le sujet devait reconnaître (mesure de TR) le plus vite possible la 4^{ème} lettre, en l'occurrence la lettre majuscule « L ».

POULE (1)

GEOLE (2)

OPELU (3)

UEOLP (4)

\$*+L€ (5)

En effet, nous ne regardons absolument pas toutes les lettres d'un mot ni même tous les mots d'une phrase pour la comprendre. Cette information correspond à deux séries d'illustrations: - l'effet de supériorité du mot sur la lettre => mis en évidence en 1969 par Reicher, cet auteur a montré que le mot influence le traitement des lettres qui le composent. On présente au sujet des suites de lettres très rapidement et la tâche du sujet est de reconnaître le plus vite possible l'identité de la quatrième lettre (L). On observe que le temps de réaction le plus court s'observe lorsque la lettre appartient à un mot bien connu (POULE). Il augmente lorsque la lettre est incluse dans un mot moins connu (GEOLE). Il augmente encore lorsqu'il s'agit d'un logatome prononçable (OPELU). Encore lorsque c'est un logatome difficilement prononçable (UEOLP). Et le temps de réaction le plus long lorsque la lettre est associée à des symboles (!/%L\$).

Nous possédons en MLT un lexique orthographique qui contient une représentation de tous les mots connus et ce lexique explicite notamment la forme, par exemple la longueur... Cette représentation lexicale est activée **avant** celle des lettres individuelles. Autrement dit, la reconnaissance du mot précède et influence celle des lettres qui le composent.

- **l'analyse des mouvements oculaires pendant la lecture** => la reconnaissance des lettres et des mots n'est précise que si elle est **fovéale**. Donc la lecture d'un texte s'accompagne de mouvements oculaires extrêmement rapides => **macrosaccades oculaires** qui

amènent l'image de fragments successifs de texte sur la fovéa. Pendant une saccade, la vision est quasi inexistante. Entre deux saccades oculaires, la vision précise est possible quand l'oeil s'arrête sur un endroit du texte = **fixation oculaire**. Une saccade oculaire parcourt sensiblement 8 caractères, moins si le texte est complexe, une fixation dure environ 200ms et le regard se pose généralement sur le premier tiers du mot, cela signifie donc que nous sommes loin de regarder toutes les lettres d'un texte. Par ailleurs, nous savons que les saccades se font naturellement de la gauche vers la droite mais 10 à 15% des saccades se font dans l'autre sens => **processus de vérification** au cours du processus de compréhension. Cela veut dire que l'on va retourner voir un mot dont la signification a changé en fonction des mots suivants.

Dans une technique d'enregistrement oculographique, on modifie le texte pendant les saccades oculaires et on examine les effets sur la compréhension. Pendant la saccade on modifie un mot par un autre et on examine si le sujet l'aperçoit. Contrairement à ce que l'on a longtemps pensé, **l'empan d'identification** est plus large que la région fovéale du champ visuel. Autrement dit, nous détectons aussi des informations qui sont situées dans la région **parafovéale**, plus précisément des informations situées à 5° de part et d'autre de la zone de fixation. De ce fait, une fixation sur un mot sera moins longue si ce mot se trouvait dans la zone parafovéale de la fixation précédente, puisque le sujet a déjà pu capter avant la saccades certaines informations élémentaires concernant ce mot.

La durée de la fixation oculaire dépend de la signification d'un mot dans la phrase. C'est-à-dire que la fixation oculaire sera plus courte sur un mot très prédictible par le contexte et à l'opposé, elle sera plus longue sur un mot qui lève l'ambiguïté ou qui change la signification d'un mot qui a été lu précédemment.

Si notre perception dépend de la nature du stimulus extérieur et de nos récepteurs sensoriels, il existe de très nombreuses évidences expérimentales qui montrent que des variables de nature non perceptives, la motivation, les besoins, l'état émotionnel, la personnalité etc... peuvent déterminer passiblement la perception du monde physique. Différents exemples nous le montre:

- **le rôle du contexte** => exemple un B et un 13

- **nos attentes** => Freud "la paix dans la ville de Gortz" -> cela signifie que le désir secret et inconscient du lecteur déforme le texte dans lequel il introduit ce qui l'intéresse et ce qui le préoccupe.

- **la culture** => elle peut être à l'origine de certaines différences perceptives -> vignette visualisée par les africains et les européens.

- **les représentations sociales** => des étudiants sont invités à écouter la conférence d'un orateur étranger. L'expérimentateur va biaiser des informations sur l'orateur (soit étudiant, chargé de cours, maître de conférence, professeur titulaire de chaire). Distribution d'un questionnaire => une des questions concerne la taille supposée de l'orateur => plus le statut de l'orateur est élevé, plus il semble grand.

Deux principales théories explicatives:

- **la théorie de l'état central directeur**, qui souligne l'importance des facteurs comportementaux de la perception. L'individu perçoit surtout en fonction de ses besoins corporels, de ses valeurs, de sa personnalité etc..
- **la théorie de l'hypothèse**, elle complète la théorie de l'état central directeur et elle postule que la perception est un processus en trois étapes.

1) La théorie de l'état central directeur

Elle est née dans les années 50, l'objectif principal des théoriciens de l'ECD, dont notamment Allport visait à montrer l'importance des facteurs comportementaux dans la perception et se faisant, ils voulaient faire contrepoids à la théorie de la Gestalt qui selon eux avaient négligé les facteurs comportementaux en ne considérant que les facteurs structuraux.

La théorie de la Gestalt (= psychologie de la forme) postule que "le tout est plus que la somme des parties" => lorsque nous voyons un objet, la perception globale que nous en avons est immédiate et elle n'est pas le résultat d'une analyse de chaque caractéristique de cet objet => paradigme stimulus -> réponse. Autrement dit, dans la conception gestaliste, **le sujet ne faisait que recevoir passivement l'information.**

Les théoriciens de l'ECD vont introduire le schéma stimulus -> sujet -> réponse. Pour les théoriciens de l'ECD, les processus physiologiques attachés au système sensoriel ainsi que les conditions de stimulations ne sont pas les seuls facteurs fondamentaux de la perception. En effet, pour eux un sujet perçoit aussi en fonction de ses besoins, de ses valeurs, de ses tensions, de ses défenses, de sa personnalité... => **état central directeur**, ce qui va déterminer les perceptions de stimuli. Selon Allport, on peut résumer la théorie en six hypothèses spécifiques: - les besoins corporels ont tendance à déterminer ce qui est perçu

- la récompense et la punition (renforcement positif et négatif) associées à la perception d'objet tendent à déterminer ce qui est perçu
- les valeurs caractéristiques d'un individu tendent à déterminer la vitesse de reconnaissance de mots associés à ces valeurs
- la valeur que prend un objet pour un individu tend à déterminer sa grandeur apparente
- la personnalité d'un individu le prédispose à percevoir les choses d'une manière conforme à ses caractéristiques personnelles
- les stimuli verbaux qui sont troublants ou menaçants d'un point de vue émotionnel tendent à nécessiter un temps de reconnaissance plus long que celui requis pour des mots neutres. Par ailleurs, ces mots provoquent des réactions émotionnelles avant d'être perçus.

1) L'influence de la faim et de la soif

Il existe de multiples raisons de croire a priori que la faim et la soif peuvent affecter nos perceptions, par exemple la personne qui souffre d'inanition va faire des hallucinations de nourritures, ou l'exemple du mirage pour celui qui a soif.

Travail réalisé en 1953 par Lazarus et collaborateur. Lazarus a mesuré l'intensité lumineuse nécessaire pour l'identification du contenu d'une image représentant de la nourriture et ceci en fonction du nombre d'heures de privation de nourriture. Il a mesuré une baisse du seuil, c'est-à-dire une amélioration de la performance après seulement 3 ou 4h de jeûn.

En 1952, Gilchrist et Nesberg ont présenté des diapositives représentant de la nourriture après 15 secondes d'observation d'une diapositive, ils éteignaient le projecteur pendant 10 secondes et le rallumaient en changeant l'intensité à l'insu du sujet. La tâche du sujet était de ramener l'intensité à son niveau de départ. Deux groupes de sujets, un groupe contrôle ayant mangé normalement et un groupe expérimental à jeûn depuis 24h. Les résultats ont montré une surestimation de l'intensité chez le groupe expérimental.

Dans une deuxième expérience, les deux auteurs ont utilisé le même protocole => jeûn hydraulique de 18h => les sujets ont montré une importante surestimation. Une fois l'estimation terminée, les auteurs ont laissé boire à satiété les sujets et ont recommencé le test => sous-estimation importante de la luminosité.

Conclusion: Les résultats montrent un effet de la faim et de la soif sur certains comportements perceptifs.

Certains chercheurs ont contesté que l'effet de la motivation puisse concerner la perception proprement dite. Il est fort possible que la motivation n'influence pas le processus sensoriel, mais seulement le comportement observable, c'est-à-dire la réponse verbale ou la réponse motrice à partir de laquelle on tente de déduire le processus perceptif.

2) L'influence de la récompense et de la punition sur la perception

Travail réalisé en 1942 par Proshansky et Murphy => hypothèse -> si l'on conçoit la perception comme étant le résultat d'un apprentissage, alors un percept récompensé devrait finir par dominer, alors qu'à l'inverse, un percept qui est puni devrait disparaître.

Expérience: on présente à des sujets des séries de lignes de différentes longueurs qu'ils doivent évaluer. A chaque présentation d'une ligne longue, ils étaient récompensés par une petite somme d'argent et à chaque présentation d'une ligne courte, on leur retirait cette somme. Après un certain nombre de présentations, les sujets font de nouvelles estimations de longueur, mais sans obtenir ou perdre de l'argent. Les résultats révèlent une tendance chez les sujets expérimentaux à juger les lignes plus longues dans la deuxième phase de l'expérience, alors que chez les sujets du groupe contrôle qui n'ont reçu ni punition ni récompense ne présentaient pas cette tendance.

Critique => qu'est ce qui a été conditionné? La perception ou la réponse verbale?

3) L'influence de la valeur attribuée aux objets

Est-ce que la valeur que nous attribuons à un objet peut ou non influencer notre perception de sa taille?

En 1947, Bruner et Goodman ont testé cette hypothèse, ils ont fait estimer la taille de pièces de monnaie par un groupe de dix enfants. Le premier groupe était constitué d'enfants de milieu défavorisé et le second d'enfants de milieu plutôt favorisé. Le troisième groupe (= groupe contrôle) devait estimer la taille de cercle de carton ayant la taille de pièces de monnaie.

Les sujets devaient régler le diamètre d'un cercle lumineux par comparaison à une pièce de monnaie (ou un cercle de carton pour le groupe contrôle) qu'ils tenaient dans la main à environ 15 cm du cercle lumineux.

Les résultats généraux de cette expérience vont révéler une surestimation de la taille des pièces de monnaie par les deux groupes expérimentaux. Mais en fait, il y avait une plus forte surestimation de la taille des pièces de monnaie chez les enfants pauvres que chez les enfants favorisés.

Cependant, s'il existe une surestimation plus importante chez les enfants pauvres, n'est-ce pas parce qu'ils sont moins familiers avec l'argent?

Pour contourner cette difficulté en 1951, Ashley, Harper et Runyon au lieu d'utiliser deux groupes de sujets n'en ont pris qu'un seul, des étudiants de classe moyenne. Pour faire varier les sentiments de pauvreté ou de richesse chez les sujets, ils ont utilisé l'hypnose et donc, ils ont induit chez le sujet un oubli de son passé et lui ont fait croire qu'il était très pauvre et qu'il avait de graves problèmes d'argent. Puis on lui faisait l'expérience de Bruner et Goodman. La même procédure était ensuite reprise avec l'induction de l'impression de richesse. Par ailleurs, le groupe contrôle devait faire des estimations, mais sans être soumis à la suggestion hypnotique.

Les résultats confirment la principale hypothèse de Bruner et Goodman, c'est-à-dire qu'en état de pauvreté, la taille des pièces de monnaie semble plus grande. Alors qu'en état de richesse => sous estimation de la taille.

Néanmoins, les pièces de monnaie américaine ou une valeur intrasèque en rapport avec leur dimension. Donc, on peut faire l'hypothèse d'une association apprise entre la valeur monétaire de la pièce et sa taille.

Dans une dernière expérience, les auteurs ont remplacé la pièce de monnaie par une pièce de métal gris ayant elle une taille standard et ensuite, il ont fait effectuer aux sujets des réglages du diamètre en leur disant qu'il s'agissait soit de plomb, soit d'argent, soit d'or blanc, soit de platine.

Les résultats ont montré une augmentation de la grosseur apparente en fonction de la valeur du métal. Ce qui confirme pleinement l'hypothèse de départ.

4) Les valeurs personnelles et la perception

Un individu perçoit-il plus facilement un stimulus qui est associé à ses valeurs dominantes?

Pour répondre à cette question, Postman, Bruner et McGinnies en 1948 ont soumis des sujets à un test permettant de déterminer leur hiérarchie des valeurs. Il s'agit du **test d'Allport-Vernon** => questionnaire qui permet d'établir un profil individuel relatif à 6 catégories de valeurs:

- le théorique
- l'économique
- l'esthétique
- le social
- le politique
- le religieux.

Après avoir évalué le profil individuel des sujets, les auteurs ont mesuré le seuil de reconnaissance tachistoscopique pour des mots associés à ces 6 valeurs.

Les résultats vont dans le sens attendu, plus la catégorie à laquelle un mot est valorisé par le sujet, plus le seuil de reconnaissance du mot va être bas. Pour exprimer ces résultats, Postman et collaborateurs vont postuler l'existence de deux mécanismes perceptifs. **La sensibilisation** qui causerait l'abaissement du seuil de reconnaissance pour des mots valorisés et **la défense perceptive** qui élèverait le seuil pour les mots non valorisés.

Le concept de défense perceptive a connu un succès remarquable bien qu'il ait été très controversé => Peut-on concevoir dans le système perceptif humain un mécanisme qui filtrerait l'information? Et qui de ce fait nous empêcherait de percevoir des stimulus inacceptables.

Pour traiter de cet aspect, expérience réalisée en 1949 par McGinnie. L'auteur mesurait le seuil tachistoscopique de mots considérés comme tabou ainsi que de mots neutres. Cependant, afin de mesurer en même temps les réactions émotives engendrées par le stimulus, l'auteur mesurait la **réaction électrodermale** (RED) que l'on appelle aussi **réponse psychogalvanique** lors de chaque présentation de mots.

On peut recueillir à la surface de la peau un potentiel électrique dont on mesure la grandeur physique lorsque le sujet est au repos. Les stimulus qui déclenchent une émotion chez le sujet vont entraîner une variation de ce potentiel électrique que l'on appelle la **réponse électrodermale** ou **réponse psychogalvanique**. Le phénomène s'explique par l'activité des glandes sudoripaires, on voit que la paume des mains devient moite sous l'effet d'une émotion intense. Le même phénomène se produit par des émotions beaucoup plus faibles mais à un degré très atténué qui ne peut être repéré que grâce à un enregistreur électrique.

Les résultats sont les suivants => le seuil d'identification est significativement plus élevé pour les mots tabous que pour les mots neutres. De plus, les RED sont en moyenne plus élevés pour les mots tabous que pour les mots neutres.

McGinnies a interprété ses résultats de la façon suivante, la plupart des gens ont appris à éviter dès l'enfance des mots considérés comme tabou, sous peine de punition. Il se serait donc établi un sentiment de crainte et d'anxiété à l'évocation de ces symboles. Cette anxiété ne semble pas avoir totalement disparue comme le prouvent les résultats de la RED élevés pour les mots tabous.

Pour McGinnies, les résultats de cette expérience démontrent qu'il y a une défense perceptive à l'égard des mots tabous. Ces résultats posent deux types de problèmes: - il existe de grandes différences inter-individuelles, c'est-à-dire qu'alors que certains sujets perçoivent plus difficilement les mots tabous que les mots neutres, d'autres sujets les perçoivent plus facilement.

En 1954, Eriksen a proposé une explication psychanalytique de ces différents individus en invoquant le concept de **mécanisme de défense préféré**. Selon Eriksen, les individus ne réagissent pas tout le temps de la même manière à des stimuli qu'ils perçoivent comme étant menaçant. Les uns vont utiliser le **refoulement**, ce qui va entraîner une défense perceptive, les autres vont adopter **l'intellectualisation** qui va consister au contraire du refoulement à reconnaître la menace et à la neutraliser par la **rationnalisation**. Sur le plan perceptif, l'individu intellectualiseur montrera un seuil plus bas face à des stimulus anxiogènes que face à des stimulus neutres.

- lien entre la défense perceptive avec la **perception subliminale** ou encore **subceptive**. En admettant par exemple que la défense soit vraiment de nature perceptive, il faudrait supposer qu'avant la perception consciente, il se produirait une décision à un niveau inconscient relatif à savoir si oui ou non, le stimulus est menaçant pour l'individu. Autrement dit, la défense perceptive impliquerait de percevoir pour ne pas percevoir. On a appelé ce type de perception la perception subliminale. Or, le concept de perception subliminale ne cadrerait pas très bien avec la conception traditionnelle du processus perceptif et il a fallu faire la preuve de son existence en tant que mécanisme.

En 1967, Noizet et Brouchon ont effectué une expérience pour prouver l'existence de cette perception subceptive. À l'aide d'un tachistoscope, ils ont présenté à 11 sujets de manière aléatoire 12 mots pendant des durées trop brèves pour que le mot puisse être reconnu ou énoncé => il s'agit d'une présentation subliminale. Six de ces mots possédaient une résonance affective neutre, tandis que les six mots restants avaient une résonance affective plus forte. Les deux groupes de six mots possédaient la même familiarité.

=> On retrouve une RED plus forte pour les mots affectifs que pour les mots neutres. Voilà un exemple de la perception subliminale.

On va explorer des aspects de l'inconscient cognitif en rappelant tout d'abord que les psychophysiciens ont déterminé pour chaque modalité sensorielle le seuil absolu au-dessous duquel nous ne sommes plus capables de percevoir un stimulus. La perception subliminale ou

préconsciente renvoie à la perception et au traitement par le SNC de stimulations ou d'informations trop faibles pour donner lieu à une représentation consciente. Il y aurait donc perception et traitement d'informations mais tout ceci demeurerait à un niveau inconscient.

Hypothèse: Il existerait deux seuils:

- un seuil subjectif et supérieur pour lequel l'individu commence à peine d'être conscient du stimulus qu'on lui présente.
- un seuil objectif inférieur.

Entre ces deux seuils existerait le domaine de non conscience où l'individu n'a pas perçu consciemment le stimulus mais témoigne cependant d'une perception subliminale, c'est-à-dire préconsciente. Par exemple, la présentation tachistoscopique d'une image, même si elle n'est pas explicitement perçue va affecter la réponse ou le comportement ultérieur de l'individu. C'est ce que l'on appelle un **effet d'amorçage** au cours duquel le sujet qui a "vu sans voir" une image très brève, par exemple 4ms va voir son comportement ultérieur biaisé c'est-à-dire modifié sans pour autant qu'il ne se souvienne de l'image.

Si les théories psychanalytiques concernent avant tout l'inconscient qui par définition échappe à l'observation. La perception subliminale est peut-être une porte ouverte vers l'inconscient et constitue peut-être un moyen d'en étudier certains mécanismes. Par exemple aux Etats-Unis, Lloyd Silverman dans les années 80 a proposé afin d'étudier expérimentalement des hypothèses liées à la clinique analytique une méthode dite **méthode d'activation psychodynamique subliminale** qui a longtemps été ignorée par les psychanalyste au profit de l'hypnose.

L'histoire du subliminal a débuté en 1917 lorsque Foetz a démontré que des fragments d'images présentée au tachistoscope et non perçus de manière consciente étaient retrouvés dans les rêves de la nuit d'après.

En 1960, Fischer a repris ces travaux et il a montré que ces perceptions inconscientes se retrouvaient aussi dans les dessins effectués par les sujets.

Un an plus tôt, Eagle a démontré le rôle des perceptions subliminales sur les jugements. Il présentait à ses sujets de manière infraluminaires un dessin représentant un jeune garçon soit offrant une part de gâteau à quelqu'un, soit lui lançant ce gâteau au visage. Puis, il a demandé au sujet de juger sur une image qui restait fixe sur un écran si le garçon leur était plutôt sympathique ou plutôt antipathique étant entendu que sur cette image, l'attitude du garçon était neutre.

Les résultats ont montré un effet d'amorçage de l'image subliminale puisque le dessin "agressif" provoquait un jugement beaucoup moins favorable que le dessin "positif".

Dans les années 70 et 80, des centaines de travaux ont révélé des effets sur le jugement, sur la mémoire, sur la perception visuelle et auditive, sur le comportement verbal et même des réponses du système nerveux végétatif de ces stimulations non conscientes.

Silverman a démontré que des stimulations subliminales pouvaient activer des pulsions inconscientes impliquées dans des conflits intrapsychiques spécifiques, notamment chez des patients schizophrènes. Par exemple, l'auteur a mis en évidence le fait que la projection tachistoscopique d'une image représentant une agression contre un personnage féminin avec le message "Destroy Mommy" donnait lieu à une augmentation temporaire de la symptomatologie positive. À l'opposé, Silverman a aussi montré qu'une simulation symbiotique, par exemple un personnage masculin et féminin fusionnés l'un dans l'autre accompagné du message "Mommy and I are one" amenait une réduction de la symptomatologie.

Dans les années 90, le flambeau a été repris, notamment par des auteurs montréalais, notamment Borgeat qui s'intéresse lui plus à la notion de défense perceptive pour mettre en évidence des attitudes ou encore des conflits inconscients. Dans la théorie, on conçoit que la perception varie en fonction du contenu du message ainsi, un message ou un stimulus potentiellement perturbateur déclenchera de la défense perceptive et donc, ils seront perçus plus difficilement.

Une des expériences de Borgeat réunissait des hommes, des femmes âgées, des lesbiennes et des femmes enceintes. On projetait à ces sujets des images et des mots reliés à la grossesse, à l'enfantement et à la périnatalité à des vitesses très rapides au départ puis de plus en plus lentes, jusqu'à ce qu'ils ou qu'elles soient identifiées par les sujets.

Résultat:

+ Alors que le seuil d'identification était identique pour toutes et tous lorsque le sujet était neutre. Ce seuil était nettement différencié avec une augmentation chez les seules femmes enceintes lorsque le thème était connoté.

+ Les auteurs ont montré une gradation ascendante du seuil de reconnaissance, corrélée à posteriori par la dépression du post-partum (différent du "baby blues") => les femmes ayant mis le plus de temps à identifier les images sont celles souffrant le plus souvent de la dépression du post-partum.

Les données présentées suggèrent que l'information subliminale facilite ou inhibe le traitement de l'information perceptive avant que celle-ci ne parvienne à la conscience.

Par ailleurs, les données suggèrent un traitement sémantique de l'information avant que celle-ci n'atteigne le niveau conscient.

S'il semble assez clair que le processus perceptif dépend en partie de la motivation ainsi que de la personnalité (affectivité) du sujet, il demeure un paradoxe logique: Comment l'individu percevant va pouvoir décider d'avance qu'il va favoriser ou au contraire repousser telle ou telle perception? En d'autres termes, comment peut-on percevoir pour ne pas percevoir?

=> Une première solution serait d'envisager que la perception se fait en au moins deux étapes: - une étape de saisie préconsciente d'enregistrement et de vérification

- une seconde étape de traitement par la conscience dite claire.

Autrement dit, certaines sollicitations entrantes seraient préconsciemment favorisées ou supprimées avant même d'atteindre le niveau ultime de traitement, c'est-à-dire l'accès à la conscience. Dans ce cas, l'accès progressif de la perception à notre conscience débiterait dans la mémoire sensorielle, ce serait donc au niveau de cette MS fondamentalement non consciente, puisqu'il s'agit d'un système pré-perceptif de stockage très bref de l'information, que serait décidé si le stimulus doit être inhibé, c'est-à-dire s'il doit être traité plus lentement ou pas du tout, ou alors au contraire s'il doit être facilité dans le but de devenir plus rapidement conscient.

Autrement dit, à partir de l'ensemble des caractères de l'information parvenue aux récepteurs sensoriels, seules seront extraites quelques caractéristiques pertinentes compte tenu des attentes du sujet.

Autrement dit, ces registres sensoriels préperceptifs seraient placés sous l'influence descendante de directives intellectuelles et/ou émotionnelles qui vont mobilisées l'attention sélective du sujet.

Par conséquent, le sujet va s'attendre à percevoir certains événements. Donc, le choix de faciliter ou d'inhiber dépendrait de l'activation de **boucles de feedback** (alimentation en retour) émanant de la MLT qui seraient porteuses d'informations cognitives mais aussi **conatives** (notion d'émotion).

Auquel cas, un message cognitivement familier et/ou émotionnellement attendu et accepté entraînerait une baisse du seuil de reconnaissance. Tandis qu'un stimulus non familier ou émotionnellement négatif entraînerait le contraire, c'est-à-dire une augmentation du seuil de reconnaissance.

L'examen attentif des données que nous venons de voir montre qu'il existe des différences individuelles pour la plupart des situations perceptives. Or, il semblerait que les déviations, les erreurs par rapport à la moyenne des conduites perceptives ne soient pas toutes fortuites, car un seul et même sujet peut-être constant dans ses erreurs.

Parmi les travaux qui ont permis d'avancer qu'il existerait un lien entre la façon de percevoir et la personnalité => opposition entre les individus intellectualiseurs qui réagissaient par la vigilance ce qui entraînait chez eux une diminution du seuil de la perception et des individus refouleurs qui eux réagissaient par la défense perceptive, ce qui entraînait chez eux une augmentation du seuil de perception.

Il existe un deuxième type de travaux

=> la dépendance opposé à l'indépendance à l'égard du champ.

Et un troisième corps de travaux

=> l'intolérance à l'ambiguïté.

5) L'intolérance à l'ambiguïté

Ce concept de tolérance à l'ambiguïté s'appuie sur la notion psychanalytique d'**ambivalence**, c'est-à-dire la coexistence chez un même individu d'une pulsion d'amour mais aussi de haine pour un même objet. Donc un sujet ambivalent sera flexible et il acceptera de considérer des éléments contradictoires avec ses attitudes de bases. Tandis que l'individu non ambivalent ou monovalent ou porté aux préjugés adoptera l'attitude contraire, c'est-à-dire la rigidité et l'intolérance.

Ce qui est intéressant dans cette problématique, c'est que contrairement aux travaux concernant l'intellectualisation/le refoulement et dépendance/indépendance à l'égard du champ où l'on part d'une dimension perceptive pour en déduire des dimensions non perceptives, c'est-à-dire en terme de personnalité. Là, on fait le chemin inverse, on va partir de la personnalité pour en déduire ce que va percevoir le sujet.

=> Expérience de Frenkel-Brusnik (1949)

On présente au sujet une série de figures dont la première représente un visage d'homme et les suivantes qui présentent des transformations progressives aboutissant finalement à l'image d'une jeune femme dénudée vue de profil.

On observe que les sujets qui étaient portés à avoir des préjugés répondaient et donc repéraient beaucoup moins vite le changement opéré, probablement parce qu'ils tendaient à ignorer les caractéristiques non conformes de leur hypothèse initiale.

Conclusion: La dépendance/indépendance à l'égard du champ, mais aussi l'opposition intellectualisation/refoulement mais aussi l'intolérance à l'ambivalence sont des exemples de contrôles cognitifs, c'est-à-dire une façon personnelle d'aborder une situation perceptive, mais aussi une situation d'apprentissage ou encore une façon de résoudre les problèmes. On définit le style cognitif de l'individu comme étant la somme de ses contrôles cognitifs préférés.

II) La théorie de l'hypothèse (attente) confrontée à l'information

Théorie proposée par Postman et Bruner en 1951. Elle va chercher à combler un certain nombre de lacunes de la théorie de l'ECD. Cette théorie s'intéresse au rôle des attitudes préperceptives dans la perception.

Dans cette théorie de la perception, le concept d'hypothèse renvoie aux attentes, c'est-à-dire à des prédispositions de l'organisme qui vont servir à sélectionner, à organiser et à transformer l'information du stimulus provenant de l'environnement.

Pour ces auteurs, les entrées sensorielles ne font pas que capter de l'énergie car elles véhiculent aussi et surtout de l'information concernant l'environnement. Pour Bruner et Postman, le processus perceptif est cyclique et il se déroule en trois temps: - la formulation d'hypothèse concernant le stimulus

d'informations sur ces stimulus

-

l'acceptation ou au contraire le rejet des hypothèses.

L'action de percevoir débute par une attente, c'est-à-dire une **préparation à percevoir** une chose ou une catégorie de choses particulières. Donc, le fait de percevoir à lieu dans un organisme préparé.

Dans un deuxième temps, l'information issue de l'environnement et pénétrant dans le système perceptif va élargir ou au contraire rétrécir l'étendue, c'est-à-dire le nombre des hypothèses possibles.

La troisième étape du cycle va consister en une procédure de confirmation ou d'infirmerie d'une hypothèse spécifique.

Donc, si l'information confirme l'hypothèse, il en résultera une organisation perceptive stable. Dans le cas contraire, l'hypothèse sera orientée dans une autre direction et le cycle perceptif recommencera.

Pour les auteurs, cette vérification d'hypothèses est non consciente. Cela signifie donc que le sujet ne prend pas conscience de l'information qui va déterminer son choix perceptif.

Autrement dit, la relation entre l'hypothèse et l'information qui est cyclique débute par un processus d'essai puis se poursuit par un processus de contrôle et elle s'achève lorsqu'une confirmation est acquise.

Par ailleurs, en ce qui concerne la force de l'hypothèse, la théorie stipule deux choses, plus la force de l'hypothèse est grande, plus la somme d'informations appropriée pour la confirmer sera faible. Et donc, plus la force de l'hypothèse est grande, plus la somme d'informations contradictoires pour l'inférer sera grande.

Autrement dit, une hypothèse très forte aura tendance à être confirmée même si une grande partie de l'information disponible est inappropriée. Et de manière réciproque, une hypothèse faible aura tendance à être infirmée même si une grande partie de l'information disponible est appropriée.

Enfin, de façon plus spécifique, la théorie postule l'existence de 5 facteurs différents qui peuvent agir isolément ou en commun et qui vont déterminer la force de l'hypothèse et donc sa probabilité d'être choisie.

1) La fréquence de la confirmation passée

C'est-à-dire que plus une attente (hypothèse) a été confirmée dans le passé, plus grande sera sa force. En effet, l'hypothèse sera plus rapidement disponible et elle nécessitera moins

d'informations appropriées pour être confirmées et plus d'informations contradictoires pour être infirmées.

=> Expérience: on présente au sujet de lettres imprimées, soit normalement, soit inversée à 180°. Les deux types de lettres sont présentées en vision centrale puis en vision périphérique. Les résultats montrent qu'aussi bien en vision centrale qu'en vision périphérique, le temps de réaction des lettres inversées qui mesure le seuil d'identification est toujours beaucoup plus élevé que celui des lettres normales.

2) Le monopole du nombre d'hypothèses alternatives (de rechange)

Dans une situation donnée, plus le nombre d'hypothèses alternatives est élevé, plus l'information nécessaire pour confirmer l'une de ces hypothèse devra être grande.

=> Expérience: Le matériel présenté visuellement est composé de couples de mots, la tâche consiste à identifier le plus vite possible dans le couple le nom désignant une couleur. Lorsque les deux mots d'un couple désigne d'embée une couleur, le temps moyen d'identification d'une couleur est de 191ms. Par contre lorsqu'un seul des deux mots désigne une couleur, alors, le temps moyen d'identification s'élève à 248ms (+57ms). L'élévation du seuil d'identification est proportionnel à la quantité d'informations transmises. Cette quantité d'informations transmises peut-être calculé par le logarithme du nombre des possibilités.

3) Le support cognitif

Plus une hypothèse est intégrée dans une organisation cognitive, plus elle sera résistante au changement. Les auteurs appellent organisation cognitive un ensemble d'hypothèses qui sont associées les unes aux autres et qui sont gouvernées par des principes communs. Les auteurs nous disent que dans une organisation cognitive, les confirmations antérieures sont généralisées à toutes les parties de l'organisation. De ce fait, plus une hypothèse est fortement intégrée dans une large organisation cognitive, plus elle sera résistante au changement.

=> Exemple: on met plus de temps à identifier une lettre inversée comme étant réellement inversée quand cette lettre est incluse dans un mot qui a une signification que lorsque la lettre inversée fait partie d'une série de lettres indépendantes ou lorsque cette lettre est insérée dans un mot qui n'a aucun sens. Ou encore l'exemple du titre de "Libération".

L'organisation cognitive, c'est-à-dire le contexte, c'est-à-dire le réseau sémantique suppose l'hypothèse que toutes les lettres sont imprimées normalement et cet effet contextuel est d'autant plus puissant avec les mots ayant un sens.

4) La dominance des hypothèses en l'absence d'informations appropriées

Moins il y a d'informations appropriées disponibles, plus l'information perceptive sera déterminée par l'**hypothèse dominante**. Autrement dit, en cas de sous information, l'organisation perceptive va être dominée par défaut au profit de l'hypothèse dominante.

5) La validation consensuelle

En l'absence d'informations appropriées, le consensus social parmi les membres d'un groupe va servir à valider une hypothèse. En effet, pour chaque individu composant le groupe, le processus de socialisation engendre la construction d'un système d'hypothèse qui le prépare à percevoir et à connaître son environnement de la manière que sa culture favorise.

=> Exemple: le mouvement autocinétique = l'illusion de mouvement proposée par Sheriff en 1937, on constate que dans l'obscurité, un point lumineux immobile semble se mettre en mouvement après environ 9s. Sheriff a montré que lorsque la perception est isolée, les estimations de l'amplitude du mouvement sont très dispersées. Alors qu'en petit groupe, les estimations quant à l'amplitude du mouvement convergent, sont très rapides et surtout, elles se maintiennent pendant les autres séances, que celles-ci soient collectives ou qu'elles redeviennent individuelles.

Autrement dit, il semblerait que le consensus social en générant une hypothèse culturellement acceptable affecte la réponse verbale du sujet. Dans ce type d'expérience, il faut distinguer le processus perceptif et la réponse perceptive verbale, c'est-à-dire la décision verbale que prend le sujet.

Exemple d'une collision entre une moto et une 2CV, un piéton passant par là est prêt à témoigner en faveur de la victime (le motard). Le témoin en l'occurrence, le sociologue Edgar Moreil s'est pourtant radicalement trompé. En fait, c'est le motard qui est passé au rouge et qui a heurté la voiture, il reconnaît d'ailleurs lui-même sa responsabilité dans l'accident. Edgar Moreil note la chose suivante: "J'ai du coup compris que ma perception avait été immédiatement ordonnée en fonction d'une importante rationalité. A savoir que le petit avait été renversé, c'était donc le gros qui avait renversé le petit et donc lui était rentré dedans. J'étais sûr d'avoir bien vu, mais quelques instants après, la preuve matérielle infirmait ma vision."

Cette anecdote note clairement que la perception ne dépend pas seulement du stimulus ni des récepteurs sensoriels du sujet, mais aussi de nos expériences passées, de nos attentes, de nos émotions, de nos motivations, de nos connaissances antérieures...

PSYCHOLOGIE COGNITIVE TDs

14.09.2015

IV- La notion de représentation(s)

V- La relation existant entre les images mentales et la perception (physique)

Perception va sous entendre physique. On va s'intéresser à des images mentales qui n'existent plus physiquement.

VI- Caractéristiques des représentations

Puisque l'homme ne peut que se représenter et agir sur les représentations, TOUT est représentation. Les représentations peuvent par exemple être imagées mais également être verbales.

La notion de représentations :

Le concept est particulièrement polysémique (plusieurs sens), il est particulièrement ambigu. **Polysémique car le concept de représentation renvoie à des définitions très différentes selon la sous discipline à laquelle on fait référence**, par exemple en psychologie sociale ou en psychologie cognitive. Beaucoup de disciplines utilisent le terme représentation mais n'a pas la même définition qu'une autre discipline.

Du fait de cette ambiguïté, **les psychologues behavioristes ont longtemps (40 ans) contesté, nié, la légitimité scientifique, c'est-à-dire, objective de ce concept.** Le comportementalisme va s'imposer entre 1920 et 1955 environ. L'homme est réduit à un état d'automate, dénué de libre arbitre. **Il réagit à un comportement stimulus -> Réponse.** Lorsque le comportement sera adapté, l'individu le reproduira, pour un comportement inadapté, celui ci sera supprimé du répertoire de l'individu.

L'essentiel du travail des behavioristes a disparu, car il était incapable d'expliquer le comportement humain, bien que cela explique en parti l'apprentissage. Pendant une trentaine d'années, des domaines n'ont pas été ou ont été mal abordés. On ne s'est par ailleurs par intéressés à la notion de représentations.

C'est en 1971 que le retour à des travaux en cognitive à propos des représentations à lieu. Progressivement, et jusqu'à nos jours, différentes techniques ont permis de connaître et de comprendre ce que sont les représentations mentales.

Les behavioristes ont été néfastes au développement de la psychologie pour 2 raisons :

Une raison de nature idéologique : Ce qui n'est pas scientifique est illégitime. Si on ne peut pas

observer les choses alors ça n'existe pas, scientifiquement parlant. Les behavioristes étaient des thomistes, c'est-à-dire qu'ils étaient des disciples de St Thomas d'Aquin, on ne croit que ce que l'on voit. Il y a quelques années, on ne disposait pas des moyens technologiques pour savoir ce qu'est une représentation mentale.

Dans les années 50, 2 techniques existaient pour voir le fonctionnement de notre cerveau :

L'électroencéphalographie. Aujourd'hui elle est numérisée et consiste à enregistrer sur la peau du crâne, des courants bio électriques qui sont produit du fonctionnement du cerveau et que l'on enregistre grâce à des électrodes placés sur le crâne. On sait que le cerveau produit de l'électricité depuis le XIXème siècle. Dans les années 1920, un psychiatre va introduire l'électroencéphalographie dans le but de traiter certaines maladie et voir quel type d'onde se propage dans le cerveau. Cependant cette technique ne va pas dire qu'une zone du cerveau va s'activer plus qu'une autre selon les tâches qu'il réalise.

La deuxième technique est la **pneumo encéphalographie** qui est une technique de radiographie.

L'atome est électriquement neutre. Certains atomes sont isotopes, ils sont instables et vont se désintégrer. La désintégration va donner lieu à la création d'une particule élémentaire, un positon, un antiélectron, une particule d'antimatière. Il existe dans les laboratoires de radiobiologie et dans les étoiles. L'oxygène 15 respiré va amener des positions dans le cerveau qui vont rencontrer spontanément des électrons. Le résultat de cette rencontre va être annihilation. Le résultat de cette annihilation va être la production de 2 graines de lumière que l'on appelle des photons, gamma 1 et gamma 2. Ces 2 graines de lumière vont se déplacer de façon diamétralement opposée. Le principe physique que nous venons d'expliquer est à la base d'une technique que l'on appelle la tomographie par émission de positons (T.E.P) ou caméra à positons ou en anglais le pet scan.

L'imagerie cérébrale (IC) est composée de 2 grandes entités : **l'imagerie anatomique (IA)** et **l'imagerie fonctionnelle (IF).**

L'imagerie anatomique est statique tandis que **l'imagerie fonctionnelle est dynamique.** Parmi l'imagerie anatomique on trouve la radiologie aux rayons X, l'IRM, le scanner aux rayons X, l'échographie (ultrasons).

L'imagerie fonctionnelle comprend la T.E.P et permet de **voir le cerveau travailler en temps réel.**

Le cerveau a besoin d'oxygène et de glucose. Il existe un principe qui est le suivant : **Plus un neurone est actif, plus il consomme de l'oxygène et du glucose.** Cela lui sera amené par le sang des artères. **Plus une zone cérébrale est active, plus elle va avoir besoin de consommer de l'oxygène et du glucose et plus la quantité de sang nécessaire va être importante.** La technique qui sous-tend la T.E.P qui va permettre d'enregistrer les variations du débit sanguin cérébral local. Il s'agit donc d'une mesure du métabolisme intracérébral.

NB : Sans les progrès de l'informatique, il n'y aurait pas eu les techniques d'imagerie médicale.

On allonge l'individu sur un lit rétractable et sa tête pénètre dans la machine (la caméra à positons). Devant les yeux du sujet, on positionne un petit écran, une tablette sur laquelle on va pouvoir lui donner des indications et/ou lui présenter des stimuli. Par exemple, on va lui demander de faire du calcul mental. Avant qu'il commence son travail de calcul mental, on lui

met un masque sur le nez et on lui fait respirer de l'oxygène 15 pendant plusieurs minutes. Cet oxygène va entrer dans le corps et commencer le processus de désintégration.

Les zones cérébrales activées par cette tâche vont être hyper perfusées.

Autour de la tête du sujet, il y a une couronne de détecteurs sensibles. Ces détecteurs vont détecter les photons qui s'échappent du cerveau.

Avant cet examen, on fait une IRM du cerveau de l'individu. Un logiciel va additionner l'image de l'IRM avec le résultat du fonctionnement dynamique.

Par convention, on va faire choisir un code couleur et dire : Quand on veut représenter une zone qui est particulièrement active, alors on utilisera une couleur rouge vive. Quand ce sera assez actif, on utilisera du orange. Quand ce sera actif, on utilisera jaune. Lorsque c'est complètement inactif, on va mettre du violet. Lorsque c'est assez inactif, on va mettre du bleu.

Ces images nous permettent de savoir ce qu'il se passe et où ça se passe lorsque l'individu effectue une tâche qui implique une représentation du monde qui l'entoure. Pour pouvoir expliquer ces images, il faut posséder la connaissance du psychologue et la technique du radiologue. On peut donc dire avec ces connaissances quand le patient pense à un aliment.

Ces techniques d'imagerie vont donc permettre de pénétrer dans l'intimité des individus, qu'ils le veulent ou non.

Le concept de représentations :

Lorsqu'il ne désigne pas des catégories mentales telles que nos pensées, nos croyances, nos souhaits, nos désirs... alors **il fait référence plus simplement à des objets ou à des événements physiques extrêmement divers**. Par exemple, un tableau est une représentation, un dessin est une représentation, une photo est une représentation, un plan d'architecte est une représentation. On peut donc faire des représentations de quelque chose à partir de stimuli qui sont à la fois différents des objets ou des situations auxquelles ils renvoient mais qui sont en même temps suffisamment semblable à ceux-ci pour pouvoir être pris ou pour pouvoir être traité comme eux.

La notion « être une représentation de... » renvoie à 4 composants :

- Grands A et B dans lesquels A est l'objet représentant tandis que B est l'objet représenté. **L'objet représenté est l'objet réel et l'objet représentant est son double.**

Grand R pour relation, qui est une relation **analogique** entre A et B. Une relation analogique est une relation d'équivalence.

L'agent cognitif C (cerveau) pour qui A représente B. On dit que **c'est grâce à C qu'une activité cognitive que l'on dit symbolique, sémiotique est appliquée à A et à B et que dès lors A peut être pris ou traité comme B.**

Pour les animaux inférieurs (non primates) et pour les bébés **sans C** alors on dira que A ne représente pas. Un bébé ne peut pas se représenter sa mère si elle disparaît de son champ de vision.

Pour l'animal, en 1970, Gallup prend des chimpanzés, les endort et pendant leur sommeil il leur peint sur le front un cercle rouge qui est fait d'un colorant, la rodamine B qui a pour particularité de ne pas avoir d'odeur, pas de goût et surtout quand on l'applique sur le poil, elle ne modifie pas la texture du poil. Les animaux on les transporte dans un grand enclos où l'on dispose de la nourriture et à proximité de la nourriture on dispose des miroirs. Les animaux se réveillent, se précipitent pour manger et s'approchent du miroir par curiosité. Ils vont donc essayer d'enlever le cercle donc ils reconnaissent leur physiologie. Ils se représentent leur propre image.

Pour les animaux inférieurs, si on gare notre voiture à proximité d'un arbre, des oiseaux, des pinçons viendront nicher dans ces arbres. On pourra alors placer des grains de pop corn à proximité du rétroviseur. L'oiseau se posera à côté de rétroviseur, va commencer à picorer et jeter un coup d'œil dans le rétroviseur et va attaquer le rétroviseur en pensant que c'est un congénère qui est en train de manger sa nourriture.

Ce schéma est différent pour les cas où la relation entre la représentation et ce qui est représenté est non plus analogique, mais **arbitraire**, et donc **conventionnelle** par définition.

L'exemple de cette représentation est celui de langage et notamment le ou les langage(s) formel(s) parmi lesquels le langage mathématique.

Il existe une 3^{ème} modalité de représentation, apparentée à la modalité analogique mais qui est néanmoins différente. Dans ce type de représentation, **il n'existe pas une similarité objective entre A et B mais plutôt un lien symbolique**, résultant du fait que A a été souvent **associé** à B. Par exemple, au cours d'épisodes affectifs, où les émotions sont extrêmement fortes. Dans ce cas, A pourra représenter B.

Exemple : faucille et marteau, croix chrétienne, croix nazie, la virgule de Nike (swoosh en anglais).

La 4^{ème} forme de représentations : L'informatique a apporté une véritable mutation dans les esprits en prenant pour base l'hypothèse selon laquelle l'opposition de 2 éventualités abstraites, à savoir {0} et {1} que l'on appelle un bit a pour vocation de TOUT représenter. Il en découle que des supports très divers, par exemple le CD musical, le DVD, la fibre optique, le MP3, le disque dur d'ordinateur, les satellites, etc... Ces supports vont permettre de véhiculer et/ou de stocker des représentations **numériques** abstraitement équivalentes, c'est-à-dire des suites de 0 et de 1 qui vont permettre de reproduire des sons audibles, des images, des objets visibles, etc...

Les images mentales et les images de nature visuelle

Une image mentale est une représentation interne suscitée en l'absence de son objet et possédant des caractéristiques proches de la perception (taille, forme, couleur, position spatiale...). Au niveau méthodologique, pour caractériser l'imagerie mentale, on a très longtemps utilisé le témoignage direct, associé à la mesure de temps de réaction (TR). Cette dernière mesure a été progressivement remplacée par la mesure des variations du débit sanguin cérébral local, c'est-à-dire le pet-scan.

On verra que l'on utilise ce type de réponse, TR ou variation DSCL dans 3 types de tâches :

3. La **formation** d'une image mentale
4. La **manipulation** d'une image mentale
5. **L'exploration** d'une image mentale

Avant d'examiner la nature des images mentales, on va présenter quelques exemples concrets qui montrent l'importance **fonctionnelle** des images mentales dans la vie quotidienne et surtout dans les situations de travail. Autrement dit ce sont des exemples de recherches appliquées.

1er exemple : L'imagerie mentale comme exercice mental de substitution

Plusieurs études conduites au Canada par Richardson et par Michel Savoyant en France, ont montré dans les années 80 que l'imagerie mentale pouvait jouer un rôle décisif dans l'acquisition, dans l'apprentissage d'un geste sportif, **jamais réalisé**. L'élément fondamental du protocole nécessite une expertise minimum en gymnastique.

Les sujets qui vont participer à l'expérience de Michel Savoyant sont étudiants en STAPS, des hommes mais il va éliminer du panel retenu, les extrêmes, c'est-à-dire les gens trop experts et trop mauvais en gymnastique. Par ailleurs, il va faire passer à tout le monde un test d'imagerie mentale et il va enlever ceux qui sont trop bons ou trop mauvais à ce test. L'évaluation de la performance future des sujets a été réalisée par 3 quotateurs indépendants, c'est-à-dire 3 personnes qui ne se connaissent pas, qui ne se rencontrent jamais, qui ne se parlent pas.

Chaque sujet recevait un descriptif verbal très détaillé d'un geste sportif à réaliser, à savoir, un mouvement à la barre fixe. Les sujets devaient à raison de 10 minutes par jour et ce pendant 6 jours (du lundi au samedi) « se voir et se sentir » en train d'accomplir chacun des mouvements décrits verbalement. Cela est possible grâce à la proprioception. Le dimanche, le septième jour, les sujets réalisent physiquement le geste sportif, de ce mouvement à la barre fixe.

Il y avait 2 groupes expérimental. Le second groupe expérimental vont du lundi au samedi réalisé physiquement le geste, ainsi que le septième jour. Le groupe contrôle ne fera rien de précis. Rien VS physique ou mental.

Résultats : La performance des sujets en situation d'imagerie mentale est équivalente à celle des

sujets qui ont réalisé physiquement le geste pendant 6 jours.

Cela revient à dire que faire ou imaginer c'est exactement la même chose, du point de vue de la performance.

Schéma

L'aire 6 fabrique les programmes moteurs

Dans ces 2 situations les sujets respirent de l'oxygène 15, on les met dans une caméra à positons et on leur demande soit d'imaginer qu'ils fléchissent le doigt soit de le fléchir.

Pour cela il faut au moins 3 choses :

6. L'étape dite de volition , c'est-à-dire la motivation
7. Programmation motrice, c'est-à-dire que dans une partie de cerveau, un certain nombre de muscles soit sélectionnés, dans un ordre précis.
8. La phase d'exécution motrice : Les ordres moteurs qui ont été programmés lors de la phase précédente seront envoyé directement sur chaque muscle.

12.10.2015

Le **corps calleux** correspond à environ 1 million d'axones qui relient les 2 hémisphères ensemble. Au dessus du corps calleux, une bande de cortex entoure le corps calleux, c'est le **gyrus cingulaire antérieur**. On va observer une surconsommation d'oxygène 15 dans les 2 modalités car le gyrus est impliqué dans la prise de décision. Les patients apathiques qui sont dans l'incapacité de prendre une décision parce que le gyrus cingulaire antérieur ne fonctionne pas correctement.

L'aire pré motrice n°6 vont être activé puisque c'est là que va être réalisé ou imaginé le mouvement.

Les aires 5 et 7 correspondent à la proprioception, en mouvement réalisé ou imaginé, ces zones sont activées.

Les aires somesthésiques 3, 1 et 2 sont activées car quand on réalise ou qu'on imagine un mouvement on va avoir des sensations tactiles. Cette zone renvoie à la sensibilité corporelle.

Dans les 2 situations on va observer l'activation de **l'aire n°17 qui est l'air visuelle.**

Que le mouvement soit réalisé ou imaginé, du point de vue de la consommation en oxygène isotopique, on a la même activation, sauf dans le mouvement réalisé, où l'air motrice n°4 est activée. Elle va envoyer des ordres moteurs sur les différents muscles qui vont permettre de réaliser le mouvement. C'est la seule différence entre les 2 modalités.

L'intelligence du mouvement n'est pas dans l'aire n°4 mais dans l'aire n°6, où se fabrique la programmation, « l'itinéraire ».

Quelqu'un qui imagine un mouvement ou qui le fait met en jeu les mêmes aires du cerveau, exceptée l'aire n°4. Quand quelqu'un observe quelqu'un d'autre en train de faire quelque chose, le cerveau est actif, cette observation correspond à une forme particulière d'apprentissage, **l'apprentissage par imitation**. Faire et voir faire c'est la même chose.

Second exemple : L'image dite opérative en tant que représentation liée à l'action

Travaux d'un psychologue soviétique qui a publié en 1968 un article de synthèse de travaux réalisés dans le monde entier y compris les siens. **Cet auteur c'est Ochanine, publié en 1968.**

Le concept d'image opérative est dû à Ochanine et a pour point de départ la dualité fonctionnelle du psychisme ou l'on distingue ce que l'on appelle une **fonction cognitive** et d'autre part une **fonction régulatrice**.

La fonction cognitive a tendance à sur les objets et les situations et de ce fait, elle entraîne une surabondance informationnelle. Cette surabondance est peu compatible avec une action rapide et efficace. Pour contourner cet écueil, l'image opérative va jouer un rôle régulateur en ne reflétant que les **dimensions utiles et pertinentes** des objets ou des situations.

La théorie de l'opérativité d'Ochanine, postule que l'Homme est pluri final, c'est-à-dire qu'il doit souvent accomplir des tâches différentes sur un même objet et que de ce fait, il a besoin d'informations différentes à des moments différents et adaptées à la tâche en cours. Dans la théorie de l'opérativité, la représentation mentale des objets, c'est-à-dire l'image opérative va être modulée par la tâche à accomplir et ceci afin d'atteindre un objectif donné. En effet, face aux informations qui arrivent en trop grand nombre, le système cognitif doit effectuer un **filtrage sélectif comme prémices à l'action.**

Les propriétés les plus importantes de l'image opérative sont :

9. L'intentionnalité

10. **Le laconisme**, c'est-à-dire que seul l'essentiel pertinent sera représenté
11. **La plasticité**, l'image opérative sera en adéquation avec la tâche à accomplir
12. **La déformation fonctionnelle**, il va y avoir une accentuation des caractéristiques ayant une signification fonctionnelle particulière

Comment l'image se constitue au cours de l'apprentissage ? (Expérience d'Ochanine)

L'expérience portait sur le diagnostic médical des maladies nodulaires de la glande thyroïde. Un nodule est une excroissance de tissu qui peut être bénigne ou maligne. Une excroissance bénigne, est un nodule froid. Quand le nodule est cancéreux, c'est un nodule chaud.

Cette expérience a nécessité la construction de 3 groupes de sujets différents.

Le premier groupe était constitué de médecins seniors (chefs de service en ORL).

Le deuxième groupe était composé par des médecins juniors (internes qui se spécialisent en ORL).

Le troisième groupe était constitué par des infirmières diplômées d'état qui sont en sur-spécialisation en ORL.

L'expérience va se faire en 4 étapes :

1^{ère} étape : Les sujets commençaient par palper la glande malade. La palpation est un acte subjectif car cela passe par la perception. Puis ils réalisent un modelage en terre glaise correspondant aux sensations tactiles qu'ils ont ressenti lors de la palpation de la glande.

2^{ème} étape : Les sujets examinent un scintigramme, c'est-à-dire une image graphique réalisée après la fixation d'iodes radioactifs dans le tissu thyroïdien. La scintigraphie est utilisée en orthopédie, en ORL

L'iode a une affinité particulière pour le tissu thyroïdien, quand de l'iode est présent dans le circulation, on va venir se fixer, former comme une carapace, sur les cellules thyroïdiennes. Dans les villes et villages qui sont à proximité des centrales nucléaires, les populations ont des pastilles d'iode et savent qu'en cas d'échappement dans l'air de radioactivité qu'elles doivent systématiquement prendre des cachets d'iode afin de former la carapace autour de la carapace. Elle va empêcher la radioactivité de se former sur la glande thyroïde.

Quand le tissu thyroïdien est sain, il va absorber l'iode radioactif qui va se fixer. Lorsque le tissu thyroïdien est malade, l'iode radioactif ne se fixe pas et sur l'image il va y avoir des lacunes, des endroits où il y a des nodules chauds. Les sujets vont examiner des scintigrammes de ce style. Le scintigramme est un examen qui est objectif. Après l'examen du scintigramme ils effectuent un modelage.

3^{ème} étape : Les sujets réexaminent le scintigramme puis ils palpent la glande malade et enfin ils réalisent un troisième et dernier modelage. Le troisième modelage va être la VD qui permet la mesure.

4^{ème} étape : Les sujets font un diagnostic.

Résultats : Chez les médecins experts, les modelages présentent des écarts importants par rapport à la réalité objective (celle apportée par le scintigramme) mais ces écarts ne sont ni des erreurs ni des imperfections aléatoires. Ces écarts par rapport à la réalité constituent ce qu'on appelle des déformations fonctionnelles, c'est-à-dire que dans le modelage de ces médecins, les détails non significatifs vont être négligés tandis que les détails significatifs pour le diagnostic vont être hypertrophiés.

Le modelage des médecins juniors et des infirmières montrent qu'ils réalisent des modelages qui sont anatomiquement très conformes à la réalité mais ces modelages sont moins riches en informations pertinentes, c'est-à-dire ils sont moins parlants.

Un expert fonctionne différemment d'un érudit.

L'image opérative se construit avec l'apprentissage, c'est la capacité à savoir trier les informations uniquement essentielles.

Expérience d'Enard (1968)

Elle concerne la carte géographique mentale des contrôleurs du trafic aérien.

Le travail des contrôleurs exige en théorie qu'ils aient une représentation mentale, autrement dit une carte prétendument objective, de l'infrastructure géographique des espaces aériens correspondant aux différents secteurs de contrôle.

Les 6 éléments constitutifs de la carte mentale prétendument objective sont :

13. L'orientation des pistes et des balises par rapport aux axes Nord-Sud et par rapport à l'axe Est-Ouest.
14. Une représentation de la position des balises sur chacune des pistes
15. Connaître précisément les distances entre les balises
16. Les angles formés par les différentes pistes les unes par rapport aux autres
17. Une représentation des zones réservées
18. L'altitude des planchers et des plafonds des différentes pistes

Le but de l'expérience consistait à accéder à la carte mentale subjective des contrôleurs aériens, de manière à la comparer avec la carte prétendument objective.

La tâche proposée aux sujets était de dessiner leur carte telle qu'ils se la représentaient sur un rétroprojecteur avec un transparent. L'activité de dessin était filmée à l'insu du sujet (caméra au plafond) pour savoir par quoi ils commencent et ce par quoi ils finissent. Ils commencent par le plus important et terminent par les détails.

Les résultats montrent que la carte subjective des contrôleurs est très différente de la carte objective car les éléments principaux du dispositif, les points chauds de contrôle ont été survalorisés tandis que les éléments secondaires ont été soit négligés (non représentés) soit erronés, notamment les relations métriques entre les éléments étaient soit imprécises, ou bien carrément fausses, tandis que les représentations topologiques (à gauche, à droite, devant, derrière, en haut, en bas, etc....), elles, étaient conservées. Les surestimations, les sous-estimations, les oublis et les déformations variaient selon les secteurs de contrôle et ils étaient corrélés avec la densité du trafic aérien. La plasticité de l'image opérative est mise en œuvre.

L'image opérative n'est pas figée, elle va se modifier en fonction du travail à effectuer.

L'image mentale et perception physique (aspects fondamentaux)

Les recherches contemporaines plaident en faveur d'une analogie (= équivalence) **fonctionnelle** et **structurale** entre l'image et la perception

L'imagerie mentale et la perception

« On vise avec ses yeux mais on perçoit avec son cerveau. »

La rétine est un capteur ni + ni -. Les recherches contemporaines plaident en faveur d'une analogie (= équivalence) fonctionnelle et d'une analogie structurale entre l'image (représentation) et la perception (sous-entendue physique).

En effet, l'imagerie et la perception sont intimement liées puisque c'est à partir de la perception que nous avons formé et que nous avons stocké en **MLT** (de nature sémantique) que nous pourrions former ultérieurement une image. Autrement dit, alors que la perception (physique) crée une représentation interne en présence de l'objet ou de l'événement, l'imagerie mentale de nature visuelle naît de ce type de représentation mais en l'absence de l'objet ou de l'événement. Autrement dit, l'image mentale peut apparaître comme une représentation dans la **mémoire de travail** (formée de l'AC qui gère la BP et le RVS → cf. notes -schéma- papier; *métaphore des « yeux intérieurs »*: l'AC est en relation avec la MLT. Si on arrive à se représenter l'image de notre grand-mère c'est parce qu'elle est stockée dans notre MLT).

Question : Combien de fenêtres/pièces dans maison ?

Pour répondre à cette question, vous avez construit une image mentale de votre logement et vous avez visualisé chacune des pièces. Donc, même si les images que vous avez créées ne sont pas une reproduction exacte de la réalité, la représentation mentale que vous avez formé vous a aidé à répondre à la question. Donc il existe une **analogie fonctionnelle** entre l'image mentale et l'objet qu'elle représente puisque image et perception ont des effets comparables sur certaines conduites. Aussi bien en situation perceptive directe (physique) qu'en situation imaginative, nous aboutissons aux mêmes résultats. Mais cela ne signifie pas que nous avons des images dans la tête mais que nous disposons d'une capacité spécifique qui nous permet de former des représentation analogues c'est-à-dire qui gardent les principales propriétés des différentes réalités physiques (forme, texture, couleur...). L'imagerie permet essentiellement de retrouver certaines **informations implicites** dans notre MLT que nous avons à propos des objets et dont nous ne possédons pas la réponse immédiate.

Autrement dit, quand je n'ai pas de réponse explicite en MLT, je dois mentaliser avec mon imagerie mentale (ex: qu'est-ce qui est le plus vert entre des petits pois congelés -hydratés- et des aiguilles de sapin ? → les aiguilles de sapin -j'utilise l'imagerie mentale pour répondre et non ma MLT ; versus ex : De quelle couleur est le ciel ? → réponse en MLT : bleu ou gris).

Est-ce qu'on va retrouver cette analogie en ce qui concerne les mécanismes nerveux qui sous-tendent la perception physique et ceux qui sous-tendent l'imagerie mentale ? Ces mécanismes

sont-ils analogues (équivalence fonctionnelle) ou non ?

1ère expérience :

On constitue 2 groupes de sujets : le 1^{er} groupe doit examiner d'un point de vue perceptif (visuellement) un objet statique. Les sujets du groupe 2 doivent quant à eux imaginer qu'ils examinent ce même objet statique. Pour les 2 groupes, on fait un enregistrement : un électro-oculographie ou électro-oculogramme (mesure de la ddp du moindre mouvement oculaire).

Quand on superpose les 2 enregistrements : on s'aperçoit qu'ils sont quasiment identiques puisqu'ils sont superposables.

2è expérience : cette fois-ci, le groupe 1 va percevoir le mouvement d'un pendule. Pour le groupe 2, on leur demande d'imaginer le mouvement de balancier de l'horloge. Là encore, les deux électro-oculogrammes sont superposables.

Cela signifie que les images mentales de nature visuelle sont des représentations qui possèdent une **analogie structurale** à l'égard des objets qu'elles représentent.

=>Arguments expérimentaux d'une **analogie fonctionnelle** :

La 1ère expérience est une expérience de transformation ou encore de rotation mentale proposée en 1971 par les travaux de **Roger SHEPARD et sa collaboratrice Jacqueline METZIER (1971)**.

- **Couverture de la revue « Science ». Exemples de stimuli utilisés par R. SHEPARD et J. METZIER (1971)**

→ Figures ou objets tridimensionnels (dans les 3 dimensions de l'espace).

→ Ces figures dont des stimuli

L'objectif: tenter de démontrer que les opérations neurocognitives effectuées sur les images mentales suivent les mêmes règles que celles qui sont réalisées/effectuées sur les objets physiques correspondants.

Protocole: 8 sujets « d'exception » (ou d'élites → cf. résultats) devaient comparer 2 formes tridimensionnelles présentées simultanément et ils devaient décider le plus rapidement possible si grâce à une rotation mentale quelconque, il était possible de superposer les objets c'est-à-dire de décider si les figures étaient identiques ou au contraire différentes indépendamment de l'orientation de départ. **La disparité c'est-à-dire l'écart angulaire entre les stimuli d'une même paire variait de 0 à 180° avec un pas (progression/ anglais « scale ») de 20°. Cette expérience a**

nécessité le recueil 12800 jugements c'est-à-dire que chaque sujet a produit/réalisé 6400 réponses.

On présente un couple de stimuli aux sujets et on évalue leur temps de réaction pour répondre. On exprime le pourcentage de réponses correctes.

Les sujets ont produit 97 % de réponses correctes ! Comment ont-ils fait pour parvenir à la réponse ?

Ils ont maintenu le 1^{er} objet fixement dans son orientation et ils l'ont mis ensuite en représentation mentale pour pouvoir parallèlement réaliser une rotation mentale sur le 2^e objet afin d'y voir la correspondance.

La tâche la plus simple correspond à la rotation nulle (éléments identiques). Il y a aussi la rotation 80° dans le plan, la rotation 80° en profondeur ainsi que la rotation 180° dans le plan et la rotation impossible (éléments différents).

Résultats : droites de régression quasiment parfaites linéairement (pentes positivement accélérées) → cf. feuille de notes papier

Les résultats montrent que + l'angle de rotation nécessaire pour faire coïncider les figures est grand, + le temps de réaction est important. Par ailleurs, la relation entre l'angle de rotation mentale et le temps de réaction est presque linéaire c'est-à-dire par exemple qu'une rotation mentale de 120° prend presque 2 fois plus de temps qu'une rotation de 60° et ceci quelque soit la complexité du stimulus, c'est-à-dire qu'une rotation de 80° dans le plan de la figure ne prend pas plus de temps qu'une rotation de 80° en profondeur.

Shepard et Metzler ont conclu que les images mentales se comportent comme s'il s'agissait des **maquettes rigides** des véritables objets physiques. Deuxièmement, nous manipulons ces **maquettes mentales** comme s'il s'agissait des vrais objets eux-mêmes. La manipulation consiste à faire tourner les figures à vitesse constante de leur de 40°/sec en les plaçant dans toutes les positions intermédiaires et que cette manipulation graduelle (pas à pas ou séquentielle) prend d'autant plus de temps que le mouvement de rotation requis/nécessaire est lui-même plus grand.

- **Exemples de stimuli utilisés par SHEPARD et son collaborateur FENG (1972).**

Cette expérience portait sur le pliage mental de surfaces planes transformées en cubes.

Le temps mis pour construire le cube en respectant la consigne à savoir que les côtés indiqués par des flèches doivent se toucher, est proportionnel au nombre d'étapes nécessaires c'est-à-dire à dire le nombre de côtés à plier.

- **Expérience de Lynn COOPER et Roger SHEPARD (1973)**

Ils ont démontré que la quantité de rotations influence aussi le temps de réaction lorsque les sujets doivent prendre une décision sur la représentation d'un caractère alphanumérique (renvoit aux chiffres et aux lettres), **qu'ils soient présentés en orientation normale ou en orientation inversée.**

Dans une des expériences de Cooper et Shepard, la lettre majuscule R était présentée dans différentes positions après rotations de 0 à 300° avec un pas (progression) de 60° dans le plan frontal (avec toujours les 2 types de présentation de lettre : orientation normale vs orientation inversée).

La tâche du sujet : à partir du moment où le stimulus apparaissait le sujet devait indiquer le + rapidement possible si lettre (ou caractère) R était (dans une orientation) normale ou inversée. On « touille »/mélange les 12 stimuli et on en sort un au hasard !

cf. Graphe sur feuille de notes papier :

- Les résultats sont symétriques, pourquoi ?

Le temps de réaction (TR) augmente à mesure que l'orientation de la lettre R s'écarte de son orientation verticale habituelle. Cette augmentation du TR se manifeste alors pour une orientation de 0 à 180°. Au delà de 180°, les résultats sont symétriques (TR diminue) **ce qui indique que les sujets effectuent une rotation mentale de la représentation de la lettre dans le sens antihoraire entre 0 et 180° et une orientation horaire entre 180 et 360° pour décider s'il s'agit d'une situation normale ou inversée.**

- Pourquoi avons-nous un chapeau mexicain et non pas un chapeau chinois ?

Le fait que l'augmentation du TR ne soit pas strictement linéaire est lié (chapeau mexicain vs chapeau chinois) au fait que nous avons l'habitude de voir des lettres légèrement penchées en fonction de la gaucherie ou de la droiterie manuelle et que dès lors nous pouvons les reconnaître plus rapidement dans ces positions.

- **Expérience dite de l'île imaginaire → D'après Kosslyn 1978 : Exploration d'une île imaginaire.**

Hypothèse de l'auteur : Si les images mentales s'apparentent à des clichés photographiques alors le rapport des distances présent dans l'objet physique devrait être conservé dans l'image mentale. Dès lors, dans le cas de l'exploration d'une image mentale, la durée d'exploration devrait être d'autant plus longue que les différentes parties de l'objet sont plus éloignées les unes des autres.

Protocole de l'exploration de l'île imaginaire : les sujets devaient dessiner de façon à apprendre la carte d'une île imaginaire possédant 7 lieux ou points cibles (ex : une plage, un arbre, une mare, une hutte, un puits, des taillis, un volcan sous-marin). Les distances qui séparaient les points cibles pris 2 à 2 étaient toutes différentes (ça allait de 0,9 cm jusqu'à 18 cm). Une fois que les sujets avaient mémorisé la carte, ils devaient se l'imaginer et se concentrer sur un des lieux cibles choisis par l'expérimentateur à l'instant t comme étant un point de départ. Ensuite, au bout de 5 sec, on présentait un mot et dans la moitié des cas, il désignait un lieu cible présent sur la carte tandis que dans les 50 % restants, le mot figurait un lieu non présent sur la carte. Lorsque le lieu cible figurait effectivement sur la carte, le sujet devait alors le localiser sur sa carte mentale et se diriger vers lui à partir du point de départ. Lorsque le sujet atteignait le but, il appuyait le plus vite possible sur un bouton presseur.

Psychologie cognitive TD5

Abscisses : distance en cm

Temps de réponse en s

Résultats :

Le temps de réponse pour atteindre le but augmente quasiment proportionnellement avec la distance à parcourir sur la carte. Cela indique 2 choses :

- 1- que les sujets explorent réellement la carte mentale
- 2- cette carte mentale contient la même information sur les distances que la carte physique

L'analogie structurale :

On va voir un certain nombre d'expériences/de travaux qui démontrent que l'imagerie mentale visuelle utilise tout ou partie des mécanismes c'est-à-dire des réseaux nerveux mis en œuvre/mobilisés lors/au cours de la perception physique.

A) Présentation de travaux de psychologie cognitive

1ère expérience que nous allons voir : 1970 – Exp. SEGAL et FUSELLA

Cette expérience nécessite de mettre en œuvre un protocole de double tâche.

Les sujets de cette expérience devaient former une image mentale soit visuelle soit auditive.

2 hypothèses concernant les mécanismes

- 1) Si l'imagerie utilise des mécanismes nerveux intervenant dans/au cours de la perception physique alors l'évocation d'une image quelle soit visuelle ou auditive devrait mobiliser des canaux (= mécanismes = réseaux nerveux) de traitement c'est-à-dire des mécanismes nerveux habituellement utilisés dans la perception physique et de ce fait, elle devrait gêner voire empêcher le Sujet de détecter le point ou de détecter le son qu'on leur présente.
- 2) Etant donné que la perception visuelle et auditive utilise des canaux de traitement différents alors il ne devrait pas y avoir d'interférence entre la formation d'une image mentale visuelle et la perception/détection d'un son ; et la formation d'une image mentale auditive et la détection d'un point.

Les résultats :

Quand le Sujet fait de l'imagerie mentale visuelle (arbre) et qu'en même temps il détecte un point : il va y avoir une concurrence/compétition pour une seule et même ressource (sein d'un même réseau de neurones) → la performance diminue.

Quand le Sujet fait de l'imagerie mentale visuelle (arbre) et qu'en même temps il détecte un son (click) : les deux tâches sont équivalentes d'un point de vue de performance car elles utilisent deux ressources différentes (réseaux de neurones différents).

Quand le Sujet fait de l'imagerie mentale auditive (téléphonique) et qu'en même temps il détecte un son (click) : il va y avoir une concurrence/compétition pour une seule et même ressource (sein d'un même réseau de neurones) → la performance diminue.

Quand le Sujet fait de l'imagerie mentale auditive (téléphonique) et qu'en même temps il détecte un son : les deux tâches sont équivalentes d'un point de vue de performance car elles utilisent deux ressources différentes (réseaux de neurones différents).

Expérience de BOWER (1972)

Situation de double tâche

Description de la 1ère demie double tâche : les Sujets devaient apprendre afin de les rappeler plus tard (rappel indicé [= aide au rappel] différé [= plus tard]) une longue liste de mots présentés en couple et sémantiquement liés (liés par le sens).

La moitié (50%) des Sujets apprenaient les couples de mots en les répétant à voix haute, autrement dit en verbalisant (encodage par verbalisation). Les 50% restant devaient quant eux imaginer (se représenter) les objets correspondants aux couples de mots (encodage par formation d'image mentale).

Pendant que les Sujets effectuaient cet apprentissage, ils devaient effectuer une seconde tâche.

1ère demie double tâche : les sujets devaient sous contrôle électro-oculographique suivre du regard (des yeux) le déplacement irrégulier c'est-à-dire aléatoire (stochastique) d'un packman sur une courbe sinusoïdale qui ondulait en permanence. On appelle cela une tâche de poursuite visuelle ou une tâche de tracking (piste) optique.

2ème demie double tâche : elle consistait à suivre avec la pulpe du doigt les évolutions fluctuantes d'une ligne spiralée (avec des spires) constituée par de la ficelle fine collée sur un tambour (rotatif) dont la rotation était irrégulière c'est-à-dire aléatoire. On appelle cela une tâche de poursuite tactile.

Sachant que :

- le 1er groupe va réaliser un encodage verbal associé soit à un encodage visuel ou à un encodage tactile
- le 2ème groupe va réaliser un encodage imagé associé soit à un encodage visuel ou à un encodage tactile

Les résultats :

- un encodage verbal & visuel → cette double tâche ne gêne pas, cela ne fait pas diminuer la quantité de mots lors du rappel indicé
- un encodage verbal & tactile → cette double tâche ne gêne pas, cela ne fait pas diminuer la quantité de mots lors du rappel indicé
- un encodage imagé & visuel (tâche de poursuite visuelle) → cette double tâche gêne : le fait de devoir encoder visuellement et en même temps réaliser une tâche visuelle
- un encodage imagé & tactile (tâche de poursuite tactile) → cette double ne gêne pas : le fait que l'encodage tactile soit indépendant, cela ne fait pas diminuer la quantité de mots lors du rappel indicé

Conclusion : Ces expériences (de SEGAL & FUSELLA et BOWER) nous montrent la possibilité d'une **intéférence sélective** et ces résultats suggèrent que la génération d'images de nature visuelle est en mesure d'affecter le fonctionnement du système perceptif visuel et vice-versa.

Expérience de PODGORNÝ et SHEPARD : Matériels utilisés (1978)

Les auteurs présentaient sur un écran vidéo une grille vide de 5 fois 5 cases. L'expérience a nécessité la mise en œuvre de 2 situations différentes et donc 2 groupes de sujets différents.

Description de la 1ère situation : en situation dite perceptive (c'est-à-dire réelle → sujet se sert de ses yeux), les sujets observaient pdt une durée courte -brève-, une lettre majuscule pouvant être la lettre e ou bien la lettre f ou bien la lettre l ou bien la lettre i résultant du noircissement d'un certain nombre de cases de la grille grâce à un procédé informatique.

Description de la 2ème situation : en situation imaginative, les sujets devaient « noircir » mentalement les cases appropriées en fonction de l'annonce orale qui leur était faite d'une certaine lettre c'est-à-dire la lettre e ou bien la lettre f ou bien la lettre l ou bien la lettre i.

Après que les sujets aient été confrontés à l'une ou l'autre des situations expérimentales, ces derniers voyaient apparaître sur une des cases de la grille vide un point coloré.

Tâche des sujets était d'indiquer le plus rapidement possible si le point coloré occupait précédemment/antérieurement une des cases sur lesquelles la lettre était soit apparue (situation perceptive) soit avait été visualisée (situation imaginative).

Résultats :

→ temps de réaction moyen (situation perceptive et imaginative)

mais ici affichage des résultats publiés par les auteurs en situation perceptive et affichage « fantôme » des résultats en situation imaginative

Les résultats sont les suivants :

1- Quelque soit la situation expérimentale perceptive vs imaginative, les résultats c'est-à-dire les temps de réaction sont très proches et même s'il existe deux petites différences arithmétiques celles-ci **ne sont pas statistiquement significatives**.

Tout se passe comme si les résultats étaient identiques.

2- Les temps de réaction en situations perceptive et imaginative **covariant** en fonction d'un certain nombre de paramètres, par exemple la complexité de la forme de la lettre.

TR plus court pour la lettre I que la lettre E ou bien TR plus long pour la lettre E que la lettre I : on observe cette augmentation du temps de réaction pour les lettres de forme simple (vs forme complexe).

Ces résultats montrent que des mécanismes nerveux (réseaux de neurones) comparables et relatifs à l'analyse de la forme sont mis en oeuvre dans le système visuel lorsque l'on observe un objet réel et que l'on imagine cet objet.

Expérience réalisée en 1982 par CORBALLIS et Mc LAREN

Cette expérience à venir suggère/montre le caractère subtil entre la perception et l'imagerie mentale. Elle reprend in extenso la tâche de COOPER et SHEPHARD en 1975. Mais l'originalité de l'expérience réside dans le fait qu'avant qu'on leur présente la lettre R en rotation, les sujets doivent observer auparavant une spirale en rotation. Or, nous savons que cette activité perceptive

engendre ce que l'on appelle un **mouvement consécutif illusoire**. Et dans le cas d'une spirale en rotation, l'effet ou mouvement consécutif de rotation sera ou se fera dans la **direction opposée** au sens d'enroulement de la spirale.

Rappel : Qu'est-ce qu'un **mouvement (ou effet) perceptif consécutif** (à la perception d'un objet physique) ? Exemple : mouvement consécutif illusoire (illusion de la chute d'eau) cf. feuille annexe

CCL : examen ++++

- On va considérer le cas de l'effet perceptif consécutif anti-horaire (EPC A.H) et l'effet perceptif consécutif horaire (EPC H.)
- et pour chacun ce qu'il va se passer entre 0 et 180° ainsi qu'entre 180 et 360°

EPC A.H.	Stratégie (anti-horaire) entre 0 – 180°	Rotation consécutive dans le même sens que l'effet perceptif consécutif → EPC va accélérer le mouvement rotatif de la lettre	Diminution du TR
EPC A.H.	Stratégie (horaire) entre 180-360°	Rotation consécutive dans sens contraire que l'effet perceptif consécutif → EPC va freiner le mouvement rotatif de la lettre	Augmentation du TR
EPC H.	Stratégie (anti-horaire) entre 0 – 180°	Rotation consécutive dans sens contraire que l'effet perceptif consécutif → EPC va freiner le mouvement rotatif de la lettre	Augmentation du TR
EPC H.	Stratégie (horaire) entre 180-360°	Rotation consécutive dans le même sens que l'effet perceptif consécutif → EPC va accélérer le mouvement rotatif de la lettre	Diminution du TR

Expérience de FREYD et FINKE (1984)

Ces auteurs ont démontré que la formation d'une image mentale de nature visuelle peut dans des conditions de traitement difficile elle peut faciliter des discriminations perceptives fines.

Une situation perceptive :

Du point de vue perceptif, le stimulus présenté au sujet était une croix composée d'une ligne verticale coupée par une ligne horizontale. La tâche des sujets consistait à identifier de petites différences de longueur entre les 2 lignes (l'une est un peu plus longue que l'autre).

Lorsqu'on présente simultanément à ces sujets cette croix une figure contextuelle appropriée (par exemple, pour un carré sur croix : la discrimination des différences de longueur est facilitée). En revanche, une figure contextuelle telle qu'un X ne facilite pas la discrimination des longueurs (cf. 3^e cas de figure).

FREYD et FINKE ont observé que la facilitation entre la configuration carrée et la configuration en croix, ou l'absence de facilitation X sur croix (ou croix sur X), elle se produit également à l'identique lorsque les sujets forment l'image d'un carré ou d'un X.

Cela veut dire que les processus nerveux qu'il soit perceptif ou imaginaire, ils interagissent à un niveau très précoce du fonctionnement du système visuel à propos de stimuli appelés primitives visuelles (briques constitutives de notre univers visuel → sont le point, la ligne verticale, la ligne horizontale, les lignes obliques, les angles, les courbes ; ligne = agglomération de n points).

B. Travaux réalisés dans le champ des neurosciences cognitives

a) Travaux concernant la mesure de la variation du débit sanguin cérébral local

INGVAR ET LASSEN en 1979 ont été pionniers dans la technique visant à mesurer les variations du débit sanguin cérébral local en fonction de l'activité / la tâche neuro-cognitive (cérébro-mentale) du sujet. Est-ce que le cerveau consomme plus ou moins ?

– Travail de ROLAND et FRIBERG (1985)

Ces auteurs ont mesuré les variations du débit sanguin cérébral local chez des sujets qui devaient faire 2 tâches différentes et distinctes (pas en même temps).

1^{ère} tâche : tâche purement physique qui consiste à compter à rebours de 3 en 3 en partant du chiffre 50 (50, 47, 44...) → fait mobiliser la mémoire de travail et en particulier la boucle phonologique et l'administrateur central où nous retrouvons une hyperperfusion sanguine cérébrale (cf. TEP-scan). C'est la mémoire sémantique (cf. MLT) qui est activée en premier.

2^{ème} tâche : les sujets devaient imaginer une promenade sur un chemin familier puis imaginer une sortie vers la gauche ou vers la droite. Parmi les premiers traitements que le cerveau fera, il y aura un traitement visuel et un traitement spatial. Il y aura donc une distinction de la forme (les formes) du fond, les couleurs, la taille, la texture (lisse/rugueux) mais également un aspect spatial : la

fonction de localisation (cela inclut le mouvement associé au déplacement et celui des objets par rapport à nous) → on va localiser les informations (travail de localisation intrinsèque : en fonction que le référentiel soit égocentré ou excentré →

N.B : Jusqu'à présent, nous avons vu qui montraient être par nature visuelle. Or, nous savons que l'image mentale est également un système spatiale en rapport avec le traitement des localisations. L'hypothèse selon laquelle il existe 2 aspects de l'imagerie puisent ses racines dans un travail ancien de Holmes en 1919 qui décrivait de nombreux patients qui à la suite de blessures à la tête (éclats d'obus) subies au cours de la 1ère guerre mondiale étaient incapables de localiser les objets bien qu'il soient capables de les reconnaître et de les nommer. Par exemple, un de ses patients identifiait correctement un couteau de poche mais lorsqu'il essayait de le saisir, son geste n'atteignait pas la bonne position. Réciproquement, Holmes a observé une forme inverse de déficit dans le traitement de l'information visuelle avec des patients capables de localiser correctement les objets mais incapables de les reconnaître ses objets, déficit connu sous le nom d'agnosie (→ cf. vérification par Sigmund FREUD avant « qu'il bascule du côté obscur »).

Dans un cas le patient « Holmes »

→ sera incapable d'identifier (attention, mais capable de localiser

ou

→ sera incapable de le localiser mais capable de l'identifier

double dissociation

Les résultats montrent que cette tâche où la composante est présente à 99% elle donne lieu à un accroissement important du débit sanguin cérébral local (hyperfusion) dans les lobes occipitaux et dans les aires pariéto-temporales inféro-postérieures → activation au niveau du lobe occipital et le lobe pariéto-temporal inféro-postérieur. Or nous savons que ces aires cérébrales sont impliquées dans le traitement naturel c'est-à-dire perceptif des scènes visuelles +/- complexes.

4 grandes aires ou grands lobes dans un demi-cerveau gauche ou droit :

- la scissure de Rolando et la scissure de Sylvius divisent le demi-cerveau en LF, LP et LT avec en arrière le LO.

Dans le LO : l'information arrive au niveau de l'aire n°17.

Elle porte le n°17 et s'appelle Aire Visuelle Primaire (AVP ou AVI)

L'information qui part de l'aire n°17 arrive dans le lobe pariétal via le « circuit du où ? » -où est-ce que c'est ?- puis arrive dans le lobe temporal via le « circuit du quoi ? - qu'est-ce que c'est ? ».

2ème expérience de Kosslyn et al. en 1993

Dans cette expérience, ils proposaient des noms de lettres de l'alphabet tandis que le sujet gardait les yeux fermés. La tâche des sujets était d'imaginer la lettre majuscule afin de pouvoir identifier la présence ou l'absence dans la lettre de lignes courbes → ce fait qu'il y ait des lignes courbes ou non était une caractéristique des lettres. Cette expérience a nécessité la constitution de 2 groupes expérimentaux :

Groupe 1 : les sujets devaient imaginer et maintenir activement la lettre pendant 3 secondes. La consigne donnée au sujet précisait que si la taille de la lettre imaginée devait être la plus petite possible elle devait encore permettre la perception des détails.

Dans le groupe 2 : les sujets devaient imaginer et maintenir activement la lettre pendant 3 secondes. La consigne donnée au sujet précisait que si la taille de la lettre imaginée devait être la plus grande possible à condition qu'elle ne sorte pas du champ visuel statique du sujet. Autrement dit, la lettre devait être entièrement visible.

Les résultats : la tomographie par émission de positons (tomos = coupe) a révélé en situation imaginative une activation de l'APV n°17. L'organisation topographique de l'activation nerveuse (perfusion) est différente selon la consigne (groupe 1 vs groupe 2).

On va observer de manière circonstanciée une activation maximale dans le centre l'aire VI (17) pour les sujets du gpe 1 c'est-à-dire de la mise à contribution de la fovéa et en parallèle, on va observer une activation maximale dans la périphérie de l'aire VI (17) c'est-à-dire de la mise à contribution de la zone parafovéale. Ces résultats attestent du traitement rétinotopique (examen +++) des informations visuelles qu'elles soient perceptives ou imaginatives et deuxièmement, ces résultats montrent qu'il existe un principe commun dans l'organisation nerveuse pour les tâches perceptives mais aussi imaginatives.

Sans fovéa, nous sommes quasiment aveugles aux zones fines (cf. capacités discriminatives) → ex : DMLA due à un infarctus de l'oeil et qui fait que la personne n'a qu'une vision périphérique et est obligée de prendre une loupe pour lire les détails...

b) L'électroencéphalographie (eeg)

On sait depuis 1943, avec les travaux de Grey WALTER qu'un sujet au repos ayant les yeux fermés présente une activité électrique (cf. potentiel d'action) cérébrale globale particulière **que l'on appelle rythme ou onde alpha dans les régions cérébrales concernées par la perception** (aires visuelle, auditive etc.)

Ces ondes alpha disparaissent et on parle de réaction d'arrêt de l'alpha lorsque le **sujet ouvre les yeux ou lorsqu'il forme des images mentales**. A partir de constat, en 1977, DAVISON et SCHWARTZ ont enregistré les ondes alpha occipitales au niveau des aires occipitales et pariétales chez des sujets qui devaient imaginer **soit un clignotement lumineux régulier, soit un tapotement régulier sur l'avant-bras** (cf. aires somesthésiques du LP) ou bien alors les deux à la fois.

Ensuite les auteurs se sont intéressés à la lecture des tracés de l'EEG : ils ont montré **que imaginer le clignotement lumineux supprime l'alpha pour le seul LO**. Imaginer le tapotement supprime l'alpha pour le seul LP. Enfin, imaginer les deux (clignotement et tapotement) supprime l'alpha pour les LO et LP.

CCL : cette dissociation visuelle et tactile liée à l'activité imaginative indique que la suppression de l'alpha n'ait pas dû à un effet global de représentation mais bien un effet **circonstancié** local.

RDI CMs

Relations entre groupes, discrimination et identité sociale

Introduction

- La foule/le groupe est non résumable à la somme de ses membres (Gustave Le Bon, 1895)
=> le comportement des individus isolés diffère de ceux qui sont en groupe
- Psychologie collective => psychologie sociale
- Le groupe est un puissant déterminant du comportement individuel (cf. Asch, 1951 : expérience sur le conformisme, la performance et la créativité ; Milgram, 1975 : expérience sur la soumission à l'autorité et la dissolution de la responsabilité)
- Moscovici : définition de la psychologie sociale en 3 termes : Sujet, Objet, Alter -*l'alter représente la présence symétrique de l'Autre*-. En effet, à partir du moment où l'on vit en société, il existe un Alter c'est-à-dire que l'Autre vit à la fois en nous et avec nous. Autrement dit, il y a une présence physique et symbolique de l'Autre.

N.B. Notre relation à l'Objet est médiatisé par un Alter et elle n'existe que parce que nous construisons une représentation de cet Objet à travers ou avec l'Alter.

- Nos comportements/pensées/prises de décision vont être étroitement liés à la dynamique de groupe. En conséquence, nous ne pouvons pas parler véritablement de psychologie individuelle et nous parlons davantage de psychologie collective.
- « La psychologie individuelle est régulée sur l'Homme individuel et elle s'attache à savoir par quelles voies celui-ci cherche à accéder à ses motions pulsionnelles, mais ce faisant, elle ne trouve que rarement en mesure [...] de pouvoir faire attraction des relations de cet individu avec d'autres individus. Dans la vie d'âme de l'individu, l'Autre rentre en ligne de compte très régulièrement comme modèle, comme Objet, comme aide et comme adversaire, et de ce fait, la psychologie individuelle est aussi d'emblée, simultanément, psychologie sociale en ce sens élargi mais tout à fait légitime. » (S. Freud, 1991)
- On n'a jamais une société de façon isolée (cf. Claude Levi-Strauss, 1952 : *Race et histoire*) : cela signifie qu'**aucune société n'est construite de façon isolée**. De plus, la diversité des cultures est « une sorte de monstruosité ou de scandale » (Levi-Strauss, 1952). Par exemple, selon le langage des Esquimaux, Inuit = Homme ; mais selon le langage des voisins de ces derniers, Esquimaux = mangeurs de viande crue. Ceci démontre bien qu'il existe un **ethnocentrisme alimentaire**. Nous retrouvons des termes péjoratifs par rapport à l'autre groupe ou l'autre société. L'ethnocentrisme alimentaire est/devient alors un moyen de se différencier mais aussi de s'identifier. Par exemple, les Français sont traités de « Frogs » par les Anglais tandis que ces derniers traitent leur concitoyens de « Roast-beef ». Et les Italiens sont traités de « Macaroni ». Enfin, nous pouvons retrouver un processus de naturalisation ou d'essentialisation : ceci fait qu'à partir d'une petite différence biologique nous pouvons aboutir à une grande différence sociale (cf. petite conséquence microscopique vs grande conséquence macroscopique) puis il y aura ensuite un renversement où la caractéristique sociale va être ramenée à une caractéristique biologique. Ce processus aboutit alors à des caractéristiques qui sont associées à leur nature. Par exemple, la femme peut être (est souvent) associée à la douceur. C'est de là que naissent les stéréotypes parce que « ça soutient », « ça rassemble ». A chaque fois, va se poser des questions/problématiques identitaires.

1) Le préjugé et les relations entre les groupes sociaux

1.1] Compétition, conflit, et discrimination

Expérience de Sherif M. et Sherif C. : La caverne des voleurs (1953)

1.1.a) Formation d'un groupe et relations entre groupes

- 1/ Existence d'objectifs communs car il existe une interdépendance entre groupes.
- 2/ Formation de normes qui vont régler le comportement.
- 3/ Différenciation des statuts et des rôles due aux interactions.

1.1.b) La compétition engendre le conflit

Comment les groupes peuvent-ils en arriver là ? Quels sont les processus qui vont régir ces relations ? Quels sont les facteurs favorisant ou atténuant jouant un rôle dans ces conflits ?

Selon Sherif, c'est la compétition le facteur qui engendre le conflit. Pour faire cesser le conflit, il faut mettre en place des buts supraordonnés communs pour créer de la coopération entre les groupes. Pour réaliser l'expérience, des enfants sont mis en milieu naturel avec mis en place d'une compétition sportive (par exemple de baseball etc.) ainsi que de cabanes. Au début, le climat sportif est correct mais après nous constatons une augmentation de la tension au sein du groupe d'enfants au point où les auteurs vont devoir arrêter l'expérimentation. Ce que constate Sherif c'est que le conflit a été facile à mettre en place, notamment lors d'un goûter proposé. Il a constaté un déplacement de la compétition sportive sur le goûter avec un salissage de la table du voisin ou encore une jetée de nourriture par exemple etc. En bref, il a pu constater des signes d'hostilité.

1.2] Personnalité autoritaire et discrimination: Theodor W. Adorno

→ se centrer sur un dynamique psychologique

Ses travaux concernent la discrimination sociale après la 2ème guerre mondiale: il va essayer de comprendre le génocide des juifs. Comment une idéologie a pu s'installer et s'installer et amener la population a réalisé une telle chose ?

Il y en aurait-il pas un profil particulier ? Un syndrome psychique particulier ? Une personnalité ?

La question d'Adorno est la suivante: y aurait-il une possibilité d'identifier une personnalité fasciste ?

- Existe-t-il une potentialité à être fasciste ?
- Peut-on identifier une personnalité fasciste ?
dans ce contexte-là (d'après guerre)

→ Comment peut-on définir quelqu'un avec des traits fascistes ?

Cela suppose éventuellement qu'il existerait une personnalité fasciste.

Adorno et al. :

Ils vont tenter de présenter une manière que les individus ont de se représenter les valeurs de société ou organisation de nos opinions, attitudes et nos valeurs = idéologie <=> représentation

Cette représentation est par ailleurs actualisée. Adorno et al. vont supposer qu'il va exister des formes ou modèles idéologiques qui vont s'exprimer différemment en fonction des individus.

Que l'on ait directement ou pas des opinions sur les Juifs, ce sont des facteurs internes à l'individu (sa propre organisation qui lui fait que c'est une étude qui devra se faire sur un registre psychologique en plus des registres sociologique, historique...)

Adorno veut travailler sur la discrimination sociale et notamment comment lier la discrimination sociale et l'idéologie fasciste (haine des Juifs) ?

Un individu qui va manifester des préjugés à l'égard des Juifs (attitude discriminatoire et antisémite) aura probablement des préjugés à l'égard de d'autres groupes minoritaires ?

Comment expliquer le passage de la haine des Juifs à une discrimination sociale ? Cela renvoie à une étude des préjugés et de rendre compte de façon globale à l'étude des attitudes discriminatoires à l'égard de groupe(s) minoritaire(s) ?

Comment saisir cette potentialité, cette potentielle personnalité, autoritaire et fasciste en particulier ?

a) Via des questionnaires

Il s'agit de réaliser des mesures de surfaces des tendances idéologiques. Nous allons pouvoir voir ce dans quoi les individus vont se reconnaître.

Les questionnaires représentent les grandes lignes d'un état des lieux des attitudes à un moment donné.

b) Entretiens

Le but des entretiens est d'atteindre un niveau plus profond, une sorte d'expression de la tendance idéologiques.

Ils complètent les questionnaires en étudiant les attitudes au sein même d'un individu. C'est un trajet permettant de remettre une perspective sur des états généraux d'un individu.

Etude sur la population américaine de Californie avec une volonté de diversifier les types de groupe (ouvriers, employés, patients d'une clinique de psychiatrie, prisonniers, parents d'élève, des groupes religieux, des clubs).

Plus de 2000 questionnaires ont été remplis et il existe une caractéristique commune: les individus appartiennent tous à la classe moyenne américaine.

Ces questionnaires vont être constitués de différentes échelles:

- échelle d'anti-sémitisme (S)

- échelle d'ethnocentrisme (E)
- échelle de conservatisme politico-économique (PEC)
- échelle de fascisme potentiel (F)

Ils vont commencer par le questionnaire (F).

Postulat (de départ) appliqué à tous les membres du groupe → stéréotype appliqué (caractéristique donnée) à une catégorie: les individus vont considérer que les Juifs ont les même traits.

Echelle d'anti-sémitisme (S)

Echelle :

+ 3 accord total	-3 désaccord total
+2 accord modéré	-2 désaccord modéré
+1 accord faible	-1 désaccord faible

Sous-échelles :

- | | |
|--------------|--------------|
| 1: offense | 2: menace |
| 3: attitudes | 4: exclusion |
| 5: intrusion | 6 : neutre |

Exemples d'items :

- 1) « Je peux difficilement imaginer me marier avec un juif »
- 2) « Les juifs doivent être considérés comme ayant une mauvaise influence sur la culture et la civilisation chrétiennes. »
- 3) « Si l'on veut maintenir un voisinage résidentiel agréable, le mieux c'est de prémunir que les juifs n'y vivent. »
- 4) « Les juifs tendent à demeurer un élément étranger dans la société américaine pour préserver leurs vieux standards sociaux et pour résister au mode de vie américain »
- 5) « Il y a trop de juifs dans les différents bureaux et agences fédérales de Washington et ils ont trop de contrôle sur nos politiques nationales. »

Echelle d'ethnocentrisme (E) – Sumner (1906)

→ être ethnocentré

→ pseudopatriotisme

→ appartenance à un intra-groupe par rapport à un hors-groupe

Echelles :

+ 3 accord total	-3 désaccord total
+2 accord modéré	-2 désaccord modéré
+1 accord faible	-1 désaccord faible

Sous-échelles :

1: Noirs

2: Minorité

3: Patriotisme

Exemples d'items :

- 1) « Les noirs résoudre beaucoup de leurs problèmes sociaux en n'étant pas si irresponsables, paresseux, et ignorants. »
- 2) « Bien que les femmes soient nécessaires dans les forces armées et dans l'industrie, elles devraient retourner à leur juste place, à la maison, dès que la guerre sera finie. »
- 3) « Un système de stérilisation à large échelle serait un bon moyen pour empêcher les criminels et les autres éléments indésirables de notre société de se reproduire et ainsi d'améliorer les standards généraux et les conditions de vie. »
- 4) « Le patriotisme et la loyauté sont les premiers et les plus importants prérequis d'un bon citoyens. »

N.B : ce que nous lisons là n'a rien à voir avec ce qui est actuel avec le contexte d'après guerre aux USA.

Les groupes fortement/faiblement antisémites s'avèrent être des groupes fortement/faiblement ethnocentriques. Il existe donc des corrélations.

L'antisémitisme n'est donc pas un phénomène isolé mais en corrélation avec d'autres phénomènes du même ordre. Antisémitisme et ethnocentrisme sont liés mais ce n'est pas les caractéristiques du groupe mais plutôt comment ils envisagent la disposition générale d'un individu → attributions données à l'individu (et non au groupe). C'est une disposition d'un individu à pratiquer de la discrimination c'est-à-dire à rejeter ce qui est étranger à lui.

→ c'est simplement une prédisposition de l'individu à produire de la discrimination (d'où la notion de personnalité). Cette prédisposition n'est pas propre à un groupe donné ou d'une relation de groupes.

En le situant dans un individu, on constate qu'il existe un phénomène d'identification aux autres membres du groupe.

Echelle de conservatisme politico-économique (PEC)

Echelles :

+ 3 accord total	-3 désaccord total
+2 accord modéré	-2 désaccord modéré
+1 accord faible	-1 désaccord faible

Absence de sous-échelle mais :

Items 1: conservateurs

Items 2 : libéraux

Exemples d'items :

- 1) « Un enfant devrait apprendre très tôt dans la vie la valeur d'un dollar, l'importance de l'ambition, de efficacité et de la détermination. »
- 2) « Les hommes d'affaires, les industriels et les hommes pratiques ont beaucoup plus de valeur pour la société que les intellectuels, les artistes , les théoriciens. »
- 3) « Le gouvernement devrait jouer un rôle plus important dans la vie économique et financière de la nation après la guerre qu'avant la guerre. »
- 4) « C'est de la responsabilité de la société entière , au travers de son gouvernement, de garantir à chacun un logement , un revenu et des ... convenables. »

Là encore, il existe une corrélation entre les groupes fortement ethnocentriques et les groupes fortement conservatistes.

L'échelle de fascisme potentiel a été construite par les auteurs à partir des précédentes (cf. S, E et PEC). Nous pouvons présupposer selon l'observation des auteurs des attitudes anti-démocratiques et montrent une attitude favorable pour l'autorité ainsi que le mépris pour la faiblesse (culte autour du chef fort). Ce n'est pas en lien avec les caractéristiques des groupes mais plutôt en lien avec les individus en général.

L'idée serait plutôt d'appréhender les tendances de personnalité pouvant expliquer les tendances précédentes, les sous-tendre. Nous pouvons nous apercevoir de l'expression d'une tendance générale qui viendrait sous-tendre l'expression des tendances précédentes.

Echelle de fascisme potentiel (F)

Echelle:

+ 3 accord total	-3 désaccord total
+2 accord modéré	-2 désaccord modéré
+1 accord faible	-1 désaccord faible

Sous-échelle:

1. Valeurs conventionnelles	3. Rejet de la subjectivité	5. Force et faiblesse
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------

2. Soumission à l'autorité

4. Superstition et stéréotypie

6. Destruction et cynisme

7. Projection

8. Sexe

cf. Portable

N.B : cette échelle permet d'identifier les tendances fascistes d'un individu.

Il existe un facteur qui organiserait les tendances expliquées c'est-à-dire qu'il existerait une tendance de fond de l'individu au fascisme. **Il existe des corrélations là encore avec les échelles précédentes.**

Nous retrouvons un rejet global de l'Autre. Cela implique qu'il existerait des personnalités +/- fascistes, +/- antisémites, +/- ethnocentriques, +/- conservatrices.

La deuxième partie du travail d'Adorno et al. : ce sont les entretiens.

Ils vont interviewer/interroger les 25 % des personnes qui ont les scores les plus élevés en terme d'ethnocentrisme et 25 % des personnes qui ont les scores les plus faibles en terme d'ethnocentrisme (c'est-à-dire les 2 pôles).

Les thématiques de l'entretien sont variées :

- emploi
- argent
- type de religion
- famille
- enfance
- questions relatives au sexe
- évolution/ quels buts ?
- éléments autour de l'éducation (école)
- questions relatives aux relations sociales et notamment son rapport avec les minorités, avec « la race ».

Les personnes antisémites vont fonctionner à partir de préjugés car ils ne peuvent pas appréhender un membre du groupe comme un individu. Autrement dit, pour eux, il n'y a pas d'individu mais c'est toujours un représentant stéréotypé du hors groupe. De plus, ces individus de ce groupe-là vont constituer une menace visible au travers du discours fonctionnant sur l'intra-groupe et le hors-groupe (cf. « on » versus « nous »). Il existe une inversion physique et symbolique aboutissant à une contamination identitaire et engendrant des attaques du ou des symbole(s).

Les personnes ethnocentriques (qui sont aussi antisémites) font la distinction d'un intra-groupe et d'un hors-groupe. Pour un individu d'un intra-groupe, il ne s'agit pas juste d'appartenir à ce groupe, il s'agit d'un groupe d'affiliation ou de reconnaissance ou encore de référence. Il s'agit d'un groupe à partir duquel ils vont construire une identité positive. Cela va se traduire par « une opposition à l'autre groupe radicalement différent de soi et de son groupe. »

Nous retrouvons à la fois des stéréotypes positifs ou négatifs sur le hors-groupe et des stéréotypes positifs sur l'intra-groupe. Ceci a pour effet une augmentation de la distance symbolique entre les groupes avec un rapport hiérarchisé des rapports sociaux. Disons que le processus de différenciation /de distanciation crée la hiérarchie.

Concernant les personnes fascistes potentielles : Adorno et al. en se fondant sur des travaux sur la psychanalyse mettent en lien la relation de l'individu à l'autorité parentale ou le type de relation parentale avec le fascisme potentiel, et notamment sa capacité à être critique et indépendant ou au contraire sa capacité à être soumis.

C'est cet aspect-là qui expliquerait le trait de base à la personnalité du fasciste potentiel. Ce qui intéresse Adorno et al. c'est que ce lien (cette mise en lien) est à différencier d'un mécanisme car cela expliquerait une prédisposition à étudier. Selon lui, les personnes qui ont tendance à avoir des préjugés ont une tendance à idéaliser le modèle d'éducation parentale. Il y aurait une sorte de modèle parental qui serait inculqué à l'individu qui l'amènerait à se dépasser en développant un modèle idéologique qui les amèneraient à faire des distinctions (bon modèle/mauvais modèle) et donc à développer des structures mentales d'individus potentiellement fascistes.

Une caractéristique importante est qu'une structure mentale quelle qu'elle soit change très peu en raison de l'existence de sa forte stabilité. Nous sommes à des structures mentales qui ont peu changé. A un niveau de fascisme élevé correspond des niveaux d'ethnocentrisme et d'antisémitisme élevés.

Cependant, en 1954, nous retrouvons des critiques apportées par Christine et Jahoda sur les travaux établis par Adorno et al, sachant qu'il existe toujours un présupposé à tout travail : les corrélations trouvées entre les différentes échelles seraient superficielles en raison d'items identiques dans les différentes échelles. A priori les échelles seraient construites sur « la même chose » ou la même base.

D'autre part, concernant l'orientation générale des échelles est uniforme (effet de Halo) : c'est une orientation toujours dans le sens de ce que l'on veut mesurer favorise la position que l'on veut mesurer. Il vaut mieux construire des échelles d'orientation différente afin de ne pas mesurer un item plutôt qu'un autre.

Il y a une remise en cause de l'utilisation de l'entretien en lui-même en raison d'un recours trop important à l'interprétation dans les entretiens. Nous retrouvons ici une critique d'ordre de la méthode : il aurait fallu une méthode quantitative d'entretien plutôt que qualitative afin de laisser moins d'opportunités d'interprétation aux chercheurs.

1.3] Facteurs de personnalité et facteurs sociaux (CM3)

- Le dogmatisme: Rokeach
 - Critique d'Adorno: selon lui, il y aurait une surestimation de la relation entre tendances de personnalité et tendances idéologiques, autrement dit il aurait surestimé la relation qui existe entre les préjugés et l'autoritarisme.
 - Autre critique: il pense qu'Adorno aurait surestimé le phénomène de l'autoritarisme, et surtout qu'il n'aurait envisagé qu'une seule forme d'autoritarisme, et notamment la forme qui peut se retrouver chez les partisans d'extrême droite. Il existe d'autres formes d'autoritarisme que le fascisme et que nous pourrions trouver chez des partisans d'extrême droite mais nous pourrions aussi trouver chez les extrémistes de gauche. En effet, pour Rokeach, il existerait d'autre forme d'autoritarisme qui serait l'autoritarisme de gauche. Et qu'il faudrait aussi l'étudier. C'est d'ailleurs ce qu'il va tenter de faire.

Il existe d'autres formes d'autoritarisme que le fascisme... Par quoi se caractérise cette forme

d'autoritarisme ?

=> selon lui, on trouverait le même type de mentalité, le même style de pensée que pour l'autoritaire de droite (avec préjugés, étroitesse culturelle, une pensée qui fonctionnerait par cliché et qui utiliserait de manière rigide, des catégories).

Cependant selon lui il y aurait une différence importante = ces autoritaires de gauche ne serait pas racistes, mais leur autoritarisme s'exprimerait dans d'autres directions.

Il prend comme exemple = l'autoritaire de gauche **refuserait toute critique de l'autoritaire de gauche** (échec de Staline), **haine de la bourgeoisie qui pourrait être comparée à la haine des autoritaires de droite contre les juifs etc.**

En quelque sorte les contenus doctrinaux auxquels vont se référer les **autoritaires de droite et de gauche**, ne seraient pas identiques, mais ce **qu'ils auraient en commun**, c'est la même rigidité mentale générale et que ROKEACH va nommer le Dogmatisme.

Selon lui **chaque individu organiserait ses croyances en différentes régions** = Centre, différences primitives, dans régions intermédiaire : croyance que va avoir un individu sur les gens qui s'alignent à cette autorité.

Et c'est à partir de cette zone là, de cette région que va se former l'image du monde dans lequel vit l'individu. Puis dans une région périphérique = croyances qui dérivent de l'autorité.

Selon ROKEACH, **ce qui va unir les individus**, ce n'est pas le fait qu'ils ont des préjugés vis à vis de tel ou tel groupe, mais c'est le fait qu'ils partagent le même système de croyance, qu'ils ont en commun le **même système de référence**. Globalement ça peut se comprendre car on peut concevoir que des individus qui ont croyances proches, les même croyance, vont avoir tendance à se rassembler, se fréquenter.

La discrimination selon l'appartenance raciale ou ethnique **n'aura de sens que par rapport à cette structure générale de croyance de l'individu**. C'est en quelque sorte une conséquence du fait d'avoir telle ou telle croyance. ROKEACH va avoir l'idée que **ce système de croyance est relativement fixe et ne change pas beaucoup** au cours de la vie de l'individu, en revanche le fait qu'il soit ouvert ou fermé à un moment particulier, dépendrait de **facteurs situationnels**.

Donc avec ROKEACH on dispose d'une reformulation des travaux d'ADORNO, avec la même idée, qu'il existe un fondement chez l'individu à être plus ou moins dogmatique, une disposition à accepter plus ou moins la différence, mais que contrairement à ce que disait ADORNO, la configuration de la personnalité n'est pas dépendante des doctrines.

Parce qu'il peut y avoir aussi bien des doctrines de type d'extrême gauche ou d'extrême droite.

Aspect supplémentaire = cette disposition est dépendante de facteurs situationnels.

Alors pour essayer de traduire cette idée, **ROKEACH va aussi construire une échelle.**

- **Echelle de dogmatisme**

Le préjugé et les relations entre les groupes sociaux

Une même style de pensée entraîne une étroitesse au niveau de la pensée tant pour les extrémistes de gauche comme de droite créant ainsi une pensée fonctionnant pour clichés.

Pour Rokeach, il existe d'autres formes d'autoritarisme pas seulement à droite mais aussi à gauche.

Mais il constate une différence: les autoritaristes de gauche ne sont pas racistes. L'autoritariste de gauche par exemple refuserait toute critique des chefs et aurait une haine de la bourgeoisie, et ne se remet pas en cause.

Les contenus ne sont pas les mêmes mais ce n'est pas le contenu qui importe ici: ce qu'il faut voir c'est qu'ils (extrémistes de droite et de gauche) ont le **même style de pensée** (c'est-à-dire une **rigidité**). Rokeach appelle cela le **dogmatisme**.

En conclusion, l'échelle de dogmatisme **remplace l'échelle d'ADORNO**, elle va mesurer toutes les échelles d'autoritarisme. Après de tout groupes sociaux, notamment communistes britannique et permet de mettre en évidence une forme d'autoritarisme de gauche. La question que pose véritablement ROKEACH c'est de se demander **si ADORNO n'a pas surestimer les liens entre les facteurs de personnalité et l'ethnocentrisme ou le racisme.**

- *L'importance des facteurs sociaux : PETTIGREW*

Il va se focaliser sur l'importance des facteurs sociaux. Il va s'agir de **comparer les attitudes et la personnalité d'individu qui appartiennent à des pays différents.**

Il va proposer une approche transnationale, et les pays qu'il va choisir, il les choisit parce que les préjugés et la discrimination sociale sont plus ou moins répandus et admis dans la société au moment de son étude (fin des 50's)

Le but pour lui était de savoir si dans une société comme par exemple l'Afrique du Sud, ou le sud des US, **où il y a beaucoup de préjugés raciaux**, il y a un fort taux ou non d'autoritarisme.

Hypothèse = **Si l'autoritarisme est dépendant de la personnalité**, on devrait s'attendre à ce que les habitants de ces régions, de ces pays aient **non seulement des attitudes raciste envers les noirs, les juifs, mais aussi des attitudes négatives allant contre d'autre groupe minoritaire.**

Si l'enquete ne montre pas que ces individu sont ethnocentriques, alors il serait difficile, de conclure que l'autoritarisme est juste une disposition de la personnalité. Et qu'il est nécessaire de se pencher

de façon plus scrupuleuse sur **l'importance des facteurs sociaux**.

- *Une approche transnationale*

Il va faire des études : une en 1958 et une en 1959.

La première = il compare le nord et le sud des US, et cette comparaison va porter sur les préjugés qu'on les habitants du nord et du sud des US à l'égard des noirs et des juifs. Il va donc **reprendre les échelle d'ADORNO**, de racisme et d'anti-sémitisme ainsi que l'échelle de fascisme potentiel.

Les résultats montrent, comme on s'y attendait, que les personnes interrogées dans le sud des US montrent plus de préjugés anti-noirs que ceux qui ont été interrogés au nord des US.

En ce qui concerne la **mesure de l'anti-sémitisme, on observe pas de différence**.

Pas plus d'anti-sémitisme dans le nord que dans le Sud.

De même, **l'échelle de fascisme potentiel** va donner même résultats dans sud et dans nord des US.

Ces résultats permettent de tirer **2 conclusions** :

-le fait que les habitants du sud des US soient plus racistes envers les noirs, mais qu'ils ne soient pas plus anti-sémites que les habitants du nord, indique qu'il **semble difficile de penser que le racisme relève d'un ethnocentrisme généralisé**.

Contrairement à ce qu'indiquait ADORNO, on peut être raciste envers les noirs sans être anti-sémite.

Ensuite, si on prend en compte les résultats obtenus avec l'échelle de fascisme potentiel, les résultats sont identiques dans nord et dans sud.

On peut conclure que même si Sud des US il y a plus de préjugés anti-noirs, pour autant **l'autoritarisme n'est pas relié de manière aussi directe au racisme comme nous disait ADORNO**.

Ces études de PETTIGREW vont ouvrir la porte pour une exploration plus en profondeur des rôles des facteurs sociaux dans la discrimination.

- *Conformisme et discrimination*

C'est ce qu'il va faire dans une autre étude faite en Afrique du Sud, sur le conformisme et la discrimination, **il va mesurer les préjugés à l'égard des noirs en Afrique du Sud.**

Il y a un fort taux d'individu raciste.

Si on met en relation résultats sud africains, et les résultats obtenus sur US du nord, **les sud africain ne font pas plus preuve d'autoritarisme ni d'anti-sémitisme.** C'est comme si le racisme envers les noirs était le seul trait distinctif des sud-africains par rapport aux habitants du nord des US.

De quels facteurs peut dépendre ce racisme ?

PETTIGREW va apporter un premier élément de réponse en invoquant un autre facteur = le conformisme.

Le conformisme = c'est suivre la pensée, les valeurs dominantes d'un groupe ou d'une société.

Est-ce que ce conformisme ne pourrait pas légitimer en qq sorte les aptitudes racistes ?

Il va ajouter à son échelle, une échelle de conformisme et il se rend compte qu'effectivement, le racisme envers les noirs est en lien direct avec le conformisme. Alors que le fascisme potentiel et l'anti-sémitisme **ne sont pas en lien direct.**

Ce résultat montre donc que les facteurs sociaux jouent un rôle dans l'existence du racisme.

Le modèle qu'il développe fait référence à une société qui est inscrite dans la loi à cet endroit.

- **Effets de la mobilité sociale sur les préjugés raciaux**

Il va prendre en compte un autre facteur **qui est la mobilité sociale.** C'est soit le fait de connaître une promotion sociale, du type contre-maitre après avoir été ouvrier par exemple, soit au contraire, une mobilité sociale négative => **Descension sociale**

Il va prendre en compte les individus dont la mobilité sociale est descendante.

Ces individus au nord des US présentent un fort taux de racisme envers les noirs. Mais quand il reproduit la même chose au sud, on se rend compte que eux se montrent moins racistes envers les noirs. À première vue = **résultats inattendus.**

PETTIGREW va proposer une explication de ces résultats.

Dans le premier cas (nord des US) , on peut penser que les noirs sont pris comme des boucs émissaires rendu responsable par individu descendants de ce qu'il leur arrive.

Dans le deuxième cas (sud des US), il y a milieu plus favorable au racisme, cela ne fonctionne pas. **Dans une société où le racisme constitue une norme, les individus en situation de mobilité sociale descendante vont refuser cette norme pour s'élever contre elle et vont penser que c'est la société, de façon plus globale, qui est responsable de ce qui leur arrive.**

Ce qu'il montre de façon nette et claire c'est que le racisme est sensible aux variations culturelles et qu'il est sensible au contexte culturel. Autrement dit, il est sensible à des facteurs sociaux.

- *Discrimination, personnalité et idéologie : BILLIG*

BILLIG, pour lui, **l'adhésion des individus à une idéologie n'est pas seulement une question de surface.** C'est qq chose qui engage profondément l'individu.

Pour ADORNO , anti-sémite = composante primitive du fascisme.

Or BILLIG , qui va étudier le front national en grande Bretagne, il va se rendre compte que l'anti-sémitisme **n'est plus l'argument choc pour regrouper certains arguments contre les juifs.** De même en France , ce sont les magrébins qui parmi les émigrés servent plus particulièrement de boucs-émissaire au front national.

Ces idéologies qui sont différentes d'un parti à l'autre, et aussi d'une époque à l'autre, ce sont développées dans une société donnée et devraient selon BILLIG pouvoir rendre compte de l'adhésion de certains individus à des groupes racistes ou fascistes.

Il va pas étudier la personnalité autoritaire, mais **il va étudier des types d'individus chez lesquels on pourrait retrouver la conjonction entre idéologie latente, ou explicite, et personnalité.**

Cette étude va l'amener à distinguer 2 types d'individus différents :

- *L'individu « N »*

-Individu n

=> **l'autoritaire classique**, qqun qui déclarera et qui regrettera sincèrement le génocide des juifs, il adhérerait au front national au fur et à mesure de son insatisfaction à l'égard des autres partis

politique, c'est comme si le front national anglais était la seule alternative pour lui.

Si on reprend les termes d'ADORNO, on retrouve chez cet individu tous les éléments qui montrent un ethnocentrisme important.

Dans son discours = **discipline, propreté, dénonciation de tout ce qui est sale sur le plan de la propreté physique, morale.**

Donc cet individu est dans l'attente d'un sauveur en qui l'on place tout ses espoirs pour redresser la situation du pays.

Il a aussi un point de vue déterminé sur la place que doit occuper la femme (rester au foyer, enfant etc)

Homosexuels aussi rejetés.

Ils s'interroge sur ces propres préjugés, de leurs origines.

L'individu N, croit par exemple que les juifs sont forts car qu'ils n'ont pas la même représentation d'un HG faible comme ADORNO = ici plutôt un HG fort.

- *« L'homme de violence »*

-Individu de violence

Nommé P, va supposer que la violence constitue le principe de l'idéologie du front national anglais.

Si on essaie d'en faire le portrait = il cherche à priori à se distinguer de la ligne du parti, il s'interroge, **il accepte que d'autres individus pensent différemment que lui**, il a une pensée qu'on pourrait qualifier de plus active et moins organisée que celle de l'autoritaire.

Par rapport à la discipline par exemple, P a une attitude non autoritaire, si on transfère ça à l'éducation, il va penser que les enfants doivent être éduqués dans le sens de la responsabilité et non soumission à l'autoritaire, **l'égalité homme/femme** = attitude moins sexiste.

Et concernant le **racisme** => attitude plus modérée.

Donc, pourquoi homme de violence ?

Parce que elle s'exprime par le fait qu'il est prêt à se battre physiquement pour son pays, pour lui le patriotisme implique un sacrifice.

Il pense que toute l'histoire du pays, des grandes nations, se construit au travers de la violence.

Et que **pour son pays** soit un grand pays, il est prêt à participer à la violence. Il y a chez lui une sorte **d'apologie de la lutte**, et si on résume, son discours est plutôt modéré mais par contre ses affects, ses sentiments eux sont violents.

BILLIG va retenir d'autres indicateurs de cette violence potentielle, un de ceux-ci c'est que pour P, les idées ne sont pas importantes en tant que tel, mais ce qui est important, c'est le sentiment qui accompagne ces idées, ce qui les motive. Ça renvoie à une **composante émotionnelle forte de sa personnalité**, et qui va se traduire par une **admiration des personnes qui ont du caractère, de l'audace, de la sincérité**.

C'est cette notion de sincérité qui compte que l'idée elle-même.

Il a un intérêt pour l'armée, depuis son enfance, et s'il est dans un mouvement que l'on peut qualifier de fasciste, c'est parce que pour lui, **l'action est plus importante que la réflexion**.

Si l'on **compare ces 2 portraits** N et P, on trouve une séparation entre la personnalité autoritaire et l'homme de violence.

Les travaux de BILLIG montrent une **contradiction par rapport aux résultats d'ADORNO**.

Ce dernier ne prenait pas en compte le niveau superficiel des comportements.

BILLIG => **style de comportement des individus**, va révéler un type d'individu qui ne peut pas être compris juste par sa personnalité.

ORFALI => trouve résultats proches de BILLIG, réalise une enquête auprès des militants du front national, mais où lui va identifier 2 types d'individu N et P, elle va mettre en évidence l'existence d'un 3^{ème} type de militant du front national = l'homme assujéti.

Cet homme **ne possède pas une définition identitaire forte**, il va se définir par rapport au chef du front national (Le Pen), et il y a un autre trait qui distingue cet individu, **c'est l'importance qu'il accorde à la religion**.

Il va définir ses appartenances par sa soumission plutôt que par sa revendication de traits propres.

Ces assujétis, sont **en général des catholiques très pratiquants**, voir parfois des catholiques intégristes et si elle appelle cette catégorie « l'homme assujéti » il faudrait plutôt dire la **femme assujéti**, parce qu'à 77% il s'agit de femme et pas d'homme.

Se réalise chez les assujétis, la conjonction entre leur position dans la société et celle dans le parti.

On retrouve chez ces assujétis, d'après ORFALI, une approche qui va prendre en compte la complexité de la discrimination et qui **dépasse ces simples facteurs dépendant de la personnalité qu'on avait chez ADORNO.**

Mais si on poursuit un peu plus loin sur la compréhension de ces facteurs , on peut se demander si **en plus des facteurs des personnalité ou des facteurs sociaux, est ce qu'il n'y a pas encore un autre type de facteur qui intervient dans l'explication de la discrimination ?**

2- L'identité sociale

On parle d'identité sociale. Elle renvoie à l'opposition suivante :

- identité : → renvoie singularité de l'individu, à la personnalité, à l'individualité
- sociale : renvoie aux aspects collectifs → on est au contraire similaire à d'autres car nous sommes en groupe d'appartenance en raison de nos positions sociales respectives.

Paradoxe à associer l'individuel et le collectifs (ce qu'on va partager avec les autres individus).

Idée : articuler l'individuel et le social.

- articulation entre l'individuel et le social
- étude des mécanismes par lesquels l'individu se construit au contact des phénomènes sociaux → individu se construit par le contact avec des processus sociaux
 - il s'agit de qqch de construit par les individus → travail d'élaboration/appropriation (l'identité n'est pas donnée mais est élaborée).

Le fait de naître dans un lieu particulier avec une famille particulière. Au cours de son histoire, l'individu qui naît dans ce milieu va évoluer dans un contexte social (avec des aspects sociaux) et selon le degré d'appropriation de ses aspects sociaux, l'individu va se construire de façon singulière.

L'histoire de l'individu renvoie à la notion de temporalité et à l'aspect dynamique. Il faudra trouver le lien qui fonde l'identité (= similarité à moi-même dans le temps et en même temps une permanence évolutive).

Cette dynamique de la construction identitaire va être traitée dans les travaux théoriques.

identité → permanence + évolution

- articulation entre permanence et évolution

Kuhn et McPartland (1954), Gordon (1968)

- Statuts et rôles déterminent notre identité

Détermination forte selon les statuts → catégorisation sociale de Tajfel

2.1 L'identité sociale selon Tajfel (1972)

Les individus fonctionnaient en fonction d'une catégorisation de l'environnement. Cette dernière rend le monde compréhensible en permettant de procéder à des regroupements → cf. différenciation/discrimination.

Cela permet aux individus d'évaluer un certain nombre d'aspects sociaux.

La catégorie dans laquelle l'individu se place l'amène à se séparer (à créer une distance) d'un groupe. Augmentation de l'écart entre un groupe et l'autre groupe. En accroissant l'écart, on va tendre à favoriser les individus qui appartiennent à son groupe au détriment des autres groupes. Une des réponses possibles : c'est justement parce que la catégorisation = processus qui est à l'origine de l'identité sociale.

Société → existe plusieurs groupes et donc on va appartenir à plusieurs groupes et puis il va y avoir des groupes plus ou moins importants. L'importance tient de l'appartenance que l'on tient à un groupe → valorisation, on voudrait y adhérer. Le processus de catégorisation sociale va pouvoir permettre de nous orienter dans cette organisation sociale et précisément pour Tajfel, il va permettre d'indiquer les différentes positions que l'on peut occuper.

C'est pourquoi justement pour Tajfel :

- la catégorisation sociale peut être considérée comme le fondement de l'identité sociale
- Définition de l'identité sociale (Tajfel, 1972) :
« La connaissance qu'à l'individu de son appartenance à certains groupes sociaux et la signification émotionnelle et évaluative qui résulte de cette appartenance. » (p.292)
- Catégorisation sociale permet d'acquérir ou de maintenir une identité sociale positive (favorisation de l'intra-groupe)

→ à l'origine de l'identité sociale = catégorisation sociale → catégories sont hiérarchisées → valorisation hiérarchique

- Comparaison sociale (Festinger, 1971)
- Distinction entre une réalité physique et une réalité sociale.
- Utilisation des opinions et des capacités des autres pour les comparer aux miennes
- opinions valides quand elles sont partagées
- Processus de comparaison sociale pour l'élaboration de l'identité sociale joue sur :
 - les dimensions saillantes
 - les dimensions pertinentes

Chaque individu cherche à évaluer ses connaissances, ses croyances, ses opinions → évaluation comparative sociale c'est-à-dire que l'individu ne va pas évaluer à lui seul ses connaissances, ses croyances, ses opinions, il va le comparer avec les autres (aux membres de mon propre (intra-)groupe + les autres groupes). → évaluer qui il est avec réajustement ou non (dans la cas d'une absence de modification de l'opinion → ouverture vers d'autres groupes).

L'identité se construit par le biais de comparaisons. + Possibilité ou non de changer de groupe ou de passer d'un groupe à l'autre.

- Deux pôles à l'identité (Tajfel, 1974 ; Turner, 1981)
 - = continuum avec 2 bornes : le pôle individuel (sa plus grande singularité) et le pôle collectif/social (sa plus grande dimension collective – de similitude avec les groupes) dans l'identité d'un individu
 - Individuel : comportement interindividuel (quand on est en interaction avec un autre individu → chacun est perçu dans sa singularité)
 - Social : comportement intergroupe (2 membres de groupe → par ex. le psychologue qui interagit avec la médecin) → construction à partir du registre du groupe (importance des appartenances groupales) + cf. caverne des voleurs
- Quand les individus se trouvent sur un pôle individuel, il n'y aura quasiment pas de discrimination car il n'y aura pas de discrimination
- Plus appartenance à un groupe est saillante, plus y aura de discrimination
 - Identité sociale forte => (produit, est à l'origine d') une discrimination
 - Atteindre (recherche d') une valorisation positive de soi → on va chercher à valoriser ses propres appartenances → le résultat de cette comparaison va être favorable (issue

favorable) pour l'individu

Evaluation positive de soi ne se fait pas à partir de la discrimination mais à partir de registres différents.

On va avoir 2 types de situation :

- Si identité satisfaisante (registre d'une identité satisfaisante)
 - conserver sa propre supériorité (supériorité = mélange de subjectivité + objectivité → ce que je construis à partir des groupes)
 - tenter d'étendre sa propre supériorité
- Si identité non satisfaisante : différents types stratégies de changement qui vont être mises en place par les individus pour atteindre une identité satisfaisante

Adapté de Taylor et Moghaddam, 1987

Perception d'alternative à la situation intergroupes

(instabilité – illégitimité)

=> mise en place de stratégies collectives (frontières intergroupes -entre les groupes- imperméables → pas de changement car imperméabilité entre les groupes → ex : si je suis dans le groupe dominé, il est inconcevable que j'aille dans le groupe dominant) => créativité sociale (trouver d'autres critères de comparaison qui favorisent son propre groupe, création potentielle de sous-catégories/de sous-groupe au sein de son propre groupe → permet de dévaluer son propre groupe pour le revaloriser ensuite), compétition sociale (il s'agit de renverser clairement la position des groupes en lien avec le rapport de pouvoir et de passer de la position dominé à la position dominante), redéfinition des caractéristiques (modification du rapport de pouvoir → imagination de d'autres dimensions de comparaison entre les groupes ; les traits négatifs du groupe sont transformés en traits positifs → travailler sur les traits négatifs ne soient plus perçus comme négatifs et soient perçus comme positifs → ce sont des stratégies collectives)

& mise en place de stratégies individuelles

commun avec Perception d'aucune alternative à la situation intergroupes (stabilité – légitimité)

=> mobilité sociale (frontières intergroupes perméables)

Il existe des groupes de références auxquels on n'appartient pas et auxquels on va chercher à appartenir

=> comparaison intra-groupe (attention ici = stratégie individuelle) → frontières intergroupes imperméables c'est-à-dire qu'en tant qu'individu je vais me comparer aux membres du groupes pour savoir mes caractéristiques (+ et -) et essayer d'en identifier des positives

2.2 L'inventaire multistade de l'identité psychosociale (IMIS)

Zavalloni & Louis-Guérin (1984)

- L'identité psychosociale est conçue comme la représentation de soi-même
 - structure cognitive liée à une approche représentationnelle (toujours une approche sur l'élaboration et sa dynamique) → travailler de subjectivité (conscience et les attributs sociaux mais sans les séparer (contrairement à Tajfel, on va s'intéresser à leur relation)
- Comment l'appartenance à des groupes donnés (nation, classe sociale, sexe) affecte -t-elle la représentation que l'on a de soi et les valeurs personnelles (le fait d'être femme par ex. ou le fait d'être professionnel ou le fait d'être mère) quand j'évoque mon identité, cela renvoie aux appartenances et à leurs incidences ?
- Cela nous amène à nous intéresser à la représentation de l'environnement c'est-à-dire de l'organisation sociale : différents groupes organisés les uns par rapport aux autres constituent un système.
- C'est une construction qui va se faire à partir :
 - d'un point de vue propre de l'individu (même cet individu n'est pas isolé → ils est pris dans un point de vue/ il est situé et non pas isolé)
 - on ne distingue pas le social de l'individuel car ce point de vue est lié aux inscriptions sociales : **c'est un point de vue propre/subjectif mais socialement construit.**
- **Toute identité est une identité sociale** (ce n'est pas quelque chose d'autre de l'individu d'une part et non quelque chose d'autre de la société d'autre part → ce sont les deux en même temps) point de vue socialement construit
- **Toute identité est par définition une identité socialement**
- **Il n'y a pas 2 pôles distincts : individuel et social.**
- L'identité dépend autant des groupes d'appartenance que des autres groupes.

Exemple : un psychologue social se construit avec l'extérieur (cf. d'autres types de professions en interaction permanente avec des similitudes – psychologie clinique- et des différences -psychiatres, médecins, éducateurs-).

C'est dans cette approche que le psychologue social prend en compte des rapports intergroupes : « qui je suis va au-delà de la valorisation des groupes » → nous ne pouvons pas parler d'identité psychosociale en faisant des rapports entre groupes

RDI

TDs

La catégorisation sociale :

Expérience issue des travaux **Tajfel et collaborateurs (1979)** sur la catégorisation sociale. L'objectif de l'étude est de **déterminer les effets de la catégorisation sociale sur le comportement inter groupes quand dans la situation inter groupes on ne peut imputer ni à des calculs d'intérêts individuels, ni à des attitudes hostiles préexistantes, le comportement discriminatoire vis-à-vis d'un hors groupe.**

Selon les expériences, **les sujets favorisent leur propre groupe dans la distribution des récompenses et des pénalités.**

Comportement inter groupes : « Il est étudié comme une fonction des variables, du conflit, de la compétition, de la coopération, de la nature de l'interaction personnelle intra et inter groupes, de la structure des intra et des hors groupes, de la position des individus dans les groupes, de leur personnalité... »

Tajfel et ses collaborateurs se sont demandés :

- VII- Peut-on dire que l'acte de catégorisation sociale conduit au comportement inter groupes qui discrimine le hors groupe et favorise l'intra groupe ?
- VIII- Quelles sont les conditions nécessaires et suffisantes de ce comportement différentiel inter groupes ?

Tajfel a établi 6 critères à respecter dans sa procédure pour répondre à ces 2 interrogations :

- **Il ne doit y avoir aucune interaction entre les sujets**
- **L'anonymat complet des membres du groupe doit être préservé**
- **Il ne doit y avoir aucun lien instrumental ou rationnel entre le critère de catégorisation inter groupes et la nature des réponses intra et hors groupes requise.**
- **Les réponses ne doivent représenter aucune valeur utilitaire pour le sujet qui les donne**
- **La stratégie de réponses basée sur la différenciation inter groupes doit être en compétition avec celle basée sur les principes plus rationnels et utilitaires telle l'obtention d'un bénéfice maximal pour tous**
- **Les réponses devront être présentées au sujet comme étant aussi importante que possible. Elles doivent relever d'un vrai comportement de récompense aussi concrète possible.**

Tajfel a mis en place une expérience en 2 parties : Il a mené cette expérience auprès **64 garçons de 14 à 15 ans**, élève de la même classe en collège. Il les a **réparti en 8 groupes de 8 enfants**.

Première partie :

On leur demande d'estimer d'un nombre variable de points projetés successivement sur un écran (sur les diapositives) avec un temps d'exposition de chaque diapositive compris entre un seizième et une demi seconde.

Après chaque projection, les enfants écrivaient leurs réponses sur une feuille prévue à cet effet, préparée avant l'expérience.

Les groupes étaient réparties en 2 conditions : **4 groupes étaient en conditions neutres**, une fois

que l'exercice était terminé, l'expérimentateur disait simplement aux sujets que des individus tendent à surestimer ou à sous-estimer le nombre de points.

Les 4 autres groupes étaient en condition « valeur ». Dans cette condition, on leur disait que certaines personnes sont bien plus exactes que d'autres dans leurs estimations.

Seconde partie :

L'expérimentateur fait semblant de corriger les réponses. Les groupes se répartissent

Condition neutre : On annonce qu'un groupe sera formé par les 4 élèves qui ont surestimé et le second groupe par les élèves qui ont sous-estimé.

En condition valeur, on annonce qu'un groupe sera formé par les personnes les plus exactes et l'autre par ceux qui sont le moins exact.

On demande aux ados de donner une récompense sans connaître l'identité des individus à qui ils donnent la récompense. Ils savent simplement qu'ils ne sont pas concernés par cette rétribution.

Résultats :

Aucune différence significative entre les résultats des 4 groupes, quelque soit les conditions, la tendance est la même à savoir, favoriser l'intra groupe.

Les auteurs ont mis en place une seconde expérience, à une différence près, ils ont utilisés une nouvelle méthode de catégorisation inter groupes afin de valider les résultats de la première expérience. Ils ont voulu voir quelle stratégie était adoptée par les individus.

Ils se sont arrêtés sur 3 stratégies différentes :

- IX- Le RCM : Récompense Commune Maximale**
- X- Le RIM : Récompense Intra groupe Maximale**
- XI- La DM : La Différence Maximale**

Conclusion de l'expérience :

Dans une situation dépourvue de tous signes usuels, d'une appartenance intra groupe et de toutes interactions avec un hors groupe, les sujets agissent toujours en fonction de leur appartenance à l'intra groupes et d'une catégorisation inter groupes. Leurs actions vont tendre à favoriser les membres de l'intra groupe, au détriment des membres du hors groupe. C'est le fait de gagner qui leur paraît le plus important.

The eye of the Storm (l'œil du cyclone)

Une étude de Jane Elliot – 1968

Intérêt de l'expérience :

Constater les effets d'une différenciation, autre que la couleur de peau, sur un trait physique, choisit de façon arbitraire.

Présentation de l'étude :

- 4 avril 1968 : assassinat de Martin Luther King
- Hiver 1968 : semaine de la fraternité
- Jane Elliot, institutrice aux USA (auprès d'enfants âgés de 8 ans) va mettre en place une expérience au sein de sa classe (filmé par une chaîne de télévision)

- Objectif : Pédagogique, faire prendre conscience à ses élèves du caractère infondé des discriminations raciales

Mise en place de l'étude :

- Rappel de la notion de fraternité
- Accent mis sur les inégalités présentes aux USA (notamment couleur de peau)
- Discussion autour de ce thème

19. Les stéréotypes discriminants semblent aller de soi

Première phase :

- Exemples de traits physiques qui différencient les élèves : hiérarchisation de la couleur des yeux
- Elle leur propose une expérience
 - 1^{er} principe :
- Les personnes aux yeux bleus sont meilleures que celles aux yeux marrons
- Illustration de ses propos par des exemples concrets « c'est un fait »
- Différenciation par un foulard porté par les personnes du groupe discriminé (les élèves aux yeux bleus doivent en accrocher un autour du cou d'un de leur camarade aux yeux marrons)
- Etablissement de nouvelles règles de conduites qui donnent la priorité au groupe de personnes aux yeux bleus
- « Parce que les enfants aux yeux marrons ne sont pas aussi bien que les enfants aux yeux bleus »

Conséquence de la première phase :

- Mise en valeur des faits qui illustrent les stéréotypes
- Passation d'un exercice par groupe -> Résultats yeux bleus (B) > yeux marrons (M-)
- Violence entre eux (bagarre en récréation)
- Appellation yeux marrons = bêtes = insultes
- Changements de comportements : yeux bleus discriminent les autres

Seconde partie (le lendemain) :

- Elle explique qu'elle a menti et qu'en fait ce sont les personnes aux yeux marrons qui sont mieux

que celles aux yeux bleus

- Illustration de ces propos par un nouvel exemple concret
- Différenciation au moyen du même foulard (les enfants aux yeux marrons doivent accrocher le leur autour du cou d'un de leur camarade aux yeux bleus)
- Rappel des règles de conduites qui donnent cette fois la priorité au groupe des personnes aux yeux marrons

Conséquence de la seconde phase :

- Mise en valeur des faits qui illustrent les nouveaux stéréotypes
- Passation d'un exercice par groupe -> bons résultats yeux M < à la veille yeux bleus
- Un élève fait remarquer la couleur des yeux de la maîtresse (bleus) donc <

Fin de l'expérience :

- Bilan de ce qui a été ressenti durant ces 2 jours
- Demande de leur point de vue sur les différences de couleur de peau
- Conclusion de la leçon
- Débarrasse des foulards

Les discriminations se font très vite et il y a un **effet Pygmalion** qui fait que les préjugés que l'on a vis-à-vis de personnes va favoriser le développement du comportement attendu. **A partir du moment où des stéréotypes circulent, les personnes qui les subissent sont davantage en situation d'échec.**

La discrimination est une violence qui produit ensuite une violence physique.

Les points positifs :

- En tant que chercheur, elle respecte ses principes à savoir effectuer des études qui portent sur un thème en lien avec sa spécialité.
- Elle a un désir d'analyse et d'améliorer un aspect « négatif » du contexte social américain.
- Elle alterne les dominants et les dominés.
- En tant qu'enseignante, elle essaie d'inculquer les principes d'égalité, de fraternité et du respect d'autrui à ses élèves.
- Après des années, les élèves restent sensibilisés aux discriminations : ils recommandent cela à but éducatif.

Les points négatifs :

- Expérience sur des enfants de 8 ans -> Contraire au code des droits de l'enfant
- Position d'autorité en tant qu'institutrice dans la salle (ils n'ont pas à être traité comme des sujets d'expérience)
- Non respect du code de déontologie de l'enseignant : On ne doit pas exprimer ses propres orientations, ni orienter ses élèves dans ce sens. Limite de sa compétence : ne doit pas enseigner ce pour quoi il n'a pas été formé. S'abstenir de diminuer ou rehausser ses élèves.
- Non respect du code de déontologie de l'expérimentateur : maintien de la position de neutralité, respect de l'anonymat des sujets, respect d'un protocole de déroulement : cadre mal défini, variable externe au cours non pris en compte, neutralité parentale (?), absence de surveillance lors de la récréation, interaction avec d'autres classes.
- Non respect du code de déontologie du psychologue chercheur : position non neutre en tant qu'expérimentatrice (yeux bleus), aucune formation de psychologie.

Conclusion :

- Les résultats sont observables rapidement : évolution des comportements et attitudes, atténuation des discriminations en finalité.
- Méthodologie critiquable (le choix de la population, mesure des conséquences, le cadre mal prédéfini, absence de variable de contrôle...)
- Statut chercheur (neutralité) / enseignant (autorité) incompatible

Existence d'une structure pyramidale des appartenances groupales : On appartient pas à un groupe, mais à plusieurs groupes, sachant qu'un groupe est inclut dans un groupe de niveau supérieur, ce qui a pour effet qu'un individu, selon le niveau choisi appartient simultanément à plusieurs groupes.

Un niveau pyramidal est choisi par l'individu pour se définir comme membre d'un groupe, par opposition ou par contraste, aux groupes de même niveau.

Lorsque plusieurs appartenances sont impliquées simultanément, l'individu va chercher à trouver un moyen original de satisfaire les deux ou plusieurs groupes, plutôt que d'être déloyal à l'un d'eux.

Lorsque plusieurs appartenances groupales sont croisées, il y a réduction des conflits entre « des segments de la société ». Billig et Tajfel (1973) publient une recherche en concluant que dans la vie quotidienne, les groupes sont investis de significations variées et que cette distinction a d'autant plus de chances de se produire.

En revanche, pour Deschamps & Doise, cela ne peut être vrai que dans des environnements où seul 2 groupes sont en présence.

Or, la réalité est tout autre, puisque les individus sont inscrits dans des catégories qui sont pas juxtaposées mais entrecroisées.

Deschamps et Doise se sont alors posé la question : Comment fonctionnera une situation de catégorisation croisée le processus de différenciation catégorielle, si les deux appartenances catégorielle sont rendues pertinentes pour les sujets ?

Deschamps & Doise reprennent une expérience de Deschamps de 1969, qui montrait que dans une situation de conflit, la différenciation catégorielle était plus forte, lorsque les groupes étaient composés de manière homogène (groupes de femmes et groupes d'hommes) que lorsqu'ils étaient composés de manière hétérogène ou mixte.

L'hypothèse principale qui font Deschamps et Doise c'est que **la catégorisation croisée, c'est-à-dire l'appartenance simultanée, à plusieurs groupes entrecroisés devrait affaiblir l'effet de différenciation catégorielle.**

Expérience 1 : Etudie l'effet du croisement catégoriel en opposant la catégorisation simple à la catégorisation croisée.

Echantillon 80 jeunes filles de 13 à 15 ans.

Matériel : Liste de 32 traits composée par les adjectifs concernant les stéréotypes principaux des groupes ethniques américains. Tous les adjectifs sont mis au masculin et associé dans les énoncés au sujet « les gens ».

2 conditions expérimentales :

- XII- **Condition de catégorisation simple** -> On demande à 40 sujets de décrire des gens de sexe masculin, des gens de sexe féminin, des gens jeunes et des gens âgés.
- XIII- **Catégorisation croisée** -> On demande au 40 autres jeunes filles de décrire des gens jeunes de sexe masculin, des gens jeunes de sexe féminin, des gens âgés de sexe masculin, des gens âgés de sexe féminin.

Il y a un plus grand nombre d'adjectifs qui sont employés pour décrire les différentes catégories en situation de catégorisation simple.

Conclusion : Les auteurs constatent que des adjectifs supplémentaires apparaissent en situation de catégorisation simple, comparativement à la situation de catégorisation croisée.

Pour l'axe masculin- féminin, au pôle féminin on retrouve les adjectifs « sensible », « soumis » au pôle jeune, les adjectifs « enthousiaste », « spontané » et « amical ».

Expérience 2 :

Cette expérience a pour but de reproduire les conclusions précédentes mais en utilisant non plus des variables invoquées mais au moins une catégorisation artificielle.

Echantillon : 120 enfants, 60 garçons, 60 filles en classe de CM1, âgés de 9 à 10 ans et demi. Ils ont été réparti en 10 groupes de 12 sujets avec 6 garçons et 6 filles dans chaque groupes.

Conditions expérimentales :

- XIV- **Situation de catégorisation simple ->** 5 groupes de 12 sujets qui vont être en situation de CS. On met les 6 filles d'un côté d'une table, et les 6 garçons de l'autre côté de la table. Ils ont un crayon de même couleur.
- XV- **Situation de catégorisation croisée :** On va donner un 3 garçons et 3 filles un crayon de couleur bleu et à 3 garçons et 3 filles un crayon de couleur rouge.

Matériel : Il sera le même quelque soit la situation. On donne aux enfants 2 séries de 4 jeux sous format papier. La 1^{ère} série sert d'exemple et l'expérimentateur fait les jeux avec les enfants pour s'assurer qu'ils ont bien compris l'exercice. La seconde série, chaque enfant le fait seul. Il a été contrôlé au préalable que ces jeux n'étaient pas perçue comme des jeux de garçons ou des jeux de filles.

On demande à chaque enfant, d'estimer combien chacun des 12 membres du groupe (lui compris) avait réussi de jeux dans cette seconde phase. Avec 4 jeux, les notes peuvent aller de 1 à 4.

En CS, l'expérimentateur présentait une feuille en alternant 2 noms de garçons et 2 noms de filles.

En CC, c'était le même principe mais on alternait entre stylo rouge et stylo bleu.

Conclusion :

CS : Meilleure estimation de la performance de l'intra groupe surtout de la part des garçons, parce qu'ils sont supposés être meilleur.

CC : Annulation de l'effet différenciateur. Plus aucune discrimination.

L'ethnocentrisme

Cela consiste à **hiérarchiser les cultures en considérant la notre comme supérieure aux autres. Un tel jugement de valeurs est universel, il peut engendrer l'intolérance.**

Expérience de Tajfel, Nemeth, Jahoda, Campbell et Johnson (1970) :

Angleterre (Oxford) N= 356

Ecosse (Glasgow) N= 136

Pays-Bas (Leyde) N= 120

Autriche (Vienne) N=418

Belgique (Louvain) N=110

Italie (Naples) N=118

Matériel : 20 photos représentant toutes des jeunes hommes

Etape 1 : On présente à chaque enfant 4 boîtes avec écrit sur l'une « je l'aime beaucoup », « je l'aime un peu », « je ne l'aime pas un peu », « je ne l'aime pas beaucoup ». On demande à chaque enfants de regarder chaque photos et de les ranger dans les boites selon sa préférence. On attribue des points à l'enfant allant de 1 à 4.

La manière de présenter les boîtes était inversées pour la moitié des sujets.

Etape 2 : Elle se passe 2 à 3 semaines plus tard. On présente 2 boites à l'enfant. On redonne à l'enfant les 20 photos en lui disant que certaines personnes de la photo appartient à sa nation et l'enfant les met dans la boite « ma nation » ou « autre nation ».

Les auteurs ont alors calculé un score D qui est calculé à partir de la moyenne des points dans les boites appartenant à ma nation, c'est-à-dire que l'on regarde combien il y a de photos dans la boite, si il y a 7, je regarde combien de points chaque image à eu à la 1^{ère} étape, moins la moyenne de la boite « autre nation ».

Le score va tendre entre 1 et -1. Si le score est positif, cela signifie qu'il y a une préférence pour notre propre nation. C'est un phénomène d'ethnocentrisme.

Plus le score est proche de 1, plus ma propre nation est favorisée. Plus il est négatif et proche de -1, plus je favorise les autres nations.

Résultats :

Tableau 1 : Le score D est toujours positif. Il y a donc une préférence des enfants exprimée pour leur propre pays. Cela est moins exprimé pour l'Ecosse, par rapport aux problèmes politiques écossais et d'indépendance par rapport à l'Angleterre. **La situation du pays influence donc le développement de l'ethnocentrisme.**

Tableau 2 : Le phénomène d'ethnocentrisme est plus fort chez les 6-8 ans que chez les 9-12 ans. On peut expliquer cela par la notion d'identité qui est un cercle privé. La nation étant rattaché à un cercle identitaire plus large, les 6-8 ans ont un ethnocentrisme plus fort. Il y a une exception en Belgique cependant car il y a 2 langues parlées (Flamand/Wallon), l'appartenance nationale est très revendiquée et cela se voit dans les résultats.

Tableau 3 :

Les enfants de 6-8 ans et de 9-12 ans préfèrent de manière générale les mêmes personnes sur les photos. Cela est un peu moins important en Belgique et à Glasgow car cela peut être lié au fait que des enfants plus âgés sont plus confrontés à une population diverse.

On voit également que les enfants de 6-8 ans et de 9-12 ans mettent les photos dans les mêmes boîtes sauf à Naples où il y a beaucoup de mouvements de populations et d'étrangers.

Conclusion :

On sait d'après les études de Piaget (1928) que ces préférences ethnocentriques sont sous-tendues par ce qu'il appelle « un réalisme nominal », c'est-à-dire que ce qui intéresse d'abord les enfants dans un pays c'est son nom et c'est ce qui permet d'expliquer les préférences ethnocentriques bien avant qu'il y ai contact avec les membres d'autres pays.

L'originalité de cette expérience c'est justement d'éviter cette étiquette du nom et de montrer que cette préférence peut s'exprimer sans support verbal donc qui peut être difficile à interpréter et qui peut être le reflet de normes.

L'autre originalité de cette expérience c'est d'avoir proposer un système de réponses très ouvert, d'avoir introduit entre les 2 mesures une durée importante et de permettre une comparaison transnationale (entre nations) et entre les âges.

TD 5

Introduction:

"Identité" et "sociale" semblent deux termes opposés l'un à l'autre. En effet, l'identité est caractéristique d'un individu en propre. Mais en même temps, il est indéniable que nous vivons dans une société où chacun occupe des statuts et des rôles propres à chacun, mais nous partageons certaines positions sociales. Ces positions contribuent à forger ce que nous sommes individuellement.

entre les distinctions idiosyncrasiques et en société => **identité sociale** = ce qui est propre à chacun d'entre nous et que nous partageons avec d'autres.

L'identité sociale va se trouver à l'articulation entre l'individu et le social et elle vise à distinguer les mécanismes grâce auxquels un individu se construit au contact des phénomènes sociaux.

L'identité est une **construction**, c'est-à-dire une élaboration à la fois individuelle et collective.

Dans l'étude de l'identité sociale, on va être confronté à un second paradoxe, l'identité est à la fois une construction permanente, mais c'est aussi une construction qui est amenée à évoluer.

Donc l'étude de l'identité devra concilier l'articulation entre l'individuel et le collectif et entre la permanence et l'évolution.

1) Les conceptions développées par Kuhn et McPartland et de Gordon

Les études effectuées par la psychologie sociale ont mis en avant les statuts et les rôles sociaux. Dans ces études, les rôles que nous avons ont une incidence sur notre identité personnelle, ce qui nous permet de nous définir comme étant soi. Ainsi, dans cette approche => lié de façon quasi univoque les statuts, les rôles et les constructions identitaires et donc, on peut penser que plus l'implication d'un individu à un rôle sera important, plus ce rôle sera impliqué dans son identité.

Ce sont deux auteurs, Kuhn et McPartland en 1954 qui ont élaboré une technique (TST) qui consiste à poser 20 fois la même question à un individu "Qui suis-je?".

Résultat => les individus se désignent d'abord comme appartenant à des catégories sociales et ensuite, en termes de caractéristiques individuelles subjectives.

Lorsque les individus se posent cette question, ils vont répondre d'abord de manière consensuelle => **catégorie d'appartenance** et une fois qu'elles sont épuisées, ils vont se décrire de manière plus personnelle => **attributs** => les rôles ont une grande importance dans la construction de l'individu.

Gordon en 1968 va utiliser 15 fois la même question et il va demander aux sujets de reprendre leurs réponses et de les évaluer selon leur importance, leur valence (positive ou négative) et le positionnement dans le temps. Selon la nature des réponses formulées par les interviewés, l'importance, la valence et le positionnement dans le temps ne vont pas être identiques.

A partir des réponses des étudiants interrogés, il va proposer une grille d'analyse de contenu des réponses qui vont comporter **8 grandes catégories et 30 sous catégories**.

Cette grille va permettre de faire des interprétations sur le type valorisé par l'individu => on va pouvoir définir des types de réponses qui vont permettre de définir des types de son identité.

82% l'âge, 74% le sexe => catégories que nous partageons avec d'autres = **réponses catégorielles**.

Réponses qui concernent le style relationnel des individus = façon d'être pour se rapporter aux autres et style psychique qui renvoie à des caractéristiques personnelles 52%.

Gordon est donc en présence de deux types de réponses, celles en termes de catégories et celles en termes d'attributs => cela nous ramène au premier paradoxe de l'identité.

Une catégorie définit le type de personne que l'on est en référence à un ensemble => elle va posséder des limites en fonction d'inclusion et d'exclusion.

En général, les répondants se décrivent plutôt sous forme de substantifs, en revanche, les attributs sont des caractéristiques qui les distinguent des autres => un attribut peut avoir différents degrés.

La différence entre catégorie et attribut peut-être assez subtil, parfois générée par une appartenance à une catégorie, car lorsqu'on appartient à celle-ci, on est censé avoir tel ou tel attribut.

Cette distinction permet de définir comment les individus perçoivent leur identité. Ils le font d'abord en fonction de ce qu'ils ont en commun et ensuite en fonction de ce qu'ils ont de propre et de singulier.

Conclusion de Gordon: + L'identité s'inscrit sur un continuum qui va du pôle social avec les catégories, les attributs ou les caractéristiques personnelles.

+ La définition de l'identité d'un individu dépend en large partie des catégories sociales auxquelles appartient cet individu. Ceci est d'autant plus vrai qu'il appartient à un groupe minoritaire => car les appartenances minoritaires sont souvent des appartenances dominées qui rendent saillantes les autres appartenances.

+ L'identité sociale subjective dépend de l'identité sociale objective.

Enfin, le test de Gordon introduit cette fameuse question de la permanence de l'identité, puisque chaque réponse va être positionnée sur une échelle temporaire et de la sorte, on peut identifier les éléments saillants sur le moment, les éléments fondamentaux de l'individu, parce qu'ils sont permanents et complètent l'intégralité de l'échelle temporelle.

Cependant, les choses ne sont pas aussi radicalement séparées, et il est tout à fait possible de concevoir des situations où les catégories sociales peuvent être liées à des traits indifférenciés, c'est-à-dire lorsqu'un individu cite une catégorie, il lui attribue aussi des caractéristiques personnelles.

D'autres auteurs ont essayé de trouver d'autres techniques pour mettre en oeuvre cette articulation.. C'est ce que va proposer plus tard Zavalloni avec son fameux test IMIS en 1973.

II) L'inventaire multistade de l'identité psychosociale (IMIS)

Pour Zavalloni, l'identité sociale est à concevoir comme une structure cognitive liée à la pensée représentationnelle. En d'autres termes, l'identité peut-être conçue comme un choix d'un type particulier puisqu'il s'agit d'une représentation de soi-même.

Il s'agit de savoir comment l'appartenance à des groupes donnés affecte la représentation que l'on a de soi et comment cela affecte les valeurs personnelles. Comment les valeurs personnelles rendent compte de nos appartenances à des catégories et à des groupes?

Zavalloni considère que les représentations ne sont pas une copie de l'environnement mais une reconstruction de la part de l'individu. L'environnement tel qu'on doit le comprendre dépend des différents groupes et catégories qui composent la société. Cette construction s'effectue à partir d'une catégorie qui est propre à l'individu. Ce point de vue est lui-même un point de vue socialement construit.

Ce qui renvoie à l'idée que toute identité est par définition une identité sociale. La distinction du concept individu/société n'a pas de raison d'être s'il s'agit de deux rôles distincts.

Les expériences individuelles sont nécessairement des expériences socialisées, ce n'est que dans la mesure où le discours social est tenu sur ces expériences que nous pouvons reconnaître les expériences comme telles.

Comment comprendre l'impression qu'un individu a de posséder quelque chose en propre que les autres n'ont pas?

comme va l'expérimenter H. Chauchard, cette singularité est réalisée parce que ce sont les processus psychiques qui vont être à l'oeuvre pour comprendre les expériences qui réalisent, c'est-à-dire que les grilles de lecture qu'il va appliquer aux expériences. Mais c'est l'individu qui va réaliser le travail d'intégration et de construction.

L'identité sociale se trouve au coeur de la problématique du lien social et ce qui unit, c'est la communication des représentations que nous allons mettre à contribution pour construire notre représentation.

Les travaux de Zavalloni ne vont pas non plus dépendre l'identité des seuls groupes auxquels on appartient, mais l'identité également comme un lien avec les groupes auxquels nous n'appartenons pas. L'identité sociale va faire aussi intervenir les groupes de référence.

L'étude de l'identité sociale va donc se rendre compte des mécanismes identitaires propres qui vont être processus psychologiques, c'est-à-dire les mécanismes d'identification et de différenciation. Cette étude va aussi rendre compte des contenus associés à ces différents mécanismes, ces différenciations peuvent être l'insertion de l'individu dans l'Histoire et dans sa biographie. Et l'étude de l'identité sociale va s'employer à rendre compte à la participation des groupes sociaux aux mécanismes identitaires.

Certains groupes constituent des groupes identitaires particulièrement importants pour l'individu.

IMIS => 1ère phase: association de mots => 25 consignes par interlocuteurs.

2e phase => Elucidation de la signification d'unités représentationnelles:

- importance liée à chacune des unités représentationnelles
- recodage des unités représentationnelles
- signification des unités représentationnelles.

Quand on demande à des individus de se décrire en terme de "nous" => souvent, attributs égomorphiques. Lorsqu'ils demandent des les décrire en terme de "eux" => association "allomorphique" = pas moi.

L'IMIS représente une complexité importante qui correspond à l'identification des composants psychologiques et sociaux. Pour Zavalloni, les groupes sociaux constituent pour l'individu des appartenances qui ne sont pas simplement juxtaposées les unes aux autres, mais au contraire fortement liées les unes aux autres. Cette ensemble multiple constitue un ensemble dynamique car l'individu appartient simultanément à plusieurs catégories => Quelles sont les plus pertinentes pour l'individu? Celle qui vont le plus contribuer à sa convention de la société. De plus, chaque catégories comporte plusieurs types de membres. Un même individu appartient à des catégories sociales différentes. Chaque catégorie sociale dépend du point de vue de leurs attributs personnelle, également parce que chaque catégorie sociale n'est pas uniforme.

Il y a donc coexistence du "nous" et du "eux" dans chaque catégorie sociale. Chaque catégorie sociale ne va pas jouer le rôle d'un référent unique et univoque, mais parce qu'elles sont simultanément à différentes variations, l'appartenance à un groupe va être médiatisée par rapport à celle d'un autre groupe.

Chaque individu va appartenir à des catégories qui vont catégoriser différents éléments de sa personnalité subjective. Par ailleurs, la seconde phase de l'individu permet d'atteindre des structures sous-jacentes au contexte de l'identité.

TD 6 (séance révisions)

A PROPOS DE LA GRILLE DE GORDON ET RESUME GLOBAL

Soit elle est définie en catégorie, soit en attribut => on se définit plus souvent en catégorie (comment on se situe par rapport aux autres) qu'en attributs (comment l'on se définit personnellement).

=> Un enfant qui n'a pas conscience des nations favorise déjà son pays => identification sociale.

Groupe minimal = adulte n'ayant rien en commun sauf le fait d'appartenir à un groupe => ils vont favoriser ce groupe.

Catégorisation croisée => à tout moment on a une identité personnelle (soi = caractéristiques propres) et une identité sociale (groupe = attribut) => Gordon. L'identité sera motivée par une image que nous voulons positive de nous même.

Donc, on a très vite une identité sociale avec comme stratégie de nous favoriser => biais de favoritisme intra-groupe à l'égard de l'autre. Avec la catégorisation croisée, on peut limiter le biais de favoritisme => on amoindrit les discriminations entre les groupes.

Blue eyed = mise en situation. Trois méthodes se mettent en place => effet Pigmalion, la capacité de l'homme à intégrer les rôles et le **sacrifice émissaire**.

PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADULTE CMs

Références bibliographiques :

- Jean Bergeret : *La personnalité normale et pathologique* (éd. Dunod, Paris 1974)
- Besançon : *Manuel de psychopathologie* chez Dunod, Paris 1993
- Michel Foucault : *Naissance de la clinique* au PUF, 1963
- Michel Foucault : *Histoire de la folie à l'âge classique* chez Gallimard, Paris 1972

1. Introduction générale : Le normal et le pathologique

En médecine, la maladie est une altération organique appréciée dans son évolution comme une entité définissable et repérable. Il s'agit d'un ensemble de signes regroupés en Syndrome. C'est ce qui permet de poser un diagnostic et de désigner la maladie.

C'est grâce aux travaux de CANGUILHEM, médecin et philosophe que l'on a commencé à s'intéresser à la question du Normal et du Pathologique. C'est lui qui a ouvert la voie d'accès aux savants du XIX^{ème} siècle qui spéculaient sur le fait que les phénomènes pathologiques sont identiques aux phénomènes normaux et correspondent aux variations quantitatives d'un même processus. Cette conception s'inscrit donc un processus dynamique. Pour LERICHE la santé c'est la vie dans le silence des organes. La maladie c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie, dans leurs occupations et surtout ce qui leur fait souffrir.

La maladie inclut l'expérience du malade. En se plaignant, le patient introduit une part objective et une part subjective de son appréciation de la souffrance. C'est ce qui va soutenir la maladie ainsi que sa démarche pour consulter. **Selon CANGUILHEM, c'est parce qu'il y a des hommes qui se plaignent qu'il y a une médecine et non l'inverse. La notion d'anomalie souligne le fait qu'il existe des phénomènes inégaux et irréguliers mais n'introduit pas forcément la maladie.**

Cependant, la même anomalie peut le devenir (maladie) en fonction de l'environnement. Les conditions sociales de vie en matière d'hygiène, d'alimentation ou écologiques peuvent influencer la santé de l'individu et donc sa longévité. Par exemple, quelqu'un qui est né avec une maladie congénitale n'aura pas forcément de cardiopathie à la naissance mais si plus tard il vit dans des conditions stressantes, il va finir par développer la maladie cardiaque sous-jacente. Il en est de même avec des personnes en bonne santé initialement qui vont finir par tomber malades à cause notamment des conditions de travail et de la façon dont elles les vivent (cf. travail des mineurs ainsi que des employés exposés à l'amiante). Nous retrouvons cela avec les enfants atteints de saturnisme : ils sont nés en bonne santé mais les conditions insalubres -vieux logements avec exposition au plomb- leur ont fait développer la maladie... **Ainsi, nous pouvons comprendre que la maladie relève de l'ACQUIS et non de l'INNE** (la maladie résulterait d'un conditionnement et/ou d'un apprentissage éducatif particulier -cf. *anorexie mentale et conditionnements pavlovien et skinnerien* -).

Pour les biologistes, le corps humain est en interaction permanente avec son milieu de vie. Sur le plan psychologique, l'influence de l'environnement peut déterminer la bonne santé mentale ou le risque de pathologies (cf. travaux de WINNICOTT). Par exemple, si on prend l'influence des conditions familiales, nous pensons d'emblée à la Mère suffisamment bonne (D. WINNICOTT + Mélanie KLEIN). Pour FREUD, il n'y a pas de différences qualitatives entre le normal et le pathologique. **La différence est donc quantitative.** Ce qui veut dire que la notion de l'anormalité est prise malgré tout dans les normes subjectives du patient. Par exemple, les pervers ne consultent jamais puisqu'ils se complaisent dans leur façon de se comporter (« leur façon d'être »). Pourtant, ils ne sont pas « normaux ». A l'inverse, un sujet dit hypocondriaque peut consulter un énième fois alors que rien ne montre qu'il existe une quelconque pathologie chez lui (à noter, ici on sous-entend une pathologie organique ou biologique car l'hypocondrie est une pathologie des représentations organiques... => cf. différence entre le corps réel et le corps imaginaire). **Pour un même phénomène, certaines personnes le vivent bien tandis que d'autres non.**

Hypothèse et note personnelle : ce serait donc la façon dont nous vivons les conditions de vie et la manière dont nous nous les représentons (labilité de la cohésion sociale -lien social- selon la structure sociale) qui pourraient déterminer l'équilibre dynamique des fonctions psychologiques -régularité- ou son déséquilibre -irrégularité- (cf. psychopathogénèse), un peu comme l'anatomie d'une structure organique détermine l'équilibre homéostatique de sa fonction physiologique ainsi que son déséquilibre.

Exemples :

- *une structure anatomique irrégulière de l'arbre trachéo-bronchique peut engendrer un déséquilibre de la fonction physiologique respiratoire chez un individu, pouvant ainsi causer une inflammation et constriction bronchique → physiopathogénèse de l'asthme*
- *une structure sociale imprévisible (irrégulière) et isolante pour l'individu peut engendrer un déséquilibre de sa fonction psychologique de socialisation pouvant ainsi causer une aliénation (absence de lien) sociale → psychopathogénèse de l'exclusion et ses conséquences (notamment sur l'identité de l'individu)*

2. Définitions de la psychiatrie et de la psychopathologie

La psychiatrie est une branche de la médecine. Pour devenir psychiatre, il faut accomplir des études médicales classiques puis faire une spécialisation en psychiatrie (CES -certificat d'études spécialisées- de psychiatrie aujourd'hui appelé DESS -diplôme d'études supérieures spécialisées- de psychiatrie permettant d'exercer 2 sous-spécialités : la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie). **La psychiatrie est une spécialité médicale qui diagnostique, traite, et parfois guérit les maladies mentales.** Le mot « parfois » a son importance car cela signifie qu'il y a encore matière à innover ! **Avec la découverte de nouveaux médicaments tels que les neuroleptiques, les antidépresseurs, les tranquillisants etc., on assiste aujourd'hui à la guérison ou tout au moins à la stabilisation de certaines maladies qui étaient jusqu'à alors incurables.** Par exemple, la PHC (psychose hallucinatoire chronique) peut être réduite en quelques semaines, les accès maniaques ou mélancoliques de la PMD (psychose maniaco-dépressive appelée aussi trouble bipolaire) sont stabilisés par les antidépresseurs (pour la mélancolie) ou les neuroleptiques (pour la manie) de

manière durable. D'autres médicaments tels que les sels de lithium ou la dopamine sont utilisés pour réduire les rechutes.

Par ailleurs, les centres hospitaliers spécialisés c'est-à-dire les hôpitaux psychiatriques ont vu les durées de séjour baisser de façon considérable. Les moyens de contention ont pratiquement disparu : ils ont été remplacés par la camisole chimique. Un autre progrès non moins important réside dans le fait que les gardes-types modernes ont permis la diminution de la dangerosité de certains malades. Ces progrès permettent désormais de réduire la durée d'hospitalisation ce qui permet aux patients de ne pas être coupés de leur milieu social, familial, et professionnel. Très souvent d'ailleurs, un certain nombre de malades sont traités pour des troubles divers sans pour autant être hospitalisés (cf. traitement ambulatoire). **La psychiatrie moderne est née au XIX^{ème} siècle. Elle est symbolisée par le geste de Philippe Pinel, libérateur des « fous ». En ce qui concerne le traitement, la psychiatrie s'appuie d'une part sur la chimiothérapie, d'autre part sur la psychothérapie.** En général, l'un ne peut se concevoir sans l'autre sauf dans certains cas. Parfois, la chimiothérapie n'est pas nécessaire dans une psychonévrose (=> puisqu'il existe une prise de conscience, le sujet est conscient) alors qu'elle est indispensable dans une psychose (et dans ce cas, la psychothérapie n'est pas forcément utile -sauf pour soutenir la personne-).

Aparté sur les traitements médicamenteux

Dans le cadre des psychoses, les délires chroniques ou aigus bénéficient des neuroleptiques. Ces médicaments possèdent 2 propriétés essentielles : il y a tout d'abord les antipsychotiques qui sont les seuls médicaments à pouvoir agir sur les hallucinations et les délires. Puis, il y a les sédatifs qui calment l'angoisse, l'excitation psychomotrice. Ces médicaments possèdent aussi des effets secondaires gênants qui varient selon le type de neuroleptiques. Ces effets secondaires sont prévenus ou corrigés par d'autres médicaments qui sont dits correcteurs (exemple : le *Sulfarlem* est correcteur des insuffisances salivaires -hyposialies - et lacrymales). Parmi les effets indésirables, on peut noter les vertiges, la somnolence, la sécheresse buccale et les tremblements. Les médicaments soulagent l'angoisse, corrigent l'humeur dépressive et réduisent l'excitation, parfois évite le passage à l'acte violent hétéro-agressif (ex : homicide) ou auto-agressif (ex : raptus suicidaire chez le psychotique). **Ainsi, la naissance et le développement de la psychopharmacologie ont bouleversé le pronostic général des troubles mentaux et l'ensemble des problèmes soulevés par l'hospitalisation en psychiatrie.** Il faut relativiser certains points, en particulier la durée de l'hospitalisation. La solitude (ou plutôt sensation de solitude pour être exact) est l'un des critères les plus importants pour rendre quelqu'un « fou ». Exemple d'une patiente avec TS d'une cinquantaine d'années qui a d'abord été en lieu fermé car elle était dangereuse pour elle-même. Après isolement et passation d'entretiens cliniques à visée psychothérapeutique, elle passe en milieu ouvert car son état s'améliore (elle va mieux). Puis, lorsque vient le jour de sa sortie, elle s'est mise à crier, pleurer parce qu'elle avait peur de retourner chez elle (sentiment d'insécurité à rester seule) et préférait rester auprès de la « famille » qu'elle s'était constituée -équipe soignante : médecins, psychologues, infirmiers-. *Alors, à nous, futurs psychologues d'avoir le courage de faire évoluer l'atrocité de l'absence de bienveillance authentique, notamment en France, 1er pays record en matière de consommation de psychotropes ! L'importance de la bienveillance (cf. sourires), de l'amour authentique et de la solidarité reste la meilleure prévention contre les traumatismes cumulatifs.* Un sourire, un geste doux ou une présence ponctuelle suffisamment bonne c'est gratuit, ça contribue à guérir et pour cela pas besoin de remboursement par la sécurité sociale ! Il suffit de se mettre dans le cœur de

l'Autre et de ne pas juger pour guérir bien des maux/mots et corriger la distorsion narcissique due à des incompréhensions cumulées et érigées en conditionnements autodestructeurs – cf. le cycle infernal de la culpabilité et de l'auto-culpabilité dans la genèse d'une maladie-. **L'homme a déjà en lui la capacité de s'auto-guérir : ne le réduisons pas à ce qu'il n'est pas, acceptons-le tel qu'il est sans le juger et aidons-le à activer sa résilience en le portant psychiquement via des relations triangulaires. Il n'y a que dans ses conditions qu'il pourra devenir qu'il est vraiment.**

Deux dates marquent la naissance de la chimiothérapie moderne en psychiatrie (« la chimiatrie ») :

- **1952 : utilisation de la *chlorpromazine* qui est un sédatif à action antipsychotique.**
- **1957 : emploi de l'*imiprazine* qui est un stimulant psychique à action antidépressive.**

On considère comme substances psychotropes l'ensemble des substances chimiques d'origine naturelle ou artificielle qui ont un tropisme psychologique c'est-à-dire une action susceptible de modifier l'activité mentale sans préjuger de cette modification.

a) Les psycholeptiques ou sédatifs psychiques

La caractéristique commune de ces médicaments est de modifier l'activité mentale notamment l'activité intellectuelle, les émotions et la vigilance. Selon le type d'action prédominante, on distingue 3 classes:

a1) *Les neuroleptiques*

Ce sont des sédatifs généraux qui ont une action réductrice des troubles psychotiques et dont l'effet est variable sur la vigilance.

a2) *Les tranquillisants ou anxiolytiques*

Ils agissent quand à eux sur la tension émotionnelle et peuvent s'avérer sédatifs à forte dose.

a3) *Les hypnotiques*

dont l'action sur la vigilance est prédominante.

Cependant, il y a un problème de fond, notamment lorsque l'on observe les notices de ces

médicaments: cela ne donne pas envie d'en prendre mais pas seulement... Il n'y a qu'à constater l'intoxication médicamenteuse par les hypnotiques prescrits en longue durée et en association avec un nombre conséquent d'autres médicaments chez les personnes âgées, alors que cela ne devrait pas durer plus d'un mois. Et encore, nous ne parlons même pas du risque de chute et des complications post-chute que cela implique (cf. alitement, syndrome de glissement et complications de décubitus).

b) Les psychoanalytiques ou stimulants psychiques.

Ces médicaments stimulent l'activité mentale. Cette stimulation peut prédominer sur la tension émotionnelle et sur l'humeur. A fortes doses, il risque d'entraîner une excitation psychique ou une anxiété, ils peuvent provoquer des troubles du sommeil. On en distingue 3 classes :

b1) *Les stimulants de l'humeur*

b2) *Les stimulants de la vigilance*

b3) *Les psychostimulants*

Concernant les neuroleptiques :

ce sont des substances psychotropes ou psycholeptiques. Ils créent un état d'indifférence psychomotrice. Il s'agit d'un état de neutralité affective et émotionnelle apparente. Ils entraînent une diminution des préoccupations, de l'anxiété et de l'initiative. Ils retardent, ralentissent et amoindrissent les réactions psychomotrices. Ils ont une action inhibitrice de l'excitation psychique, de l'agitation et agressivité. Ils réduisent progressivement les troubles psychotiques aigus ou chroniques en particulier les hallucinations et idées délirantes. Ce sont des neuroleptiques dits sédatifs.

Quelques exemples de médicaments neuroleptiques :

- le *Largactil* : médicament antipsychotique polyvalent et sédatif à forte dose
- le *Nozinan* : il a une action antipsychotique modérée ; en revanche, il est très sédatif au cours des états d'excitation et d'agressivité et il est efficace dans les états d'angoisse psychotique.
- Le *Tercian* : il a une action sédatif.
- Le *Moditen retard* et le *Moticate* sont de puissants neuroleptiques désinhibiteurs et antipsychotiques. Ils sont utilisés pour leur action pharmacologique retardée et représentent un progrès important dans le traitement au long cours des psychoses chroniques.

- Il en existe une dizaine d'autres mais on ne les développera pas.

Concernant les hypnotiques :

- Les hypnotiques de type barbituriques forment le groupe le plus homogène mais aussi le plus toxique ! Leurs indications doivent être limitées. Lorsqu'un traitement hypnotique s'avère indispensable, il vaut mieux utiliser une substance non barbiturique.

Les barbituriques sont classés selon 3 critères :

- le délai de leur action hypnotique
 - la durée de cette action
 - La +/- grande rapidité de leur élimination par l'organisme (en cas de mauvaise élimination, cela peut entraîner chez le patient des céphalées).
- Les hypnotiques non barbituriques

Ce sont des hypnotiques simples qui procurent en général un sommeil et un réveil satisfaisant. Cependant, ils ne sont pas dénués de toxicité. Certains neuroleptiques lorsqu'ils sont prescrits à faible dose peuvent avoir un effet hypnotique sans fin. Certains tranquillisants peuvent aussi être prescrits comme hypnotiques (c'est le cas du *Valium*, du *Temesta*, du *Xanax* et du *Lexomil* par exemple).

Définition de la psychopathologie :

La psychopathologie est une branche de la psychologie qui se différencie par son objet d'étude. Elle a pour but la compréhension du fonctionnement psychique normal à partir de ses déviations. Historiquement, la psychopathologie se situait dans le champ médical. Sa naissance en tant que discipline autonome a été plus tardive que celle de la psychiatrie. C'est avec Théodule Ribot à la fin du XVIII^{ème} siècle et au début du XIX^{ème} siècle que l'on a commencé à souligner **l'intérêt des maladies mentales pour la compréhension du fonctionnement psychique.** Aujourd'hui, on parle de psychopathologie au lieu de psychologie pathologique car ce dernier terme laisse sous-entendre une différence entre le Normal et le Pathologique. Étymologiquement, la psychopathologie correspond à l'étude de la souffrance de l'âme c'est-à-dire les maladies mentales ; alors que la psychologie pathologique correspond à l'étude du fonctionnement psychique par l'observation des anomalies qu'elles présentent dans les maladies mentales.

La psychopathologie se situe dans un carrefour des sciences-humaines c'est-à-dire la psychologie

et la psychiatrie. Elle correspond à l'ensemble des constructions théoriques concernant les causes et mécanismes des troubles mentaux. Elle constitue le versant théorique de la psychiatrie. Elle se définit comme l'étude des troubles mentaux du point de vue de leur description, leur classification de leurs mécanismes et de leur évaluation. Elle s'appuie sur la **méthode clinique** c'est-à-dire qu'il faut partir des faits observés à savoir les **symptômes**. Les traits de personnalité, la qualité de la relation au cours de l'entretien pour aboutir à des hypothèses diagnostiques. Les informations sont obtenues par la méthode clinique directement à « mains nues » c'est-à-dire les entretiens ou par la méthode clinique indirecte à « mains armées » (cf. tests projectifs – Rorschach, MMPI-, tests de personnalité...).

La démarche en psychopathologie est donc une démarche sémiologique de recherche de signes. Nous distinguons les signes généraux du tableau clinique des **signes pathognomoniques**. Ces derniers, **spécifiques, permettent d'élaborer le diagnostic** (cf. *l'âge dans le diagnostic différentiel du syndrome dissociatif de la schizophrénie : au delà des barrages idylliques et des hallucinations au sein du syndrome dissociatif par exemple, l'âge du patient est un critère spécifique permettant l'élaboration rapide du diagnostic. En effet, ce type de syndrome concerne majoritairement (le début tout au moins) des adolescents de 16 à 20 ans, et non des personnes âgées...*) Aussi, quand un psychotique commence à critiquer ses propres délires, ce n'est pas négatif, au contraire, cela signifie qu'il y a un mieux. Et il faut s'appuyer sur le « mieux » acquis par le patient afin d'évaluer correctement le pronostic de sa pathologie.

CM 2 (24/09/2015)

3. L'Histoire du concept de Névrose

L'Histoire du concept de **Névrose est liée à la psychanalyse** qui limita à son cadre nosographique précisa ses approches thérapeutiques et lui donna un cadre théorique **étiopathogénique** (→ les causes qui rendent malades/pathogènes).

Le terme de Névrose a été utilisé pour la 1ère fois en 1769 par un médecin écossais **William CULLEN** pour désigner les maladies sans lésion organique. Au début du XIX^e siècle, **Pierre JANET** définissait le Névrose de la façon suivante : « *Un groupe de troubles morbides qui est formé par des phénomènes les plus bizarres et disparates que l'on ne sait comment rattacher les uns aux autres.* »

Au cours du XIX^e siècle, sous l'influence de BERNHEIM et CHARCOT (Jean-Martin), **FREUD en collaboration avec BREUER** s'intéressa à l'étiologie de l'hystérie (cf. *Etudes sur l'Hystérie*, publié en 1895). La création par FREUD en 1895 de la **technique psychanalytique basée sur la libre association** a permis l'exploration de l'Inconscient qui fonde la théorie psychanalytique. La validité du concept de Névrose est donc intimement liée au modèle psychanalytique.

Selon **LAPLANCHE et PONTALIS** (cf. *Vocabulaire de psychanalyse*, publié en 1947), « *la Névrose est une affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'Histoire du Sujet et constituant un compromis entre désir*

et défense. » Dans le modèle psychanalytique, les facteurs psychologiques sont des déterminants de la genèse de la Névrose. La Névrose affecte globalement la personnalité et le comportement du Sujet.

Depuis plus d'une trentaine d'années ont émergé du côté du modèle psychanalytique d'autres modèles théoriques (par exemple: les thèmes cognitifs et comportementaux ou encore le développement des neurosciences). De nos jours, le concept de Névrose est remis en question et il a disparu des Classifications internationales des maladies (DSM 4 – *bible psychologique américaine* - et la CIM 10). Le DSM et la CIM sont des outils de recherche exempt de tout préjugé théorique. Les **troubles névrotiques** peuvent être définis comme des troubles mentaux c'est-à-dire des troubles **ne comportant d'étiologie organique dénombrable** même si des facteurs biologiques pouvant éventuellement participer à leur genèse (= ***notion de vulnérabilité***). D'autre part, ce sont des troubles ressentis par le patient comme indésirables et entraînant une **souffrance** psychique **dont le patient a conscience**. Enfin, ce sont des troubles qui perturbent partiellement l'expérience de la réalité et le sentiment d'identité du Sujet. *Selon FREUD, « est inconscient tout processus psychique dont l'existence nous est démontrée par ses manifestations mais dont par ailleurs nous ignorons tout bien qu'il se déroule en nous. »* FREUD est le premier à avoir eu l'intention que les **symptômes** dont se plaignent les malades -névrosés- ont une **fonction régulatrice** dans l'appareil psychique et ont un **sens**. En d'autres termes, le symptôme **évite** au Névrosé une confrontation directe à une **angoisse insurmontable liée à un conflit psychique**. **Le symptôme prend son sens dès lors qu'il est considéré comme une solution c'est-à-dire lorsqu'il est considéré comme un compromis entre les représentations pulsionnelles issues du Ça inacceptables par le Moi et les moyens de défense de celui-ci. Dans la Névrose, le conflit oppose donc le Ça et le Moi.**

Quelques précisions sur l'angoisse

En général, on distingue 2 types d'angoisse:

- une angoisse **libre**
- et une angoisse **diffuse**

C'est l'angoisse qui paralyse l'individu et entrave son activité qui peut être considérée comme pathologique. Autrement dit, l'angoisse est un phénomène normal. C'est donc son excès et son intensité paralysante qui la rendent pathologique. La valeur symbolique du symptôme est toujours lié au conflit initial qui lui a donné naissance. La signification du symptôme n'est pas accessible au Sujet en raison même du refoulement. Selon le modèle psychanalytique, les névroses de l'adulte seraient liées à l'activation d'une Névrose infantile par un événement traumatisant. Le Sujet n'ayant pas pu dépasser le conflit resté fixé à un stade antérieur de son développement régresse au stade du développement au cours duquel les exigences pulsionnelles pouvaient être satisfaites. L'attachement du patient à son symptôme, sa stabilité dans le temps et la résistance aux thérapeutiques proposées peuvent s'expliquer par la solution que représente l'aménagement névrotique (appelé **solution névrotique**) pour 2 raisons:

1- Les ***bénéfices primaires*** de la maladie

On appelle *bénéfices primaires* la capacité du symptôme à réduire l'angoisse née du conflit intrapsychique par la jouissance inconsciente obtenue grâce à lui.

2- Les ***bénéfices secondaires*** de la maladie

Ceci représente au contraire des avantages conscients en particulier des avantages sociaux familiaux ou professionnels que le patient retire grâce au(x) symptôme(s).

Aucun de ses symptômes n'est spécifique à une maladie névrotique c'est-à-dire qu'ils peuvent aussi s'observer dans d'autres tableaux cliniques autre que névrotique. Selon le modèle psychanalytique, la maladie névrotique peut se concevoir comme l'association de symptômes généraux névrotiques et d'une structure névrotique, enfin d'une personnalité névrotique.

a- Névrose d'angoisse

b- Troubles paniques

c- L'anxiété généralisée

a/ L'**angoisse** est définie par ***l'ensemble des troubles physiques qui concourt à donner au Sujet anxieux l'impression qu'il est serré dans un étau, étranglé, tordu aux portes même de la mort, définition par Henri EY en 1941.*** La Névrose d'angoisse associe un fond anxieux permanent, de crises d'angoisse paroxystiques, survenant sans facteur déclenchant paroxystique, et en l'absence de symptôme phobique, hystérique ou obsessionnel.

Considéré initialement par FREUD comme une entité clinique homogène, **la névrose d'angoisse a été subdivisée en 1980 en 2 sous-ensembles:**

- **d'une part, le trouble panique** qui correspond à la survenue d'attaque de panique à l'origine d'une anxiété anticipatoire et parfois d'une agoraphobie.

- **puis, d'autre part, l'anxiété généralisée** qui est caractérisée par l'existence d'une anxiété flottante (c'est-à-dire fixée à une représentation particulière et généralisée car elle peut se lier à n'importe quelle représentation.

Du point de vue clinique, le début est brutal, secondaire ou non à un événement spécifique. L'angoisse est le plus souvent d'emblée à son maximum (pas de signes avant-coureurs de l'angoisse). **A la phase d'état** (c'est-à-dire en pleine crise) **la crise d'angoisse commence par une triple symptomatologie: somatique, psychique et psychosensorielle.**

Les manifestations **somatiques** sont surtout des **symptômes cardiovasculaires** tels que la tachycardie, des palpitations, une oppression thoracique (**attention, risque de confusion avec la crise cardiaque**).

Les manifestations **psychiques** sont représentées par la **peur d'un danger imaginaire**. La peur est alors **intense, extrême, insupportable**. Par exemple, la peur de devenir fou, la peur de mourir, d'être atteint d'une maladie grave, de ne pouvoir être secouru ou de commettre un acte dangereux. Ce sentiment **s'accompagne d'une désorganisation de la pensée**.

Enfin, les **manifestations psychosensorielles** : elles **viennent majorer l'angoisse** du Sujet par un **Syndrome de déréalisation voire de dépersonnalisation**. En ce sens, où les perceptions sensorielles du Sujet sont modifiées, une symptomatologie de trouble de la conscience est quelque fois présente, une diminution de la vigilance, un arrêt ou au contraire une accélération du cours de la pensée (aussi). Les conséquences comportementales de cette triple pathologie sont le plus souvent discrètes mais peuvent être parfois très spectaculaire avec des cris, de l'agitation. Quand à l'**accès**, il dure **quelques minutes à quelques heures**. La fin de la crise est marquée par les sensations d'une grande fatigue ainsi qu'un soulagement.

b/ Le trouble panique

Il consiste en la répétition fréquente et durable d'attaques de panique c'est-à-dire des crises hebdomadaires et/ou en la survenue d'une anxiété anticipatoire.

c/ **Du point de vue clinique, l'anxiété généralisée s'exprime donc « comme la peur de la peur ».**

On y observe plusieurs types de symptômes :

- premièrement, l'**attente anxieuse d'une crise d'angoisse**
- deuxièmement, des **ruminations pessimistes associées à une dramatisation et une anticipation des valeurs à venir pour le patient ou pour ses proches**
- troisièmement, une **hyperesthésie sensorielle c'est-à-dire une intolérance au bruit (hyperacousie) avec des réactions de sursaut**
- quatrièmement, **une tension motrice et un état d'hypervigilance**
- cinquièmement, des **troubles neurovégétatifs avec tachycardie, une sécheresse buccale ou encore des nausées**
- sixièmement, **des troubles du sommeil et sexuels**

Cliniquement, les **critères diagnostiques de l'anxiété généralisée** comprennent :

- premièrement, une **anxiété et des soucis excessifs survenant durant au moins 6 mois**
- deuxièmement, la personne éprouve des **difficultés à contrôler ses préoccupations**
- troisièmement, **l'anxiété et les soucis sont associés à 3 ou plus des 6 symptômes suivants** :
 - 1- une agitation ou une sensation d'être survolté
 - 2- une fatigabilité
 - 3- une difficulté de concentration
 - 4- une irritabilité
 - 5- des tensions musculaires
 - 6- une perturbation du sommeil

En général, l'anxiété entraîne une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou familial. A noter que la perturbation n'est pas liée aux effets physiologiques d'une substance (n'est pas liée à un médicament, ni à l'alcool, ni à la drogue).

En conclusion, l'évolution est en général chronique. Elle peut être aggravée par des périodes de stress et une dépendance affective avec besoin de réassurance est fréquente. La psychanalyse cherche à effectuer des changements permanents de la personnalité en augmentant le pouvoir d'intégration du Moi. Selon FREUD, le traitement sera toujours la guérison pratique du malade, la récupération de ses facultés d'agir et de jouir de l'existence. Aussi, il faut savoir que l'angoisse est un phénomène tout à fait normal, que c'est la confrontation du Moi à ses limites. **C'est le sentiment d'impuissance qui génère l'angoisse.**

Note personnelle: cette partie que nous venons d'étudier sur l'angoisse s'intègre avant la partie sur la névrose phobique, qui précède à la partie sur la névrose obsessionnelle qui précède celle sur la névrose hystérique.

Quelques éclairages

A propos de la démarche psychanalytique: elle l'est faite quand on sait qu'il existe des choses que l'on ignore (et qui pourraient être la cause d'une perturbation) c'est-à-dire des choses qui nous dépassent et une analyse réussie permettra d'en prendre conscience. L'issue du travail analytique est une guérison au sens de rétablissement pour qu'enfin les choses reprennent **un cours nouveau et acceptable (à distinguer de l'état antérieur).**

Pour LACAN, ce n'est pas tant la guérison ou l'intégration sociale du Sujet qui importe, c'est la **possibilité d'accès au langage de son désir** ». Pour lui, la guérison arrive quand le patient prend conscience que son désir est un désir « de rien du tout » c'est-à-dire un désir non permanent. Cela veut dire que l'engagement ne doit pas être total pour ne pas se laisser dépendre du désir de l'Autre. La guérison dépend de la constitution de chacun et de l'âge, en plus de la maturité. **Selon Carl Gustave JUNG : la guérison se produit quand on accepte « sa Névrose ».** Cette acceptation permet d'accéder à une forme de sagesse permettant d'accepter une vie jalonnée par des joies et des non-joies. Notre souffrance est liée à notre attachement (énergie libidinale) dû à notre transfert aux objets (cela peut être des objets parentaux ou l'objet que « constitue » l'analyste.

Aparté: une relation amoureuse ne tient que lorsque le fantasme reste actif. Celui qui soigne est aussi soutenu par son propre fantasme. A l'origine, il y a un manque, un désir, une recherche de satisfaction pour dépasser la réalité qui nous échappe.

CM 3 (6/10/2015)

4. La sémiologie générale des Névroses.

Le terme de Névrose regroupe un certain nombre de troubles qui ne sont pas spécifiques en ce sens. Nous pouvons trouver des symptômes névrotiques dans différentes pathologies y compris dans les Psychoses. Par exemple, des troubles alimentaires peuvent se retrouver tant dans l'Hystérie que dans une Schizophrénie. La différence est que le Névrosé sera gêné par ses troubles alors que chez les schizophrènes ces troubles sont sous-tendus à des idées délirantes associées à la discordance.

Dans les Névroses, l'angoisse est toujours au premier plan. Elle prend soit des **formes** qui peuvent être **subjectives**. Par exemple, l'inquiétude, sentiment d'une menace ou encore sentiment de déréalisation. Soit des **formes comportementales** : par exemple, une agitation, de l'évitement ou encore de l'usage de produits à des fins anxiolytiques ; mais également des **formes somatiques** avec des douleurs ou gênes dans les sphères cardiovasculaires, respiratoire, digestive, génitale, urinaire ou encore neuromusculaire. **Cette angoisse constante dans les Névroses va constituer et organiser l'ensemble de la personnalité. Sur le plan somatique, certains symptômes affectent le corps tel qu'il est vu, ressenti et éprouvé par le malade.** Cela se traduit par des manifestations somatiques de l'angoisse mais aussi par d'autres troubles de **somatisation** c'est-à-dire des plaintes somatiques sans l'existence réelle d'un trouble somatique. Nous pouvons observer par exemple des déficits de la motricité ou de la sensorialité. Par exemple, la paralysie ou encore perte de la sensibilité. Nous pouvons noter également des préoccupations hypocondriaques ou des dysmorphophobies. Il s'agit de préoccupations concernant l'image du corps. C'est un phénomène « banal » chez l'adolescent jeune fille notamment car le corps change mais dans les cas extrêmes cela peut engendrer un refus de s'alimenter (cf. *anorexie mentale* → à ce propos, en fait derrière, il s'agit d'un refus de la sexualité à distinguer de la génitalité/grossesse + féminité). Nous observons également des troubles de la pensée tels que les croyances irrationnelles, des obsessions, des compulsions, des ruminations mentales, le doute et un sentiment d'insécurité.

Deuxièmement, les traits de personnalité :

La personnalité névrotique est marquée par **l'impossibilité de prendre une décision ou à agir**. Nous notons une **dépendance affective aux autres**, le **besoin d'être rassuré(e)**, la **difficulté de supporter le jugement des autres**, avec des sentiments de **honte**, de **gêne** et de **culpabilité** **l'impossibilité d'établir des relations spontanées** y compris des relations sexuelles mais aussi **l'incapacité à lutter contre ses tendances pourtant reconnu par le Sujet** comme dysfonctionnel. Nous notons enfin un **manque de confiance en soi** et une **dramatisation des situations**.

Les différents travaux cliniques :

Depuis Freud, nous distinguons 2 catégories de Névroses :

a) **Les Névroses de transfert:**

Elles sont composées de **l'hystérie d'angoisse (ancien terme de la névrose phobique, appelé syndrome phobique)**, de **l'hystérie de conversion** et de la **névrose obsessionnelle**.

Elles ont en commun sur le plan des mécanismes d'avoir **une origine se situant de l'histoire infantile du Sujet**. Elles ont des symptômes dans l'histoire infantile du Sujet. Elles ont des symptômes qui sont des **compromis entre les désirs et les défenses** dont l'origine est le refoulement du désir sexuel.

Leurs symptômes ont un sens symbolique qui peut être analysé dans le cadre analytique. Selon BERGERET, la relation d'Objet y est génitale. L'angoisse de castration y domine. Le mécanisme de refoulement y est central et porte sur des désirs génitaux menaçant pour le Moi car suscitant une angoisse de castration.

b) **Les Névroses actuelles** (*troubles liés à des troubles sexuels actuels chez l'adulte et qui sont à distinguer de la Névrose « classique » (de transfert) se situant quant à elle dans l'histoire infantile du Sujet*) : elles sont composées de la **Névrose d'angoisse**, de la **Neurasthénie**, et de **l'Hypocondrie**.

Elles ont en commun une origine dans la vie actuelle du Sujet. Les symptômes n'expriment aucunement une dimension symbolique mais ils sont liés à la non satisfaction à la vie sexuelle du patient. La dimension somatique du symptôme est eu premier plan. Ce sont des patients qui ont des difficultés d'élaboration psychique qui les rend peu accessibles au traitement psychanalytique.

c) La **Névrose de caractère** : c'est une **Névrose asymptomatique**, sans symptôme à proprement parler. Seuls les traits de caractère sont visibles.

→ Névrose hystérique:

L'Hystérie est l'une des plus anciennes entités cliniques qui a été isolée. Sa description a été donnée par Hippocrate qui mettait déjà l'accent sur **l'insatisfaction sexuelle dans l'étiologie**. La sémiologie de **l'Hystérie est changeante** (varie d'une époque à une autre), ce qui fait dire à certains auteurs que l'Hystérie **est avant tout une personnalité**. Les troubles somatiques peuvent toucher plusieurs fonctions sans **aucune atteinte organique**. Pourtant le patient ressent une **gêne** et une **souffrance**.

Nous pouvons observer des troubles de la motricité et du tonus musculaire des tremblements anormaux, certains hoquets, certaines toux, certaines troubles de la vigilance, des pseudo-paralysies, des contractures, certaines formes d'asthénie ou des troubles neurovégétatifs (par ex. : des spasmes, des coliques, des palpitations, des nausées et même des grossesses nerveuses).

Sur le plan psychique nous note également des amnésies psychogènes, somnambulisme, des fugues psychogènes c'est-à-dire des départs soudains parfois une dépersonnalisation, une personnalité multiple, un état crépusculaire et des états accords. Tous ces symptômes peuvent prendre des allures spectaculaires et des états seconds. Tous ces symptômes peuvent prendre des allures spectaculaires et sont présentés par le patient de façon dramatisé.

Concernant la **personnalité de l'Hystérie** elle est marquée par les **traits** suivants :

- **l'histrionisme**: qui veut dire recherche constante de l'attention d'autrui
- **l'hyperactivité émotionnelle**
- **facticité des sentiments**
- **égocentrisme**
- **suggestibilité**
- **mythomanie**
- **mode de pensée imaginaire**
- **dépendance affective**
- **troubles sexuels** par évitement ou par érotisation des rapports

L'**Hystérique** ne **jouit** pas de la relation/satisfaction sexuelle en elle-même mais **de la séduction**.
Ex. 1: les « allumeuses »

Ex. 2: les grossesses nerveuses où il n'y a pas de bébé mais que de l'air !

Les différentes formes cliniques de l'Hystérie: Il existe une forme monosymptomatique avec altération d'une fonction physique, un seul symptôme par épisode et persistance du symptôme en raison des bénéfices qu'en tire le malade puis une forme poly-symptomatique c'est-à-dire des plaintes somatiques (multiples) et persistantes, des symptômes de conversion multiples sur un fond anxieux ou thymiques → cf. troubles de l'humeur et troubles du comportement.

Pour l'Hystérie d'angoisse¹ ou la Névrose phobique, il existe plusieurs troubles qui ont tous en commun une intense anxiété lorsque le Sujet est confronté à l'Objet ou une situation phobogène.

Les **principaux états phobiques** sont les suivants :

- l'**agoraphobie** : qui est de loin la plus fréquente qui est conjurée par des conduites d'évitement, par des aménagements et stratagèmes rassurants
- les **phobies sociales**
- la **phobie des animaux**
- puis des **phobies spécifiques** comme les *phobies des hauteurs*, la *phobie de certains objets tranchants*, la *phobie des transports* et la *claustrophobie*.

La **grande crise d'Hystérie** : appelée attaque hystérique ou grande crise (**crise de Charcot**) qui a 5 phases :

- **Phase 1 : des prodromes ou aura hystérique** avec des douleurs ovariennes, des palpitations, des boules hystériques ressenties au cou ou des troubles visuels. Ces prodromes aboutissent à la perte de connaissance avec chute non brutale.

Le malade hystérique peut mimer l'épilepsie mais ne tombe jamais quand il est seul → crise publique car il cherche « à se montrer en spectacle ».

- **Phase 2 : Période épileptoïde** : c'est-à-dire une phase tonique avec arrêt respiratoire , immobilisation tétanique, de tout le corps, convulsion commençant par des petites secousses + grimaces pour aboutir à des grandes secousses généralisées puis résolution dans un calme complet
- **Phase 3 : Période de contorsion (ou Clownisme)** : la crise commence par des mouvements variés accompagnés de cris ressemblant à une lutte contre un être imaginaire.

¹ Les névroses hystériques sont au nombre de trois : l'hystérie d'angoisse, l'hystérophobie et l'hystérie de conversion.

- **Phase 4 : Période de transe** dans laquelle on observe une **attitude passionnelle** dans laquelle la patiente mime des scènes violentes ou érotiques.
- **Phase 5 : Période terminale** pendant laquelle le patient peut revenir plus ou moins rapidement au milieu de ses contractures et de ses visions en prononçant des paroles, en décrivant des thèmes « délirants » de son vécu.

Ces crises peuvent durer environ 15 minutes. Par ailleurs, il existe des **formes dites mineures de l'Hystérie**. Par exemple, la **crise de nerf** : nous pouvons observer alors une grande agitation, une décharge émotionnelle avec une grossière ressemblance avec l'épilepsie. Ces crises sont fréquentes chez les Sujets frustrés, stressés ou anxieux. Il existe aussi la **crise syncopale** : le malade se sent subitement mal, devient pâle, exprime en quelques secondes son angoisse puis s'affaisse. Puis la **crise extra-pyramidale** : ce sont des manifestations motrices qui peuvent être considérées comme des équivalents mineurs de la grande crise Hystérique (de Charcot). Ces symptômes seront des hoquets, des bâillements, des éternuements, des crises de rire ou de pleurs incoercibles, des tremblements, des secousses musculaires et des tics.

N.B: Il existe un état crépusculaire de l'hystérie consistant en un affaiblissement de la conscience vigile, ses crises débutent très brutalement.

→ La Névrose obsessionnelle:

L'obsession désigne une idée ou un sentiment qui s'impose à la pensée du Sujet qui en reconnaît le caractère absurde et lutte contre cette intrusion de façon anxieuse. *Obsession vient du Latin « Obsessio » qui signifie « siège » ou « action de siéger ».* Actuellement, beaucoup de cliniciens, notamment des psychiatres, utilise plutôt le terme TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs) de la personnalité Obsessionnelle Compulsive telle qu'elle a été décrite dans le DSM4. Le malade se sent assiégée par des idées, des mots ou par des représentations dont il reconnaît l'absurdité.

Cette pathologie a été **identifiée au XIX^{ème} siècle** comme « **folie du doute** » par **FALRET**.

Dans la névrose obsessionnelle, la pensée du sujet est assiégée par des idées face auxquelles des actions spécifiques se mettent en place et ce, dans un but défensif. **Le diagnostic de cette névrose obsessionnelle est formulée devant un tableau clinique, associant une personnalité obsessionnelle et des symptômes obsessionnels qui se manifestent à 2 niveaux : à savoir celui de la pensée et celui des actes.** C'est la névrose la plus organisée, la plus grave et la plus rebelle. **Elle touche environ 2% de la population générale, autant d'hommes que de femmes. Dans 40 % des cas, la maladie débute avant l'âge de 20 ans.**

Du point de vue symptomatique, on distingue les obsessions proprement dites, les compulsions, les rituels et les vérifications.

a) Les obsessions

Elles consistent en des idées, des affects et des images qui surviennent de façon parasite dans la pensée et qui s'imposent de façon répétée et involontaire à la Conscience du malade. Il existe 3 variétés majeures d'obsessions :

- Les *obsessions idéatives* : qui sont les plus fréquentes. Elles sont représentées par

l'intrusion (répétitive) d'idées, de mots, d'images mentales, obscènes, dégoûtantes ou absurdes.

- Les *obsessions phobiques* : elles ont un caractère anxiogène et concernent des peurs en rapport avec une crainte imaginaire d'attraper une maladie grave telle que le SIDA ou un cancer, ou la crainte d'une souillure par des excréments ou des produits toxiques, ou encore la crainte d'une contamination par la saleté ou les microbes.
- Les *obsessions impulsives* : elles consistent en la peur de commettre contre sa volonté, un acte agressif, absurde, immoral, ou même auto-agressif.

b) Les **compulsions**:

Ce sont des **actes répétitifs qui s'imposent au sujet, qu'il ne peut s'empêcher d'accomplir** (ex. : éviter de marcher sur des carreaux noirs).

c) Les **rituels**:

Ce sont des **séquences d'actes** qui portent sur des **actions quotidiennes** que le **sujet/malade se sent obligé d'effectuer** : par exemple, s'habiller, faire sa toilette, ou se coucher. Avant d'effectuer ses actes, le malade se sent obligé de faire des calculs mentaux ou bien de réciter une liste de mots avant de fermer la porte, d'éteindre les lumières, ou de se mettre au lit. Ces rituels sont **automatiques, rigoureux et rigides**.

d) Les **vérifications**: elles ont pour but de contrôler la réalisation ou non d'un acte tel que fermer une porte, un robinet d'eau ou de gaz.

N.B: Le **patient obsessionnel a une tendance psychasthénique** qui consiste en une fatigue vécue sur les versants somatique et psychique. Cette fatigue, résulte de facteurs psychologiques tels que la lutte intérieure intense, et la crainte de nouvelles situations. FREUD a isolé cette névrose grâce à sa conception de l'appareil psychique. Il interprète les idées obsédantes comme l'expression de désirs refoulés. **Contrairement à l'hystérie les symptômes de la névrose obsessionnelle sont purement mentaux.** Le malade est toujours retissant pour reconnaître sa maladie ; c'est donc toujours un tiers qui l'oblige à consulter. Ce refus tient au fait que la maladie est vécue comme une faute morale et non comme une pathologie. Les idées obsédantes gouvernant le psychisme du patient sont remarquables par leur caractère sacrilège. Par exemple, les circonstances qui appellent le respect, déclenchent chez le malade des idées injurieuses, obscènes, scatologiques (excrémentiels) voir criminelles. C'est pour cela qu'il y a une **lutte féroce contre ces idées absurdes**. C'est la raison pour laquelle, le malade s'engage dans des contres-idées conjuratoires pouvant occuper toute son activité mentale. **L'obsessionnel vit en permanence dans le doute.** Il passe l'essentiel de son temps à effectuer de **multiples vérifications. Il vit dans la terreur de commettre quelques actes graves (meurtre, suicide, viol) que ses idées pourraient lui imposer. Mais aussi dans l'idée de l'avoir déjà accompli par inadvertance.** Schématiquement il s'agit en général de « vieux garçons » restés très proches leur mère et ayant prit de petites habitudes et de petites manies. Ils sont scrupuleux, collectionneurs... Leurs conduites sont donc très proches des délires

d'interprétation. L'obsessionnel va donner un sens à certains faits qu'offrent le monde extérieur. Par exemple si le nombre de pas qui le sépare de la porte d'entrée est pair alors son projet pourra réussir et si il est impair alors il échouera. Cependant le malade ne va pas se satisfaire d'une telle position passive, il effectuera des vérifications et accomplira des rituels infinis et incessants. Et ceci dans chacun de ses actes de la vie quotidienne.

Ce **jeu compulsif** auquel se livre l'obsessionnel lui procure une **jouissance secrète**. En effet selon FREUD, les symptômes de l'obsessionnel témoignent de son **sentiment de culpabilité à vivre une intense jouissance sexuelle² précocement exercée par l'adulte séducteur** (ex. : imaginez, un tout petit enfant -garçon- à l'âge de l'acquisition de la propreté -2/3 ans- qui a vécu des moments de jouissance au sens large du terme ; lorsque sa maman s'occupe de lui, le met dans son bain, lui change les couches, lui fait des massages...). Ces émois donneraient selon FREUD un fantasme lié à la sexualité infantile (un fantasme pas cadré, désiré ou permis aussi par l'adulte → ça fait du bien et peur en même temps...). Du point de vue thérapeutique, **le traitement est en général médicamenteux, les anxiolytiques pour réduire les angoisses, et les antidépresseurs pour combattre les obsessions.**

Mécanismes des défenses de la névrose obsessionnelle

La formation réactionnelle:

C'est à dire que la **représentation d'origine est transformée en une représentation contraire**. Par exemple le rituel de lavage des mains serait lié à un fantasme sadique-anal qui est de souiller l'Autre (lié à l'intense jouissance sexuelle précoce qui induit du « plaisir » et de la peur en même temps).

L'annulation rétro-active: c'est-à-dire, que la **représentation qui arrive dans le psychisme est simplement annulée**. En d'autres termes les représentations **gênantes**, qui apparaissent dans les pensées, les actes ou les comportements du malade, seront considérées comme n'ayant pas existé.

L'isolation: Ce mécanisme consiste à **séparer la représentation gênante de son affect**. En règle générale, l'isolation **empêche la relation angoissante, entre l'objet et les pensées**.

Les rituels: ils ont un **caractère conjuratoire**, qui permet au sujet de **se protéger de l'angoisse de castration** lié à la représentation œdipienne originelle.

→ La névrose d'angoisse:

Elle consiste en une **anxiété flottante** qui n'est pas liée comme dans la phobie à des objets précis mais plutôt à **des attentes diffuses** et se traduit par des sensations de menace grave d'un sentiment de devoir mourir sans pour autant que le malade ne perçoive de causes de son malaise. L'angoisse est ici vécue de façon très traumatique et peut entraîner le développement de comportement visant à l'endiguer (ex : alcoolisme).

2 Jouissance : réponse à une pulsion ou accomplissement d'un désir ; anc. Équivalent de plaisir ; sens freudien : joie, volupté même masochiste.

→ **L'hypocondrie**: il s'agit de la croyance pour le malade d'exprimer la crainte et la certitude d'être atteint d'une maladie grave. Les réactions de l'entourage et du corps médical ne sont pas efficaces. Cette croyance s'accompagne de comportements typiques comme la recherche de sang et d'examen médicaux, le recours à plusieurs médecins, des plaintes douloureuses mais difficiles à décrire, enfin l'utilisation du malade du discours médical. Sur le plan théorique, le malade interprète de façon erronée ce qu'il ressent et occupe une position imaginaire double : celle où il est malade et médecin à la fois.

→ **Le tableau clinique de la neurasthénie** comprend des **troubles avec fatigabilité** avec une asthénie physique et psychique, des **troubles de l'humeur, de l'émotivité** et des **troubles psychosomatiques** avec des insomnies et céphalées. **L'épuisement nerveux est au premier plan de l'étiologie personnelle du malade.**

CM 4 (20/10/2015)

5. Distinction d'un certain nombre de psychoses chroniques.

Ce groupe de psychoses est défini par la **présence au 1er plan du tableau clinique d'un délire permanent**. Ce point permet la distinction avec les **psychoses aiguës** (*le délire n'est pas permanent dans ce cas*) et des **schizophrénies** (*le délire n'est pas au 1er plan du tableau clinique*).

En fonction du mécanisme dominant, il existe 3 grandes entités cliniques :

- **Premièrement, les PHC (Psychoses Hallucinatoires Chroniques):**

dans cette maladie, l'âge de début est plutôt tardif et se situe entre 30 et 50 ans. L'**automatisme mental (impression de vol des idées/pensées par le malade)** domine le tableau clinique. Le patient a l'impression que sa pensée est devancée, devinée. Il entend une voix intérieure étrangère à lui-même. Ses actes sont énoncés, commentés et critiqués. Il a le sentiment d'être soumis à une influence extérieure. Les **hallucinations psychosensorielles sont essentiellement auditives**. Le Sujet entend des voix injurieuses souvent localisées dans les murs et les plafonds. Parfois, elles sont accompagnées d'hallucinations olfactives, gustatives et cinesthésiques³. Les thèmes délirants sont variés et s'organisent parfois autour de **thématiques de grandeur et d'invention**. **Le plus souvent, le délire a une thématique de persécution** mais alors les persécuteurs sont désignés de façon vague et indistincte. Le **délire est relativement pauvre** et vécu de façon passive et dépressive. Le Sujet le suit et s'en défend en discutant avec les voix et multiplie les précautions pour qu'on le laisse tranquille. **Le rapport à la réalité est relativement préservé mais peu à peu en cas d'évolution spontanée le délire occupe une place de plus en plus importante et cette extension du délire coupe le Sujet du monde extérieur.**

- **Deuxièmement, les paraphrénies** (*moyen mnémotechnique : para/phrénie → para/texte*)

³ La **Cinesthésie** est un terme demeuré ambigu, qui désigne un ensemble de sensations non spécifiques provenant du corps, indépendamment des données des appareils sensoriels.

→ *fable* → *fabulation* /*conte*, cf. *fantastique*) :

Ici le **mécanisme est imaginatif** et les **thématiques sont souvent grandioses et fantastiques**. Dans cette pathologie, on note cependant l'absence de détérioration des fonctions intellectuelles ou affectives. **Le début de la maladie se situe entre 30 et 40 ans**. Le **délire est d'emblée riche, imaginatif, et manque de cohérence**. Il a l'aspect d'une **fiction** qui se développe et **nie l'évidence de la réalité et de la temporalité**. Ici le récit prend l'aspect d'un **conte** ou d'une **fable** où les thèmes s'entremêlent.

On distingue 2 formes principales : une **forme imaginative** et une **forme fantastique**.

Dans la **forme imaginative**, le délire est une **fabulation progressive** (récit inventé et présenté comme véridique) qui s'enrichit des apports de la réalité extérieure comme les lectures, les conversations, l'actualité ou l'histoire. Les **thèmes** sont généralement des **idées de puissance, de richesse ou de filiation**. Le **délire de filiation** est la **forme la plus caractéristique**. Par exemple, le malade s'invente un arbre généalogique et le délire prend alors une dimension romanesque et grandiose qui pourrait faire la mythomanie hystérique.

La **forme fantastique** présente des **mécanismes hallucinatoires et imaginatifs intriqués**. Les **hallucinations sont riches et sont exprimées sur un fond de richesse imaginaire qui ne tient pas compte de la réalité**. Les thèmes évoquent les **contes de fées, les sciences-fiction, les mythologies**.

- **Troisièmement, les délires paranoïaques**

Dans le langage courant, la paranoïa est synonyme de persécution. Pourtant **les délires paranoïaques ne se limitent pas aux thématiques de persécution**. Par ailleurs, nous pouvons trouver des thématiques de persécution dans d'autres pathologies (schizophrénie paranoïde, BDA -bouffées délirantes aiguës- constituant un mode d'entrée dans la schizophrénie). N.B.: les BDA peuvent apparaître chez des gens qui usent de drogues à plusieurs reprises.

Les **délires paranoïaques** regroupent des entités morbides qui ont en commun la présence d'un **délire bien organisé** et traduisent une véritable **pathologie de la croyance et du jugement**. Ces **délires sont caractérisés par leur clarté et par leur cohérence**. Ce sont des **délires systématisés** c'est-à-dire **bien construits, cohérents et plausibles** ; c'est-à-dire que le malade tient compte de la réalité mais l'interprète sur un mode pathologique → infondé : il réalise de fausses interprétations (cf. fiche perso de l'an dernier).

- **5.3.a. Les psychoses passionnelles (cf. paranoïa)**

C'est l'**exaltation** du patient qui **caractérise le plus ses délires**. Une **idée délirante principale** organise l'ensemble du tableau clinique et prend la forme d'un postulat fondamental. Le délire **se développe en secteur et non en réseau** ce qui explique que seul le lien du Sujet a une partie de la réalité qui est affecté par le trouble. Le patient ne dévoile pas facilement son système délirant et reste adapté. **Les passages à l'acte liés avec la thématique et le délire font souvent craindre un**

raptus⁴ agressif. On distingue **plusieurs formes** : par exemple, les **délires revendicatifs** (ou délires de revendication). Ce sont des malades qui demandent souvent réparation à la justice pour des problèmes imaginaires. D'autres prétendent être des inventeurs connus qui se sont vus spolier ou voler leur découverte. D'autres idéalistes passionnés ou encore des hypocondriaques revendicateurs rendent leurs médecins responsables de leur maladie. Puis, il existe des **délires de jalousie** dans lesquels les malades ont la certitude d'être trompés. Ensuite, il existe des **délires érotomaniaques** créés par son auteur/inventeur **G. Clérambault comme l'illusion délirante d'être aimé(e)**. D'où l'importance de ne pas se moquer de ce genre de délires car sinon il existe un risque de passage à l'acte hétéroagressif contre le médecin ou le psy (c'est-à-dire « nous »).

– 5.3.b. Le délire de relation des sensitifs

Ce délire a été isolé par Kretschmer. Il se développe sur une **personnalité sensitive** caractérisée par la **méfiance**, la **susceptibilité**, l'**introspection permanente**, le **retrait social**, une **sensibilité particulière aux rapports interpersonnels et la répression des affects**. Cette **paranoïa sensitive** est le fruit d'une **décompensation de ses traits de personnalité précédemment développés**. Ils se déclenchent généralement à la suite d'un sentiment d'humiliation ou suite à des échecs (ex : échec amoureux). Le malade présente fréquemment des **thématiques hypocondriaques persécutoires**.

– 5.3.c Les délires d'interprétation systématisés

Isolés par Sérieux et Capgras en 1909, ces **délires sont sous-tendus par une interprétation délirante** c'est-à-dire un raisonnement faux ayant pour point de départ une sensation réelle. Donc tout va prendre une signification personnelle. On distingue **2 formes** : l'une **lorsque les interprétations portent sur la réalité extérieure**, l'autre **lorsque les interprétations portent sur des phénomènes corporels**. Dans certains cas, ce **délire peut être partagé par l'entourage**. On parle alors selon **LASEGUE** de « délire à 2 » ou de « folie à 2 » (délire en réseau → cf. l'an dernier).

– 5.3.d. La paranoïa d'involution (KLEIST) et la paranoïa d'autopunition (LACAN)

Dans la **paranoïa d'involution de Kleist (1913)**, il s'agit d'un **trouble délirant interprétatif et intuitif avec des hallucinations** qui surviennent chez des **sujets âgés**. Donc le **début de la maladie est tardif**. Ces patients n'ont **pas d'antécédent psychiatrique**. Les **thématiques** portent sur des **idées de préjudice, persécution, jalousie et concernent généralement l'entourage proche**.

Dans la **paranoïa d'autopunition** isolée par **Lacan (1932)**, lors de sa thèse → cf. **cas d'Aimée**), il apparaît comme une **personnalité proche de la personne sensitive (précédemment décrite → cf. délire de relation des sensitifs)**. Le **début de la maladie est brutal** marquée par des **interprétations, des sentiments de dépersonnalisation, des troubles mnésiques avec des thématiques de persécution, de jalousie et de grandeur**. Ce trouble est surtout marqué par des **conduites agressives qui peuvent apparaître**. L'évolution de la maladie est **généralement**

4 **Raptus** : acte inattendu, imprévisible et particulièrement dangereux (ex : plantage de couteau) avec une activité délirante à bas bruit sous-jacente pouvant faire passer à l'acte → vigilance +++

favorable du fait d'une fréquente guérison spontanée. Classiquement, les auteurs faisaient un lien entre une personnalité paranoïaque pré-morbide et les délires paranoïaques. Cette position systématique a été abandonnée.

On retient aujourd'hui **3 formes de personnalité paranoïaque** :

- La **première forme** : les **personnalités paranoïaques de combat** : ce sont des sujets opiniâtres, fanatiques, agressifs et égocentriques.
- La **deuxième forme** : les **personnalités paranoïaques de souhait** : ce sont des malades ayant un sentiment de supériorité et ils se présentent comme des défenseurs de grandes causes.
- Enfin, la **troisième et dernière forme** : les **personnalités (paranoïaques) sensibles**.

Les classifications actuelles ont conservé la notion de troubles de la personnalité paranoïaque pour désigner la plupart de ses traits.

Résumé sur la forclusion⁵ du Nom-du-Père:

La **forclusion du Nom-du-Père**: Jacques **LACAN** s'est particulièrement attaché à l'étude de ce **mécanisme à l'œuvre dans la Psychose**, que **FREUD** désignait par le terme allemand « **Verwerfung** » et que J. LACAN propose de traduire par forclusion du Nom-du-Père.

Comme l'a dit Lacan un jour, « ce qui est forclos du symbolique resurgit dans le réel ». FREUD n'a pas beaucoup travaillé avec les psychotiques mais plutôt avec des névrosés à part le président Schreber (*cas de paranoïa*). Il a pu déceler un **mécanisme de défense différent du refoulement**. **LACAN** faisant suite à FREUD met en avant que la **Psychose « est une défense inappropriée » contre le danger de l'angoisse de castration**. Cette angoisse de castration obéit à une certaine logique. Pour FREUD, avant l'instauration de d'Oedipe dans le fonctionnement -psychique- du Sujet, il n'existe qu'un seul sexe représenté dans la Psyché de l'enfant à savoir le pénis : c'est ce qu'on appelle le **jugement universel d'attribution**, c'est-à-dire la représentation que tous les êtres vivants ont un pénis. Or l'enfant va faire l'expérience que certains êtres sont « frappés par un manque de pénis ». L'inscription de cette perception visuelle de castration de la Psyché va avoir valeur d'un jugement sur l'existence de la castration ainsi que l'existence elle-même de pénis ou de l'absence de pénis chez la femme.

Pour LACAN, ce ne sont pas tellement les expériences en tant que telles ou les personnes qui comptent que les valeurs structurantes ou organisationnelle de la Psyché. Ainsi le pénis Freudien n'est pas simplement l'organe sexuel mâle mais vient désigner tout ce vers quoi le désir de la Mère tend. Le terme de forclusion du Nom-du-Père vient donc désigner ceci. Aussi lorsque le sujet

5 Le mot forclusion vient du verbe forclore signifiant exclure, rejeter → être forclos = être enfermé de l'extérieur

psychotique va être confronté à la question de son désir et de ce qui le pousse il ne peut pas y faire face et ne peut plus organiser les rapports complexes entre la réalité et son univers imaginaire. Le monde fantasmatique va alors prendre la place d'une réalité qui n'a plus de signification parce que étrangère donc forclosée du champ psychique.

La conception lacanienne de la Psychose prend donc naissance dans la triangulation œdipienne : la Psychose comme la Névrose ou la perversion sont à entendre comme des **positionnements subjectifs face à la complexité de la situation œdipienne et à l'angoisse de castration qu'elle implique pour être supportée.**

CM 5 (10/11/2015)

6. Les troubles des conduites alimentaires (boulimie et anorexie mentale).

Les **TCA** peuvent être envisagés sous l'angle du **comportement addictif**. Auparavant, la boulimie et l'anorexie étaient considérées comme 2 pathologies distinctes.

Cependant, des travaux de recherche récents démontrent des **liens étroits entre ces 2 pathologies** chez la majorité des patientes. C'est ce rapport entre boulimie et anorexie c'est à dire **l'alternance des crises boulimiques et anorexiques qui a contribué à son rangement dans le champ des addictions.**

En **1945**, **FENICHEL** parlait de la **boulimie** comme « **une toxicomanie sans drogue** ». Dans l'Antiquité, on parlait de **synorexie** pour faire référence au tableau pathologique caractérisée par une hyperphagie impulsive suivie de vomissements.

C'est en **1979**, que **RUSSEL** crée le terme de « **boulimia nervosa** ». Étymologiquement, **boulimie** signifie « **faim de bœuf** » alors que l'**anorexie** qui vient du grec signifie « **l'absence de désir** ». L'élargissement du sens de ce concept a conduit à définir l'anorexie **comme « l'absence de faim »**.

On admet aujourd'hui environ 1% de la population générale (boulimie) et entre 2 à 4% de jeunes femmes qui sont touchées par les troubles boulimiques. Certaines études évaluent jusqu'à **7% de boulimiques chez les lycéens et les étudiants. Ces troubles touchent 10 femmes pour 1 homme** avec un **pic de survenue autour de 18-20 ans** et un **autre pic plus proche de la puberté** en ce qui concerne l'anorexie mentale. Les classes moyennes et aisées sont davantage concernées.

1. La boulimie

Le déroulement des épisodes boulimiques est stéréotypé. **70% des boulimiques ont un poids quasiment normal. 15% sont obèses et 15% ont un déficit pondéral.**

Plus que le poids lui-même ce sont les **fluctuations** de celui-ci dont il faut **tenir compte** car en effet **des variations de plus de 1 kg peuvent apparaître en 4 semaines**. La crise boulimique est un épisode de surconsommation alimentaire incontrôlable au cours duquel une grande quantité de nourriture est absorbée souvent hypercalorique ingérée à la hâte, souvent en cachette et sans

pouvoir se limiter. **L'absence de contrôle concerne la quantité avalée et la vitesse d'ingestion.** Ces **accès sont répétitifs et interviennent à des intervalles plus ou moins rapprochés.** Ils peuvent être **quotidiens parfois pluri-quotidiens** et se succéder sans discontinuité. Leur **durée peut être brève mais parfois durer plusieurs heures.**

La crise boulimique a souvent **lieu en fin de journée après le travail ou après les cours** pour les étudiants au retour chez soi quand il devient possible de s'isoler. La plupart du temps, **l'accès est impulsif et imprévisible.** La **nourriture est avalée de façon vorace sans mastiquer en avalant parfois jusqu'à s'étouffer.**

Les **quantités** peuvent être **énormes** d'une valeur calorique dépassant largement la taille d'un repas normal parfois **supérieures à 15000 calories.** La fin de la crise survient tantôt faute de nourriture restante tantôt lorsqu'un sentiment de plénitude est obtenu ou si la patiente est dérangée par un tiers. D'autres fois ce sont des **sensations douloureuses, d'étouffement ou d'éclatement qui peuvent mettre un terme à la crise.** Le **sentiment de plénitude est toujours mêlé à un sentiment de malaise important.**

La **fin de la crise** est marquée par l'émergence d'un **sentiment de regret, de honte et de culpabilité, d'auto-dépréciation,** de sentiments d'être **grosse, difforme et vilaine.** A ce stade, on note du **dégoût et des affects dépressifs** qui sont **au premier plan du tableau clinique.** C'est alors le moment des **bonnes résolutions** mais celles-ci sont **trahies par la répétition des crises.**

La **patiente a conscience de son caractère pathologique** mais aussi de la crainte de ne pas pouvoir s'en passer et du **sentiment d'être incapable de se contrôler.** Cet état s'accompagne de **signes physiques désagréables** comme par exemple des **céphalées, des nausées, des douleurs d'estomac, de gonflement et de grande fatigue.** La patiente tente souvent d'**effacer cet état** par le refuge immédiat dans le **sommeil** ou par des **conduites d'annulation en utilisant des laxatifs ou en vomissant.** Certains auteurs parlent de **boulimie vomitive.** **Au début, la patiente cherche à se faire vomir (elle le provoque elle-même) puis les vomissements deviennent automatiques et marquent alors la fin de la crise.**

La **survenue de vomissements après la crise témoignent de la gravité des troubles** qui sont à l'origine de diverses complications. Le vomissement permet d'éviter la prise de poids et annule l'absorption de ce qui a été avalé. Il **donne au malade l'impression que tout est possible et que rien n'a été gardé dans le corps.** Il peut aussi **calmer l'angoisse et rehausser l'estime de soi** dans la mesure où il fait retrouver la **maîtrise de ses actes.** Cependant, il **peut aussi permettre à la patiente de recommencer à manger** (démontrant le côté « pervers » de la situation). **En général, la boulimie peut précéder et surtout succéder à l'anorexie.**

2. L'anorexie mentale

La **clinique de l'anorexie** est dominée par la **triade symptomatique de LASEGUE** dite **triade des « 3 A »: Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée.** Anorexie vient de l'anglais « **Anorexia Nervosa** ». C'est un trouble de la conduite alimentaire **caractérisé par un refus +/- systématisé de s'alimenter** intervenant comme mode de réponse à des conflits psychiques. Cette **conduite de restriction alimentaire méthodique** avec amaigrissement survient le plus souvent chez l'adolescent qui présente par ailleurs une **aménorrhée** (pour les femmes) et une **hyperactivité associée à des changements de caractère** ainsi que des **troubles de la perception de son corps.**

Les **conduites anorexiques** ont été **décrites dès le XI^e siècle par AVICENNE** (un des plus grands médecin arabe). Plus tard, **vers 1883, l'anorexie mentale était rattachée à d'autres troubles mentaux tels que l'hystérie (anorexie « hystérique ») et la névrose obsessionnelle (anorexie « nerveuse »)**. Par la suite, elle fut **attribuée à une insuffisance hypophysaire par les endocrinologues**. On parle alors de **cachexie hypophysaire**. Après la seconde guerre mondiale, les progrès de la neuro-endocrinologie ont démontré **l'origine fonctionnelle des troubles endocriniens de l'anorexie confirmant alors son origine psychique**.

L'âge du début se situe avant **25 ans**. Pour **Philippe JEMMET**, il s'agit d'une **conduite de restriction alimentaire avec lutte contre la faim**. Peuvent s'y associer **parfois des accès boulimiques**, un **intérêt particulier pour la nourriture**, des **rites alimentaires**, des **vomissements** et la **prise de laxatifs et de diurétiques**. L'**amaigrissement souvent spectaculaire atteint parfois 25% du poids initial**. L'**aspect physique** est particulier avec **effacement des formes féminines et fonte musculaire** surtout au niveau des membres qui sont décharnés (bras, jambes, cuisses...).

L'**aménorrhée** est **liée aux troubles fonctionnels de l'axe hypothalamo-hypophysaire** (hypothalamus et hypophyse) et elle est **coïncide souvent avec l'apparition de l'anorexie (avec un IMC critique → taux insuffisant de leptine engendrant l'aménorrhée pouvant être primaire ou secondaire)**. En général, il n'existe **pas de trouble psychiatrique apparent**. Ceci explique les **difficultés qu'ont les parents et même certains médecins à accepter l'origine psychologique de l'anorexie et la gravité des troubles**. Or, ce qui signe le diagnostic c'est la **méconnaissance de la patiente par sa maigreur et l'absence d'inquiétude pour son état de santé**. Au contraire, elle peut **paraître heureuse de sa maigreur (euphorie) et de pouvoir exercer une totale emprise sur la forme de son corps**. Elle persiste cependant à **se trouver toujours trop grosse et se livre à d'incessantes vérifications** : en particulier de son **poids** et de son **tour de cuisse**.

L'anorexique tente de **maîtriser son poids par des exercices parfois violents** (beaucoup de marche, beaucoup de sport) traduisant ainsi sa **méconnaissance de la fatigue**. Le **sommeil est perturbé, écourté comme si l'anorexique s'interdisait la détente et l'abandon**. De même, la sexualité refoulée massivement par défaut d'investissement érogène du corps. Par contre, **l'investissement intellectuel est souvent brillant chez beaucoup de patientes**. Les secteurs professionnels les plus investis sont : les professions médicales et paramédicales, les métiers en rapport avec l'esthétique en général (dessin, danse, gymnastique). **La mort peut survenir par dénutrition ou des troubles de la conduction cardiaque**. Le suicide est rare. Cependant, il peut se produire après une période d'accès boulimique.

Dans certains cas graves, les symptômes psychiatriques peuvent émailler (recouvrir) l'évolution de l'anorexie. **On observe des troubles névrotiformes** par exemple des **phobies**, des **obsessions**, des **états dépressifs**, des **troubles des conduites** avec prise de drogue ou d'alcool de façon compulsive. D'**autres fois**, on peut observer les **effets d'une dépersonnalisation constituant un mode d'entrée dans la schizophrénie**.

En général, on décrit 3 groupes de patientes :

- les **patientes anorexiques restrictives** enfermées dans leur résolution anorexique (blindage émotionnel fort)

- les **patientes anorexiques-boulimiques** chez lesquelles s'associent ou se succèdent dans le temps des conduites anorexiques et boulimiques
- les **patientes boulimiques en poids normal ou en surpoids** chez lesquelles on ne retrouve pas de conduite anorexique avérée

Ces 2 derniers groupes se caractérisent par l'**importance de l'impulsivité** qui se manifeste par **association fréquente à d'autres troubles de comportement et des conduites de dépendance**. Du point de vue psychologique, les éléments les plus pertinents sont les suivants :

- 1- Les **troubles de l'image du corps** et de ses **besoins dominés par une peur intense et permanente de grossir**
- 2- Une **méconnaissance et un refus de reconnaître la maladie** ainsi que les besoins et les limites du corps
- 3- Il y a un **rejet massif du corps et ses transformations qu'imposent la puberté avec un refus de la sexualité génitale**

En conclusion, d'une manière générale, la **pensée de l'anorexique** est décrite **psychorigide** tout comme l'est son **comportement alimentaire**. Les anorexiques **s'imposent des règles très strictes auxquelles elle s'interdisent de déroger**. Leur existence est scandée par une **série de règles quasi-tyranniques**. Elles fonctionnent selon la **loi du tout ou rien** (elles ont une conduite de risque ordalique). Elles s'imposent des **objectifs trop exigeants et sans nuance**. C'est cette pensée trop exigeante qui permet à la patiente cette **conduite exceptionnelle de la conduite alimentaire**. L'**entêtement des anorexiques** les conduit à **ne plus pouvoir estimer avec lucidité la gravité de leur état**. Dans tous les cas, cette pathologie vient **perturber (chambouler) la vie familiale**.

Voici quelques **caractéristiques communes des familles des personnes anorexiques** :

1. l'**importance des conflits conjugaux des parents**
2. la **réduction des frontières entre les différents rôles respectifs de la famille**
3. la **confusion intergénérationnelle** (*exemple typique de la mère qui veut que sa fille s'habille comme elle : partage de vêtements pouvant symboliquement signifier un partage du corps maternel → cf. amour « étouffant » où il n'y a plus de place pour le Soi de l'enfant anorexique et valorisation de « l'enfant phallique/parfait » par une mère elle-même « phallique »*).
4. la **persévération de l'unité familiale au détriment de l'autonomie individuelle**

Ce schéma particulier entre l'anorexique et ses parents produit des aptitudes de protection voire de surprotection.

Par ailleurs les **parents** ont **tendance à nier leurs propres conflits**, évitent de les aborder **pour maintenir à tout prix la cohésion**.

Ces parents ont **tendance à résoudre les difficultés de leurs enfants à leur place inconsciemment**, ils limitent leur autonomie de leur enfant ou bien consciemment, ils considèrent leur enfant (anorexique) comme incapable et ne leur accordent pas de confiance.

Dès lors, l'anorexie serait une **sorte de rébellion massive contre l'attitude des parents qui constituent à la considérer comme une enfant** (une petite fille la plupart du temps). Les **pères d'enfant anorexique** sont souvent des **pères « absents »**. C'est la **mère** qui est **régente de la vie familiale** et qui **s'occupe de l'éducation des enfants**. En clair, **elle renonce à son rôle de femme au bénéfice de son rôle de mère**.

Ces enfants **refusent inconsciemment de grandir** (les jeunes filles/femmes anorexiques veulent rester petites filles) devant un père « absent », « quasi-castré », et qui n'est pas « désirable » en quelque sorte (importance pour une fille de pouvoir désirer son père avant de pouvoir désirer un homme -autre que son père-).

L'amaigrissement que génère l'anorexie ferait en sorte que cette (jeune) femme reste « indésirable » → cf. aménorrhée

On les appelle ces enfants anorexiques les **enfants « symptômes »** car ils attirent l'attention sur la **pathologie familiale**. En effet, **guérir implique une mise en danger de la famille**. Le **symptôme** est **maintenu par l'enfant anorexique mais aussi par les parents**. Il n'y a donc **pas de chantage possible concernant les parents car ces derniers « en jouent » de ce que leur enfant anorexique « en jouit »**.

Il s'agit par ailleurs d'un diagnostic différentiel difficile car c'est à la fois un mélange de « masochisme », de « sadisme », voire de « perversité » en plus des troubles névrotiques précités (cf. notamment l'obsession). C'est donc à la clinique d'élargir ses frontières afin de pouvoir accueillir ses « cas » (inventivité +++) et non pas l'inverse. Nous pouvons comprendre en ce sens pourquoi **FREUD énonce que « soigner est un Art »**.

CM 6 (24/11/2015)

7. Trouble de la personnalité ou personnalité pathologique **(description du DSM 4)**

I. Personnalité de type A

➤ Personnalité paranoïaque : caractérisées par la méfiance

Ce diagnostic est plus souvent adressé aux hommes qu'aux femmes. Le comportement majeur du paranoïaque est la défense et la promptitude à l'attaque. Cette attitude est sous-tendue par un sentiment de méfiance qui se développe dans tous les domaines. On note 3 traits comportementaux qui sont caractéristiques de cette personnalité, paranoïaque :

- **Hypertrophie du Moi :** ces sujets se surestiment eux-mêmes, et s'expriment par leur autoritarisme ; ils sont orgueilleux et égocentriques, toujours sûrs de leur bon droit et de leurs opinions qu'ils veulent imposer aux autres. Ils sont peu affectifs, froids et rationnels.
- **Fausseté du jugement :** elle explique leur absence d'autocritique. Leur raisonnement se veut très logique mais leurs idées s'appuient sur les a priori emprunt de subjectivité. Ils ne tiennent pas compte du contexte général de la situation ni des arguments d'autrui. Ils cherchent davantage à imposer leur point de vue qu'à obtenir une plus juste idée des choses. La critique d'autrui est rejetée même lorsqu'elle est justifiée. Dans ce cas on parle de psychorigidité.
- **Méfiance et susceptibilité :** le paranoïaque vit dans l'attente d'être trompé. Il se sent facilement dédaigné et « se froisse rapidement », il est extrêmement susceptible. Le paranoïaque ne ressent et n'exprime aucune souffrance à l'inverse de son entourage qui subit les conséquences de son comportement. Ces malades se considèrent comme des gens honnêtes, droits, innocents et nobles alors qu'ils sont au contraire rotors (tordus), compliqués, vicieux et agressifs. Mais ces défauts, ils ne les voient que chez les autres. Le mécanisme utilisé est : la projection.

➤ Personnalité schizoïde : caractérisées par la pauvreté sociale et l'expression émotionnelle

Elle se caractérise par un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles. Les traits comportementaux caractéristiques du comportement habituel de la personnalité schizoïde sont les suivants :

- **Une apparence pauvre,** toujours en retrait, qui se traduit par une pauvreté du contact, un repli sur soi, une solitude, des difficultés dans les contacts sociaux et une bizarrerie relationnelle. Ces sujets apparaissent froids, distants et tournés sur eux-mêmes.
- **Une pauvreté de l'activité :** se sont des sujets qui paraissent flegmatiques, semblent déconnectés de l'environnement social, sans pour autant être marginaux ; ils ont une pauvreté dans les affects avec une froideur apparente. Ils sont inaptes à la tendresse comme à la colère, ils sont indifférents face aux éloges et à la critique.

- **La richesse de leur vie imaginaire contraste avec cette pauvreté apparente.** Ils vivent dans une sorte de rêverie consciente, mélange de pensées abstraites avec des idées mystiques ou métaphysiques bizarres. En l'absence de relation amicales, ces sujets se livrent à des occupations solitaires, et ont des difficultés d'adaptation socio-professionnelles ce qui les isole encore plus. Les personnalités schizoïdes ne semblent pas souffrir du tout de leurs états et n'ont donc aucune motivation particulière pour consulter. Dans certains cas, mais pas toujours, certains développent une schizophrénie.

➤ **Personnalité schizotypique : caractérisées par la distorsion cognitive et perceptive et par leurs comportements bizarres.**

Ce type de personnalité présente les symptômes de la schizophrénie a minima, c'est à dire des bizarreries du comportement et un isolement social. Cela se traduit par une gêne aiguë dans les relations proches par des distorsions cognitives et perceptives ainsi que par des conduites excentriques. Les traits spécifiques sont : des croyances étranges et perceptions inhabituelles (par exemple : ils peuvent relater des expériences psychiques qui se situent en dehors des habitudes naturelles de pensée.) Ils sont pour ainsi dire « des visionnaires », « des illuminés », « des inspirés », c'est pourquoi ils se trouvent pris dans des phénomènes de déréalisation et de dépersonnalisation intense qui les font douter de la réalité habituelle et les amènent à développer des croyances surnaturelles que le malade tente de faire partager aux autres (par exemple : le malade croit revenir à une époque antérieure, communique avec une personne disparue, pressent l'avenir, et développe des rapprochement superstitieux). En d'autres termes, il se sent comme un devin, un mage ou un visionnaire que l'intuition dirige. Puis, le sujet va attribuer ces différentes sensations à une autre personne et pénétrer dans le domaine de la communication extrasensorielle (télépathie, influence, devinement de la pensée, impression de ne plus être soi-même et de ne plus s'appartenir. Plus isolé et plus distant que la personnalité schizoïde, la personnalité schizotypique paraît excentrique et bizarre. Le sujet se sent étranger à lui-même, tout comme la société qui l'environne. 3 domaines sont concernés par ce trouble de la personnalité :

- Relations sociales : le sujet se sent solitaire, distant et marginal.
- Logique mentale, langage et affectivité inappropriés.
- Peut être relié à la schizophrénie.

II. Personnalité de type B

➤ **Personnalité anti sociale (personnalité psychopathique) : caractérisées par l'impulsivité et l'agressivité**

Personnalité exclusivement masculine. Les traits de leur personnalité sont les suivants :

- **impulsivité** : à l'origine de la plupart des troubles. Se sont des sujets incapables de retarder l'accomplissement de leurs désirs immédiats, incapable d'anticiper les conséquences de leurs actes en fonction de l'expérience passée. Le passage à l'acte constitue la voie habituelle de décharge pulsionnelle. Ils sont totalement intolérants à la frustration et

réagissent de façon immédiate. Il n'y a chez eux, ni élaboration psychique du conflit, ni anticipation des conséquences possibles pour eux-même et pour autrui. L'impulsivité est la seule réponse dont le sujet dispose. Il n'exprime ni honte, ni remord, et au contraire, se pose en victime de la société et rejette la culpabilité sur les autres. Cette impulsivité débouche fréquemment sur l'agressivité verbale et physique. Elle apparaît lors de la moindre objection ou opposition faite au désir du sujet. Cette agressivité revêt parfois un aspect pervers, dans la mesure où elle s'accompagne du plaisir de faire mal.

- **L'inaffectivité apparente** additionnée aux traits précédents explique la grande instabilité des liens affectifs et sociaux. Insoucieux d'autrui et égocentrique, les personnalités anti-sociales établissent des relations superficielles limitées à la recherche d'autosatisfaction immédiate.
- **L'absence d'anxiété** est classique chez ce type de personnalité. En outre, l'ennui les pousse à rompre leurs engagements et changent perpétuellement de milieu. Ils s'évadent fréquemment dans la drogue ou dans l'alcool, parfois les deux et adoptent des comportements de recherche de sensations fortes avec prise de risque (situation dangereuse, activités illégales).

Ces différentes caractéristiques se manifestent habituellement dès l'enfance, à un âge encore jeune, apparaissent chez eux des colères fréquentes, une opposition précoce aux parents et une agressivité envers les autres enfants. Ces perturbations ne s'améliorent pas avec la scolarité qui est généralement difficile et médiocre malgré un niveau intellectuel normal. On observe chez eux des bagarres multiples, un refus de toute discipline, des fugues, une instabilité permanente et des vols. Les changements d'écoles et d'orientations vers des institutions spécialisées ne font guère progresser l'adaptation au groupe ni la stabilité du sujet. L'adolescence se caractérise par une accentuation des troubles du comportement et leur instabilité empêchent toute formation professionnelle. Des fugues à caractère impulsif débouchent plus ou moins vite sur des actes délinquants (vols, agressions, sexualité précoce agressive, toxicomanie, prostitution). La vie professionnelle est une succession d'essais et d'échecs. La vie affective et sentimentale est une suite d'aventures sans lien durable. Le sujet se considère comme fort, autonome, conquérant et dominateur. Les autres sont considérés comme « des outils » dont il peut user à sa guise. Ce type d'individus n'expriment pas de souffrance et ne consulte jamais d'eux-mêmes. En général, c'est sous la demande expresse de la Justice qu'ils sont amenés à devoir consulter.

➤ **Personnalité borderline (état limite) : caractérisées par l'instabilité dans les relations interpersonnelles, les affects et l'image de soi**

Selon les auteurs, le terme « borderline » fait référence soit à un trouble de la personnalité, soit à une pathologie en tant que telle appelée « état limite ». Les caractéristiques psychopathologiques de ces deux notions restent toutefois les mêmes. La personnalité borderline se caractérise par un mode général d'instabilité qui touche les domaines des relations interpersonnelles, de l'image de soi et de l'expression des affects. Ces sujets ont un besoin fondamental des autres. Ils sont dans une quête affective permanente, mais en même temps, ils se sentent toujours menacés par les autres. Ils sont perpétuellement inquiétés par un abandon possible, qu'il soit réel ou imaginaire. L'image qu'ils ont d'eux-même est peu stable et fragile. Ils éprouvent un sentiment de vide et manifestent des troubles de l'identité. Leur humeur est extrêmement labile (changeante),

fluctuante au gré des situations. Ils ne supportent aucune frustration qui, le cas échéant, engendre des colères intenses. L'instabilité et l'impulsivité sont aussi la cause d'une mauvaise insertion socio-professionnelle ainsi que de leurs ruptures sentimentales. On observe chez eux des conduites sexuelles déviantes, parfois de type pervers, ainsi que des fugues, des abus toxicomaniaques, dont la signification est autodestructrice. L'importance des passages à l'acte auto et hétéro-agressifs peut être mis en rapport avec l'importance de leur agressivité et de leur impulsivité. Au moment du passage à l'acte, le patient est en accord avec sa conduite, il ne la critique pas, et ceci contraste avec son apparente lucidité à l'égard de ses actes en dehors des périodes de passage à l'acte. Par exemple, le lendemain, le sujet n'est plus capable de retrouver ce qui l'a motivé à faire une tentative de suicide. Les personnalités borderline sont toujours guettées par des états dépressifs qui surgissent lors de toute rupture au cours de laquelle elles se sentent abandonnées. Le clivage et le mécanisme de base le plus utilisé par ce type de personnalité. Clivage du bon et du mauvais objet. En effet, le monde du sujet paraît manichéen ou d'un côté tout est bon et de l'autre tout est mauvais. Ce mécanisme permet d'éviter la confrontation à l'ambivalence et à la souffrance dépressive. Ce clivage concerne l'image qu'a le sujet de lui-même et celle des autres. Tantôt il se sent incapable et incompetent, tantôt il est sûr de lui et confiant. De même, les autres sont soit bons soit méchants. Les personnes qu'il admirent peuvent devenir d'un coup sans transition celles qu'il déteste le plus. Dans le monde de la personnalité borderline, tout est noir ou blanc, mais chaque objet peut passer d'un extrême à l'autre. Dans les antécédents d'abus sexuels précoces sont fréquemment retrouvés dans l'histoire de ces sujets. On note également des conflits entre les parents, une négligence parentale, des pertes/disparitions précoces, parfois des placements en institutions, ou en famille d'accueil. Ce type de personnalité se trouve plus fréquemment chez les femmes et donne lieu à un nombre important de consultations et d'hospitalisation.

➤ **Personnalité histrionique (hystérique) : caractérisées par les comportements de séduction et de dépendance affective**

Ce type de personnalité se rencontre plus fréquemment chez la femme mais est également présente chez l'homme. Cette personnalité est caractérisée par l'histrionisme, c'est à dire par une quête d'attentions excessives et envahissantes, par l'égoïsme, la labilité émotionnelle, la facticité des affects, la dépendance affective, l'érotisation des rapports sociaux et des troubles sexuels. L'histrionisme frappe d'emblée, il est considéré comme le trait central chez cette personnalité. Le sujet cherche toujours à attirer l'attention, à plaire et à séduire. Son allure est théâtrale, ses récits imagés embellissent ou dramatisent la réalité et parfois la falsifie même, c'est ce qu'on appelle la mythomanie (fabulation non délirante). La personnalité histrionique est pour ainsi dire une comédienne en perpétuelle représentation. Elle évite les relations affectives authentiques avec autrui, elle est suggestible, et peu change de rôle en fonction de l'auditoire. Elle a toujours besoin des autres pour exister, pour se valoriser, et pour se faire prendre en charge. Son habileté affective très égoïste s'accompagne d'une extrême intolérance aux frustrations qu'elle va exprimer et extérioriser par des décharges émotionnelles très spectaculaires (crises de nerfs, cris, larmes, colères). Des comportements manipulateurs tels que « les scènes » et le chantage peuvent compléter le tableau clinique. Son comportement de séduction fait considérer à tort la personnalité histrionique comme une mythomane. Elle affiche en effet un hyper-féminité et sa coquetterie aguicheuse et provocatrice masque ses inhibitions sexuelles, sa frigidité, et son refus profond d'être une femme. Elle n'est pas toujours consciente du jeu qu'elle mène. L'introspection lui fait défaut, et elle manque de recul et de contrôle vis-à-vis des affects.

Généralement, les difficultés s'accroissent avec l'âge car la distance entre la réalité et les désirs névrotiques infantile s'accroît. Les décompensation psychopathologiques de ces sujets sont essentiellement des somatisations ou des dépressions. En effet, toutes les personnalités histrioniques ont tendance à somatiser leurs problèmes. Les troubles sexuels et du comportement sont au premier plan. Chez certains sujets, la somatisation est la seule solution au conflit, les plaintes concernent surtout la fatigue, et les douleurs diverses. La dépression quant à elle peut survenir en réaction aux frustrations et au sentiment d'abandon. Chez les jeunes personnalités histrioniques, les épisodes dépressifs sont le plus souvent passagers mais le chantage au suicide est un recours courant. Enfin, chez les personnalités histrioniques âgées, les états dépressifs prennent parfois l'allure d'une hypochondrie chronique et invalidante.

➤ **Personnalité narcissique : caractérisées par l'égoïsme**

Les caractéristiques de la personnalité narcissiques sont la fantaisie et les comportements grandioses. Ce sont des sujets qui ont le sentiment d'être quelqu'un d'unique et de spécial qui doit être constamment admiré. L'autosatisfaction, le manque de modestie peuvent aller jusqu'à l'arrogance extrême. Ces sujets commencent souvent leur vie adulte par une phase d'ascension sociale favorisée par la haute opinion qu'ils ont d'eux-même et par leur absence de scrupule. Puis ils commettent des erreurs de jugement dûes à leur surestimation de leurs compétences et de leurs qualités qui les conduisent parfois à des échecs importants. La décompensation se fait souvent par un état dépressif qui possède une composante hypochondriaque importante, une impuissance sexuelle et un abus de toxique. Ce sont des sujets qui manifestent généralement une indifférence aux autres qu'ils exploitent. Leur vie affective est généralement pauvre, les autres ne sont là que pour les admirer. Ils ne semblent intéressés que par leur beauté, leur richesse et leurs qualités. Ils cherchent la compagnie de célébrités pour être vus en leur compagnie et méprisent les autres lorsqu'ils ne s'intéressent pas à eux. Ils font preuve d'un manque d'empathie complet et se servent des autres pour briller davantage.

III. Personnalité de type C

- Personnalité évidente : caractérisées par l'inhibition
- Personnalité dépendante : caractérisées par un attachement excessif aux autres
- Personnalité obsessionnelle : caractérisées par le perfectionnisme

C) La personnalité de type C :

a) **La personnalité évitante** : elle est caractérisée par l'inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur ainsi que par une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.

Cette personnalité se caractérise avant tout par l'inhibition : elle est timide, réservée, effacée, elle tente de passer inaperçue. Elle refuse de s'engager et évite certaines situations pour échapper à l'angoisse pulsionnelle que le sujet projette hors de lui dans la peur des dangers extérieurs.

La personnalité évitante s'attache aux conventions, reste dans l'ombre, ne sort pas du rang. Cet évitement concerne systématiquement les situations sociales d'intimité.

L'inhibition et l'hésitation sont observables dans tous les secteurs de la vie quotidienne. Par exemple, elles ne serrent la main des autres que furtivement, elles apparaissent gauches et maladroites, s'expriment avec embarras et lenteur.

Leur apparence vestimentaire est souvent terne et conformiste. Elles ont peur des compléments et peuvent même refuser les promotions professionnelles.

Elles choisissent souvent le célibat qui les met à l'écart des relations sociales. Elles sont souvent séduites par les autres mais se trouvent rapidement abandonnées du fait de l'ennui qu'elles suscitent.

Toutes ces inhibitions cachent en fait une hypersensibilité, un état d'alerte permanent vis-à-vis de toute vie affective et instinctuelle inconsciente.

b) **La personnalité dépendante** : elle se caractérise par un comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être prise en charge. Cette attitude la conduit à un comportement de soumission, de cramponnage et de crainte de la séparation.

Ce comportement s'accompagne souvent d'une incapacité à prendre des décisions dans la vie quotidienne – sans une réassurance préalable.

Ces personnes expriment difficilement un désaccord par crainte de perdre le soutien des autres. Elles prennent peu l'initiative par manque de confiance en elles-mêmes, mais elles sont toujours volontaires pour effectuer les tâches déplaisantes. Elles sont toujours prêtes pour satisfaire l'autre et deviennent conformistes par peur d'être rejetées.

Les personnalités dépendantes présentent une anxiété importante ; la moindre décision implique des hésitations et des appels à l'aide. L'angoisse de séparation dans l'enfance prédisposerait au développement d'une personnalité dépendante et présente donc un facteur de vulnérabilité.

c) **La personnalité obsessionnelle** : (complément du cours de psychopathologie de L1)

La personnalité obsessionnelle est caractérisée le perfectionnisme, la méticulosité et le souci de l'ordre.

On retrouve chez elle le « caractère anal » qui associe :

- Le souci d'ordre et de propreté qui s'accompagne de grande méticulosité, d'une ponctualité rigoureuse et de perfectionnisme
- Il en découle dans le domaine moral une fidélité aux engagements, une attitude scrupuleuse dans les obligations et le sens du devoir
- Le sens de l'économie qui peut aller jusqu'à l'avarice. La difficulté à partager et à donner va de pair avec le goût de la possession et conduit souvent à amasser des provisions ou/et à faire des collections
- L'entêtement obstiné que les rend peu influençables, cela s'accompagne d'autoritarisme
- Ces sujets s'expriment avec concision à la recherche du mot exact. Ils sont froids, impassibles et intellectualisent tout. Ils redoutent les débordements émotionnels.

PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADULTE TDs

TD 1

Quel est le sens du symptôme dans la Névrose ?

C'est l'**Inconscient** qui s'exprime. Sur le plan **psychologique**, cela s'exprime par un **conflit intrapsychique**. Sur le **plan physique**, cela s'exprime par une **somatisation** (ex : une conversion hystérique). Il existe un **conflit entre un désir et un principe de réalité**. Comment faire face à ce conflit ? Par les **mécanismes de défense** : il y a le **refoulement**, le **symptôme lui-même** mais surtout quelque chose de moins coûteux, la **sublimation**. **Les autres mécanismes de défense sont l'introjection et la projection** sachant qu'il en existe aussi dans les psychopathologies (par exemple, dans la névrose obsessionnelle, un des mécanismes de défense est la compulsion). La subjectivité fait que **le sujet interprète l'accident qu'il lui arrive comme s'il était décédé** : c'est une lésion traumatique.

Les mécanismes de défense:

Afin d'éviter l'angoisse générée par les conflits, le **Moi** dispose d'un certain nombre de **mécanismes de défense inconscients** qu'il utilise au cours de son développement. Parmi ces derniers, **l'introjection et la projection** ont un rôle **précoce fondamental**. Par la suite, **le refoulement et la sublimation** marqueront le déclin de la sexualité infantile.

- L'**introjection** est un mécanisme de défense **permettant d'intégrer fantasmatiquement des objets** et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est **proche de l'incorporation** et est en **rapport étroit avec l'identification**.
- La **projection** est un **processus par lequel les représentations internes intolérables sont rejetées et ressenties comme venant de l'extérieur de Soi**. Lorsque l'Etre humain se retrouve gratifié, rassuré, etc. sa confiance en lui va se renforcer. Par exemple, lorsque l'on « rejette » quelqu'un c'est de la projection car en réalité « l'abruti(e) » c'est nous-même !
- Le **refoulement** est une **opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'Inconscient des représentations liées à une pulsion** c'est-à-dire des images, des fantasmes, des pensées, des souvenirs (tout ce que la conscience refuse en son sein).
- La **sublimation** : c'est un **mécanisme par lequel l'énergie liée à la pulsion sexuelle (libinale) est dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise généralement des objets socialement valorisés**.

Ces activités de sublimation concernent principalement l'activité artistique, les activités sportives, l'activité ou les activités intellectuelle(s).

Aussi, nous ferons un **distinguo** entre :

- la **pensée en action -travail d'élaboration-** en se disant que l'on est comme tout le monde.
- la **pensée figée dans l'« agir »** : c'est un **comportement de fuite avec un risque de passage à l'acte auto-agressif ou hétéro-agressif** → cf. par exemple l'alcoolisation entraînant une jouissance parce que « ça soutient ». Dans ce cas, il vaut mieux aller voir un médecin ou un psy.

- La **condensation**: c'est un processus qui aboutit à une fusion en une représentation unique de plusieurs chaînes associatives (cf. rêves avec « brouillard »).
- Le **déplacement**: c'est un processus par lequel l'investissement libidinal (ou l'énergie libidinale de la pulsion) est transférée/déplacée d'une représentation mentale à une image plus neutre reliée à une certaine chaîne associative symbolique.
- L'**isolation**: c'est un processus par lequel une représentation est isolée de la charge affective qui lui est associée.
- L'**annulation (rétro-active)**: c'est un processus par lequel le sujet fait comme si une pensée ou un acte antérieur n'était jamais advenu.
- Le **renversement dans le contraire**: c'est le processus par lequel le but d'une pulsion est inversé.
- La **dénégation**: processus qui évite le refoulement en raison de la négation qui précède l'énonciation d'un désir, d'une pensée ou d'un sentiment antérieurement refoulé.

Pour conclure sur cette première partie: la **personnalité** correspond à une **organisation dynamique** des processus intellectuel, affectif, physiologique et morphologique du Sujet. **Cette personnalité est dite pathologique lorsqu'elle ne permet pas une adaptation souple aux événements de la vie et entraîne une souffrance du sujet et de son entourage (perturbation dans la vie quotidienne).**

Concernant la position schizo-paranoïde:

Pendant les 6 premiers mois de la vie de l'enfant, celui-ci perçoit la mère sous forme d'objet partiel, en particulier le sein maternel qui apporte des réponses aux besoins vitaux. A chaque satisfaction, l'enfant continue de vivre normalement sans angoisse. A partir de 6 mois, l'enfant perçoit l'objet maternel comme objet total, capable de faillir. Il va alors avoir des réactions dépressives (pleurs, cris...), puisque la réalité extérieure représentée par la mère est soit introjectée sur un mode rassurant ou sur un mode angoissant. Pendant cette période le moi de l'enfant est en morceau.

Ainsi, le premier « objet » au sens psychanalytique c'est la Mère (premier objet d'amour pour l'enfant). Lorsque la Mère suffisamment bonne présente l'objet partiel qu'est le sein à l'enfant en besoin et en demande (pleurs de faim = demande) en temps adéquat, l'enfant en sera apaisé. Cette demande **presque aussitôt répondue va permettre à l'enfant d'accéder au fantasme**. Et c'est ainsi que par la suite, en attendant la réponse de sa Mère, il va pouvoir halluciner fantasmatiquement la réponse à sa pulsion orale de faim en suçant son pouce ce qui lui permet de devenir capable d'attendre la réponse de la Mère. Cependant, **cette demande différée devra être tôt ou tard répondue par la Mère afin que l'enfant puisse continuer à introjecter** globalement de l'amour authentique qu'elle lui donne en étant suffisamment bonne (plus d'amour que de peur).

Les principaux concepts psychanalytiques

Selon le modèle psychanalytique, **la genèse de la personnalité repose sur le développement de l'affectivité, à partir des concepts de pulsion, de désir et de conflit**. Du point de vue dynamique, l'appareil psychique est considéré comme un lieu où les processus obéissent à **des impératifs contradictoires entrant en conflit**. C'est à la suite de conflits vécus par les instances psychiques

que l'individu gagne une certaine indépendance vis-à-vis de sa vie pulsionnelle ou de ses exigences surmoïques. Le conflit a lieu entre un désir et la réalité, entre une pulsion et l'absence de satisfaction. Du point de vue économique, cela consiste à prendre en considération la quantité d'énergie liée à une représentation dans sa mobilité et dans son intensité. Il s'agit d'un investissement (libidinal). Toujours du **point de vue économique**, les **pulsions sont des processus dynamiques** c'est-à-dire des « poussées » **faisant tendre l'organisme vers un but**. La pulsion agit comme une force constante située à l'intérieur du corps et **provenant d'un besoin situé à la frontière du somatique et psychique**. Elle ne **disparaît que par une satisfaction**.

La conception théorique des pulsions fait apparaître un aspect dualiste.

Les **pulsions primaires** sont regroupées en 2 ensembles c'est-à-dire :

- d'une part les **pulsions de vie** associant la *pulsion d'auto-conservation* et la *pulsion sexuelle*
- puis d'autre part, les **pulsions de mort** qui s'opposent aux premières.

La **libido** est engendrée par les **pulsions primaires**. La **construction de la personnalité** consiste à organiser la **canalisation de l'énergie psychique**. Cependant, la **libido** quant à elle est **confrontée à 2 principes contradictoires** (mais pouvant parfois coïncider) : le **principe de plaisir** et le **principe de réalité**.

Le **principe de plaisir** se définit comme *l'ensemble de l'activité psychique ayant pour objet d'éviter le déplaisir ou de procurer du plaisir*.

Le **principe de réalité** s'impose comme *régulateur c'est-à-dire que la recherche du plaisir ne s'effectue pas par les voies les plus courtes mais ajourne son résultat (les satisfactions) en fonction des conditions imposées par le monde extérieur*. Parfois, **principe de plaisir** et **principe de réalité** donnent naissance à un **conflit (entrent en conflit)**, sachant que les conflits quelque soit leur résultat peuvent être coûteux d'un point de vue économique psychique mais ils sont aussi de **puissants organisateurs de la pensée (de part leurs résultantes ou issues)**.

Les organisations psychique et économique opérées progressivement à partir des pulsions et des conflits concourt à la construction de la personnalité. **Tout conflit implique le déploiement des mécanismes de défense**. Aussi, il faut savoir que concernant le symptôme, le patient y tient, inconsciemment (car le patient n'en connaît pas le sens), car il en tire un double bénéfice.

En plus de le faire exister et de le protéger, le patient en tire **2 types de bénéfices de la maladie**:

- des **bénéfices primaires**: le fait de ne pas être confronté(e) directement à l'angoisse générée par le conflit car c'est un évitement inconscient
- des **bénéfices secondaires**: l'attention apportée par l'entourage puis celle accordée par le psychologue avec lequel le patient aura un transfert et dont il devra s'en défaire progressivement.

Le **sujet y renonce (à son symptôme)** quand il se rend compte que ce dernier coûte beaucoup plus cher que l'acceptation d'être continuellement confronté au manque. Le **sujet névrosé** dit « normal » (cf. clinique normale) est sans cesse confronté au manque. Seul le **psychotique** vivant dans son monde, pour lui, « rien ne lui manque ».

Concernant les prisonniers, mis dans des conditions d'enfermement, comme ces derniers vont avoir ce qu'on appelle des pulsions auto-agressives et/ou hétéro-agressives (ex : agressivité, violence, viol pouvant être homosexuel, TS voire suicide), ils ont mis en place dans les prisons des activités à type de boxe, musculation, basket etc. Il existe même des posters de femmes nues dans les cellules afin que les prisonniers puissent continuer à fantasmer.

Le fantasme est essentiel pour la survie de l'individu. Il le protège du risque du passage à l'acte. C'est aussi pour cette raison, que lors de son transfert envers son psy, le patient peut éprouver en son égard un fantasme amoureux (c'est un transfert positif dans ce cas) mais il peut aussi éprouver des pulsions d'hostilité (transfert négatif). Ce qui va compter alors pour la thérapie c'est une équilibration dynamique entre ces pulsions ambivalentes amenant ensuite le patient à introjecter globalement de l'amour authentique (*c'est-à-dire un amour neutre sans trop de charge affective et l'amenant vers l'acceptation de lui-même et des autres*). Cette dépendance le protège le temps qu'il arrive progressivement à l'acceptation de ce qu'il l'a traumatisé. Ainsi, même les bercements autistiques ainsi que le tricot des grands-mères sont des exemples d'activités « masturbatoire » ! Cela sert à éviter les pensées car les pensées dans les situations de solitude constituent une sensation de manque.

La vie humaine est faite alors de fantasmes imaginaires servant à supporter la souffrance du combat qu'elle engendre. En effet, nous n'avons qu'à observer le système politique actuel: nous sommes manipulé(e)s par des politiciens pervers. Comment lutter contre cette manipulation négative ? Peut-être par une manipulation positive. Cependant, en attendant de pouvoir être dans une phase positive de construction de qui nous sommes vraiment, **si nous nous retrouvons sans lien (social), cela devient aliénant et cela engendre une dépression au minimum. En effet, être aliéné(e), ce qui est le cas des psychotiques, signifie se retrouver sans lien -sous entendu le lien social tissé depuis la naissance-**.

Ainsi, nous comprenons alors que nous ne pouvons pas vivre tout seul: nous sommes tous en quelque sorte « condamnés » à vivre ensemble, et ce que l'on soit aliéné ou non. L'être humain ne peut vivre seul : sans liens, une personne est aliénée. Cependant ceux qui refusent de vivre ensemble (névrosés, pervers comme psychotiques), soit ils vivent dans la souffrance et finissent par s'autodétruire (cf. suicide immédiat ou « progressif ») ; soit ils provoquent la souffrance dans la vie des autres (cf. différents types de violence voire meurtre).

TD 2

Relations d'Objets et de pulsions : Objet-relation => relation à l'Objet

Un Objet d'amour est un objet investi libidinalement. Nous passons de l'objet partiel (le sein) à l'objet total (la Mère) par la *relation*.

L'Objet est ce qui oriente l'existence de l'être humain en tant que sujet désirant. Au départ, il s'agit de l'objet de la pulsion c'est-à-dire ce en quoi et ce en pourquoi la pulsion peut atteindre son but: la satisfaction du désir. L'Objet va conditionner la vie du Sujet tout au long de l'existence. Le prototype de l'objet est oral, en l'occurrence le sein: c'est un objet investi libidinalement par l'enfant qui va l'incorporer, l'introjecter (fantasme)→ cf. **théorie du fantasme de Mélanie KLEIN**.

L'Objet va donc conditionner la vie du Sujet tout au long de l'existence. Quand à la relation, il s'agit

d'une interrelation c'est-à-dire non seulement la façon dont le Sujet constitue ses Objets mais aussi la façon dont ils modèlent ses activités.

Dans la Névrose, l'Objet a été reconnu et perdu sous l'effet de la castration. En conséquence, nous renonçons à l'Objet et nous entérinons sa perte ce qui implique que le Sujet humain peut vivre avec son manque, manque qui sera comblé par un autre objet d'amour. **Il y a une différence entre une perte et une disparition:**

- *la perte suppose une présence objectale (perception) antérieure dans le psychisme humain (physique/réelle et symbolique)*
- *alors que la disparition suppose au-delà de la perte de l'Objet en question une imprégnation insuffisante de ce dernier ne permettant pas son introjection -objectale- (pas de représentation possible).*

Le Sujet humain doit renoncer à une certaine pulsion mortifère afin de pouvoir investir continuellement de façon cyclique la libido dans des pulsions de vie. Le manque peut être investi: l'énergie libidinale de la pulsion interdite (ou plus précisément de l'Objet interdit) est transféré sur un nouvel Objet. **C'est une relation de dépendance relative, c'est à partir du manque que le désir naît, et il est exprimé.**

Dans la Psychose, il n'y a pas de reconnaissance de la castration, ni d'accès à la Loi, ni à la symbolisation (dimension symbolique). En d'autres termes la **Loi du Père** (à comprendre ici comme la Loi de la fonction paternelle d'un point de vue symbolique, que l'on appelle par ailleurs la métaphore du Nom-du-Père) **n'a pas fonctionné** et le **signifiant phallique n'est pas opérant.**

Dans la Névrose, nous pouvons observer des plaintes qui ressemblent à des plaintes mélancoliques (cf. reproches que le Sujet se fait à lui-même). Nous retrouvons aussi **tout une batterie de symptômes dépressifs qui se déploient sur un fond de castration** alors que **dans la mélancolie, la perte n'est pas symbolisable** (objet innommable, indicible). **Pour le mélancolique, la perte est innommable, indicible, et donc impossible à symboliser.** Puisque cette perte est non symbolisable, **c'est la raison pour laquelle le Sujet ne peut rien en dire et c'est aussi pourquoi, ça revient chez le psychotique à travers les Hallucinations et le Délire.**

Dans la Névrose, le Sujet peut remonter grâce à l'analyse, à l'origine de ses troubles donc il peut en parler : ce n'est pas le cas dans la Psychose. Par ailleurs, une autre différence dans la névrose est que **le Sujet névrosé se rend compte de sa souffrance, de ses difficultés, il peut se plaindre au clinicien, à l'entourage, à un médecin etc.** Cela signifie que **le névrosé peut solliciter de l'aide : cela implique une relation. Il y a une différence entre la relation à Soi (intrapersonnelle) et la relation interpersonnelle (entre individus, mais qui va dépendre de la relation à Soi).**

Le mélancolique n'a pas de demande (comme dans toutes les psychoses) : c'est donc l'entourage qui l'oblige à consulter. Par ailleurs, le mélancolique se complaît dans sa douleur et dans son rejet de lui-même. Le mélancolique **se sent coupable** (de survivre), **indigne s'il doit revivre « normalement »** alors qu'il a perdu son objet d'Amour.

N.B: *la réalité a fait disparaître l'objet d'Amour et ce qui peut amener le mélancolique vers la mort, c'est l'absence de symbolisation car il existe toujours sinon une partie réelle et une partie symbolique (de l'Objet). Dans la mélancolie, il existe une ambivalence entre la tragique perte réelle de l'objet d'Amour vécu comme une difficile disparition, et l'absence de symbolisation qui fera que*

le Sujet mélancolique ne pourra supporter de vivre dans ses conditions l'amenant à se rejeter lui-même et à se reprocher de vivre alors qu'il a perdu cet objet d'Amour.

Il faut faire un travail de deuil pour pouvoir passer d'un objet à un autre. Le névrosé investit une part de son énergie libidinale dans le monde extérieur. **La prise de conscience chez le Sujet de structure névrotique que les objets peuvent être perdus provisoirement ou définitivement permet au Sujet une réorientation de l'énergie libidinale depuis l'objet perdu vers un autre objet d'investissement.** Une fois la perte extériorisée et le deuil réalisé, la quantité d'énergie libidinale va être orientée vers un autre objet.

Exemples :

- lorsque nous tombons amoureux, il y a toujours un risque de rupture. Dans ce cas :

→ celui qui choisit de rompre (celui qui choisit la perte) « va bien ».

→ celui qui subit la perte sans la choisir est amené vers un mouvement dépressif.

En conséquence, la perte implique un travail de deuil (mais attention, ici, il ne s'agit pas d'un deuil « tout court », c'est un travail/processus). Cela signifie que tant que le deuil n'ait pas été accompli, l'objet perdu ne pourra être réinvesti dans un nouvel objet. Lorsque le deuil n'est pas entériné, cela peut induire, notamment chez les personnes âgées, un Syndrome de glissement -glissement vers le décès ou la mort-.

Une fois la perte entérinée et le deuil accompli, cette quantité d'énergie libidinale va pouvoir être libérée vers un autre objet.

- Mère ayant « tué » sa petite fille handicapée : c'était de « l'amour » possessif avec passage à l'acte due à une souffrance et un épuisement non traités.
- Idem pour un crime passionnel : cela reste de l'amour possessif en excès mais dans un autre contexte...

Qu'est-ce qui fait que le mélancolique contrairement au dépressif n'arrive pas à faire son deuil ?

Le mélancolique passe tout son temps à critiquer – *au sens de le faire vivre*- l'Objet d'Amour: du coup, ce dernier le tourmente. Ce **mécanisme de renversement** va permettre au Sujet de tourmenter son entourage par une révolte contre l'**Objet perdu qui va devenir un accablement. La libido va s'investir alors non pas sur des objets extérieurs mais sur son Moi propre c'est-à-dire qu'il y a identification du Moi à l'objet perdu et abandonnique. Du coup, le Moi s'identifie à l'Objet perdu et donc à la mort (plus fort que la perte) c'est-à-dire qu'il ne peut vivre sans.** Le mélancolique ne se supporte pas lui-même car il n'y a plus d'investissement narcissique → il existe un vide, le « Moi est mort ». « Il faut faire disparaître l'Objet d'Amour de son fantasme mortifère ». **Le deuil est impossible dans la mélancolie, ce qui empêche la réorientation de l'énergie.** Le mélancolique se sent abandonné, il ne peut pas entériner la perte et l'objet tourmentera indéfiniment le mélancolique.

En psychanalyse, le terme « Objet » renvoie en premier lieu à l'Objet sexuel. En 1905, FREUD en donne la définition suivante (**définition de l'Objet selon Freud**): « La personne dont émane une

attraction sexuelle ». L'Objet est donc intimement lié à la notion de pulsion sexuelle : l'Objet est donc essentiellement Objet de la pulsion sexuelle auquel elle s'adresse à la recherche de sa satisfaction. C'est en 1915 dans un texte nommé **Pulsions et destin des pulsions** que **Freud précise et définit l'Objet dans son rapport à la pulsion**. **Si le but d'une pulsion est la satisfaction, l'Objet c'est alors ce en quoi et ce par quoi la pulsion peut atteindre son but**. Objet et pulsion sont donc intimement liés.

C'est de cette liaison que dérive les principes biologiques, de reproduction, et d'autoconservation sur lesquels Freud s'appuie pour élaborer ses concepts.

Contrairement au circuit de l'autoconservation biologique, l'Objet de la pulsion n'est pas, pour FREUD déterminé par avance par la phylogenèse de l'Espèce en ce sens où **l'Objet est ce qu'il y a de plus variable dans la pulsion. Il ne lui est pas originellement connecté. Au contraire, il ne lui est adjoint qu'en raison de son aptitude à rendre possible la satisfaction**.

C'est ainsi que nous parlons de « choix d'Objet » pour signifier que c'est le Sujet lui-même dans un moment de son évolution qui s'adressera à un type d'Objet donné parmi d'autres, pour montrer que la libido a la capacité de permuter ses Objets, de se fixer ou pour montrer (signaler) à l'inverse qu'une pulsion déterminée est restée nouée à un Objet dont elle ne peut plus s'en désaisir. => cf. Mélancolie

N.B: L'activité autoérotique c'est le fait que le Sujet jouit de certains fragments de son corps, il faut qu'une partie de nous s'investisse libidinalement dans un Autre. On peut aussi dévier l'énergie libidinale vers des objets extérieurs socialement valorisés → cf. Sublimation.

Conclusion de cette partie :

La **relation d'Objet** est utilisée pour désigner le **mode de relation du sujet avec son monde**, relation qui est le résultat complexe d'une certaine organisation de la personnalité et d'une **appréhension plus ou moins fantasmatique des Objets et de tels types privilégiés de défenses**.

On parle donc des relations d'Objets d'un Sujet donné mais aussi de types de relations d'Objets, se référant soit à des moments évolutifs (relation d'Objet orale), soit à la psychopathologie (relation d'Objet mélancolique). On parle de relation dans le sens fort du terme. **Il s'agit en fait d'une interrelation, c'est-à-dire non seulement la façon dont le Sujet constitue ces Objets, mais aussi la façon dont ceux-ci modèlent son activité**.

TD 3

Le désir

Le désir désigne une envie, un manque. Il implique une frustration, un fantasme. On se plaint, on parle → le désir amène au langage.

On dit que **le Sujet de la psychanalyse est selon la formule Lacanienne (J. LACAN), le parlêtre ou l'Etre parlant**. Cela signifie qu'il est **soumis à la loi du langage** mais toute personne qui parle **peut pâtir du langage qu'il utilise car comme dans la vérité le langage ne dit pas tout**. En outre le fait de parler peut aussi nous égarer. La raison est simple car **dans le langage il y a toujours un aspect**

équivoque. Fondamentalement le langage obéit à des lois, la principale d'entre elles en psychanalyse est la loi qui fait barrage à la jouissance c'est-à-dire la Loi de la castration.

La castration signale que la jouissance de la Mère ou du Père n'est pas possible en tant que telle. L'interdit de l'inceste dresse donc une barrière pour séparer l'homme de la bête. En fait, c'est la **barrière que dresse le sentiment de dégoût de l'inceste. Cette loi se signifie dans le langage car le Père qui représente la loi doit signifier à son enfant cet interdit là.** L'interdit qu'énonce la Loi sociale ne peut opérer efficacement que si le père canalise la sexualité.

Dans le cadre de l'Oedipe, l'enfant désire sa mère (ou son père) : **l'angoisse de castration l'incite à refouler** (plus fort que renoncer) ce **désir de l'inceste** et il **développe une névrose infantile**. Cet amour va être transféré vers quelque chose de socialement valorisé (il entérine sa perte pour déplacer l'énergie libidinale sur une activité sublimatoire, socialement valorisée). **Tous les êtres humains développent une névrose qui serait liquidée au moment où il aura entériné la perte** (jamais totalement résolu).

Finalement, l'histoire Oedipienne est un drame en soi (=tragédie pour l'enfant). **Pour évoluer convenablement, l'enfant doit renoncer à son désir œdipien et donc vivre avec un manque. C'est à partir de ce manque qu'émerge le désir.**

La jouissance se demande contrairement au désir mais alors il faut qu'elle soit dite, c'est-à-dire parlée. La jouissance doit être parlée car le désir amoureux nous amène à être excité(e) (cf. état d'excitation physique et psychique indispensable pour jouir sans quoi il existe une culpabilité, celle d'un acte mécanique sans jouissance). Pour que « Je veux jouir avec toi. » marche, **cela implique des procédés préliminaires, d'avant-propos, qui se font par crainte d'être rejeté(e).** Effectivement, il ne faut pas se montrer « total », ne pas « tout » dire sinon la magie de l'amour ne s'opère pas.

Voilà pourquoi l'amour est une demande de jouissance qui aboutit plus ou moins. On ne peut pas vivre uniquement d'amour et d'eau fraîche, il existe un principe de réalité. **La jouissance ne peut-être que dans le partage.** L'activité masturbatoire ne peut donner l'illusion de jouissance que si elle est soutenue par un fantasme : **c'est le fantasme qui soutient la jouissance.** On ne peut pas déplacer un défaut. Lors de la masturbation, la personne se sent seule alors elle l'habite son sentiment par un fantasme. On constate donc que **la jouissance est une limite** et a une limite tout comme **la vérité car ni l'une ni l'autre ne peut être dite intégralement.** Tout ce ne dit pas (cf. désir amoureux, « ça s'habille » auquel cas, il y aura du dégoût et une non envie de s'engager. **C'est un scénario, une mise en scène où la substitivité féconde pour laisser place aux fantasmes à l'entrecroisement des désirs.** On retrouve le désir et la castration d'un côté et l'amour et la jouissance de l'autre côté. **Finalement, l'amour consiste à donner ce que l'on a pas.** Ce serait une sorte de **sentiment d'inexistence qui repose sur un vide où l'Autre est invité à prendre place.**

C'est la raison pour laquelle il y a toujours cette demande qui émerge et qui est toujours une **demande d'amour**.

Écrire une lettre d'amour c'est en quelque sorte prendre l'amour à la lettre et la lettre ici peut être considérée comme un instrument de jouissance. **L'essence de l'amour est narcissique : c'est le désir de ne former qu'un**. On aime toujours quelqu'un qui est aimable pour nous.

Ce n'est pas le manque qui génère l'angoisse mais c'est le manque du manque (ex: le psychotique en général). Pour LACAN, « **aimer c'est donner ce que l'on a pas** » au sens de donner quelque chose que l'on ne possède pas = quelque chose qui va au-delà de soi-même. ***Cela signifie qu'aimer c'est reconnaître son manque et le donner à l'Autre ou le placer dans l'Autre***. Pour cela il faut assumer (son manque et donc) sa propre castration. Du coup cela rend l'amour essentiellement féminin c'est-à-dire que l'on aime qu'à partir vraiment d'une position féminine. Donc, on est dans une position féminine puisqu'on est castré → « aimer, ça féminise ». C'est la raison pour laquelle l'amour est toujours/souvent un peu comique chez l'homme.

Que se passe-t-il si nous n'acceptons d'être castré ? Nous retrouvons dans ce cas une attitude « virile » faite d'orgueil, de manipulation, de déni de son incomplétude, de ce que rien ne nous manquera, d'agressivité, de violence... La femme est castrée par définition. L'amour va donc au-delà de Soi-même. A noter ici, ce n'est pas tant le sexe qui compte mais la fonction symbolique exercée par l'individu, son attitude (un homme peut avoir une attitude féminine toute en restant lui-même, c'est-à-dire un homme).

La perversion

Pour FREUD, la perversion est une passion fixe, elle ramène le pervers au plaisir infantile avec le corps maternel. En même temps qu'il dénie l'interdit de l'inceste, le pervers dénie la castration de la mère car cette mère est fantasmée androgyne pourvu à la fois du pénis et de sein. Ce serait donc une mère à qui il ne manquerait rien. **Si le refoulement structure la névrose, la régression elle, fait émerger la perversion**. La mère du pervers serait alors une mère sadique. **Elle est érigée en lieu et place de l'absence ou de la défaillance du père**. **La régression de la libido lorsqu'elle n'est pas accompagnée de refoulement aboutie à la perversion et devient jamais une névrose voilà pourquoi Freud considère la perversion comme étant le négatif de la névrose**.

En conclusion: en tant qu'humains nous sommes fondamentalement des sujets divisés, manquants et ce n'est pas tant le manque qui génère l'angoisse mais c'est le manque du manque.

- cf. patiente de LACAN qui s'est réveillée presque folle car au sortir de son rêve, elle avait l'impression que « la vie rejaillirait d'elle-même sans fin ». Elle avait une pathologie « imaginaire » (c'était une mélancolie).

- FREUD était athé mais ne sous-estimait pas l'existence d'une Névrose obsessionnelle au sein des religions.
- JUNG met en évidence une foi desséchée chez un croyant aboutissant à une Névrose. Pour lui, l'Inconscient collectif est un océan (alors que l'Inconscient freudien correspondrait à la Rad de Brest !). Selon JUNG, l'Inconscient collectif serait responsable d'une contamination d'une génération à l'autre.

TD 4

Le conflit psychique

Le notion de conflit psychique est centrale dans la théorie freudienne des névroses. Dans la conception psychanalytique, le conflit est inhérent au psychisme. Le conflit fut constamment **entendu par Freud dans une conception dualiste opposant 2 grandes forces** : les **pulsions sexuelles** et les **pulsions d'autoconservation** appelées pulsions du Moi. La notion de conflit peut être appréhendée lorsqu'elle **désigne des oppositions d'expressions communes comme celles où se trouvent confrontées des sentiments contradictoires ou encore un désir avec des exigences morales ou éthiques** (cf. médecin voulant faire cesser la souffrance d'un malade devant faire face à l'interdit de tuer...).

L'Acting-out correspond à un patient face à un clinicien qui ne répond pas convenablement qui va passer à l'acte après avoir vu le clinicien. Cela marque alors l'échec du clinicien.

En psychopathologie, il existe des conflits inconscients qui s'expriment de manière déformée ou déguisée à travers un conflit manifeste ou par la formation d'un symptôme. Du point de vue topique (topos = lieu en grec), **le conflit oppose généralement le système Inconscient et le système Conscient/Préconscient**. Au sein de ces 2 instances, ce sont **le principe de plaisir et le principe de réalité qui s'affrontent**. On peut donc dire que les **2 forces qui entrent ici en conflit** sont d'une part la **sexualité** et d'autre part **les exigences de réalité, représentées par le Moi** parce que **c'est la seule instance psychique capable de tenir compte de la réalité**, il fait appel au sens. Ce dernier (le Moi) veille à ce que **les représentations sexuelles soient conciliables avec les représentations mêmes qui le constituent**. Si ce n'est pas le cas, le Moi jouera alors le rôle d'instance psychique refoulante.

Dans *Etude sur l'hystérie*, FREUD l'exprime en ces termes « **Le véritable moment traumatisant est celui où la contradiction s'impose au Moi et où celui-ci décide de chasser la représentation contradictoire. Par ce rejet, la représentation n'est point anéantie mais seulement repoussée dans l'inconscient** ». FREUD parle du refoulement. **Le Moi constitue donc le pôle défensif du conflit psychique et les représentations sexuelles sont celles qui sont visées par le refoulement.**

1^{ère} théorie des pulsions (1910-1920)

Dans sa 1^{ère} élaboration théorique des pulsions, **FREUD a opposé les pulsions sexuelles aux pulsions d'autoconservation** (pulsions du Moi).

- Pulsions sexuelles

L'énergie des pulsions sexuelles appelée libido et les représentations de celles-ci constituent **l'objet privilégié du refoulement**, jouant donc un rôle important dans la vie fantasmatique. Les représentations s'arrangent parfois en scénario imaginaire qui cristallise la réalisation d'un désir inconscient. Mais cette réalisation se trouve déformée par les processus défensifs. **Il faut garder à l'esprit que les pulsions sexuelles sont régies par le principe de plaisir et tendent à fonctionner selon les lois du processus primaire.**

N.B. : la pulsion est plus forte que la mentalisation. « On en crève d'envie... » = processus I « ... mais on ne le fait pas » = processus II (mentalisation).

- Pulsions d'autoconservation

Le désir est aux pulsions sexuelles ce que le besoin est aux pulsions d'autoconservation. Celles-ci dirigent en effet les besoins vitaux nécessaires à la conservation de l'individu. Leur objet et leur but, sont pour ainsi dire déterminés par l'instinct. **L'énergie dont elles sont chargées ne peut donc pas se déplacer d'une représentation à une autre comme c'est le cas pour les pulsions sexuelles. Elles ne sont par conséquent pas refoulables. Un affect ne peut pas non plus être refoulé. Elles ne sont donc pas refoulables** (ex : avoir faim ou soif ne peut être remplacé par « autre chose »). On peut refouler les pulsions sexuelles mais on peut aussi refouler les représentations. Après une situation stressante, on se sent soulagé car l'affect bloqué s'exprime enfin (durant la situation, on ne peut pas exprimer directement cet affect. → cf. exam raté vs réussi). Donc tous les fantasmes/images etc. peuvent être refoulés mais pas un affect. D'ailleurs, ce dernier (l'affect) se voit (sur le visage de la personne).

En 1910, FREUD **fonde l'opposition entre pulsions sexuelles et pulsions d'autoconservation**. Il écrit « *l'indéniable opposition entre les pulsions qui servent la sexualité, l'obtention du plaisir sexuel et les autres qui ont pour but l'autoconservation de l'individu, les pulsions du Moi est d'une importance toute particulière pour notre tentative d'explications. Toutes les pulsions organiques qui sont à l'œuvre dans notre âme peuvent être classées selon les mots du poète en faim et en amour* ».

C'est ainsi donc que se trouvait fondé le 1^{er} dualisme pulsionnel dans la théorie freudienne. On remarque au passage que FREUD utilise également l'expression de pulsion du Moi pour désigner les **pulsions d'autoconservation**. Cela s'explique par le fait **que celles-ci sont au service du Moi dans le conflit pulsionnel qui les oppose aux pulsions sexuelles. Elles acquièrent cette qualité qui rappelle au psychisme les exigences de la réalité.** Elles deviennent en quelques sortes « les agents de la réalité ».

2^{ème} théorie des pulsions (1920)

20. Pulsions de vie (EROS)

Dans la refonte de sa 1^{ère} théorie des pulsions, FREUD intégra au sein d'un ensemble qu'il désigna par les termes de « pulsions de vie » les anciennes pulsions d'autoconservation ou pulsions du Moi et les pulsions sexuelles qui leur étaient auparavant opposées.

Ce regroupement prend son sens par opposition à un autre grand ensemble de pulsions que FREUD désigna par les termes de « pulsions de mort » → THANATOS

Les pulsions de vie tendent à maintenir des unités vitales, fonction qui était déjà dévolue aux pulsions d'autoconservation dans la 1^{ère} théorie. Les pulsions de vie visent également la **constitution d'unités plus englobantes.** Cette fonction se retrouve même selon FREUD au niveau cellulaire auquel il étend le concept de libido.

En 1914, dans *Pour introduire le narcissisme*, FREUD distingue une libido d'Objet dont l'objet est extérieur à l'individu et une libido du Moi ou libido narcissique dont l'Objet est le Sujet lui-

même. C'est cette explication de la libido narcissique au niveau cellulaire **qui a conduit Freud à voir un fondement biologique aux pulsions de vie.**

En 1920, dans ***Au-delà du principe de plaisir***, FREUD déclare « **en instaurant la notion de libido narcissique et en étendant le concept de libido aux cellules individuelles, nous vîmes la pulsion sexuelle se transformer en Éros qui cherche à provoquer et à maintenir la cohésion des parties de la substance vivante** ».

Il y a donc entre la 1^{ère} et la 2^{ème} théorie des pulsions, un virage sémantique concernant le concept des pulsions sexuelles. En effet, **dans la 1^{ère} théorie, la pulsion sexuelle apparaît comme une force menaçante pour l'équilibre de l'appareil psychique et le rôle de liaison est dévolu aux pulsions d'autoconservation.**

Dans la 2^{ème} théorie des pulsions, elle devient une force de liaison qui tend au maintien et au développement des unités vitales.

Au niveau des principes du fonctionnement psychique, **le principe de plaisir**, qui est sous-jacent aux pulsions sexuelles **se manifeste au niveau économique par une tendance à l'évacuation de toute tension.**

Les **pulsions sexuelles** une fois réunies aux **pulsions d'autoconservation** sous le chef **des pulsions de vie doivent** pour pouvoir s'opposer **aux pulsions de mort** qui elles, visent au retour à l'état inorganique, **fonctionner en vertu d'un principe qui ne peut plus être marqué par le libre écoulement des excitations comme c'était le cas sous la loi du principe du plaisir. Elles doivent donc fonctionner suivant un autre principe, opposé au précédent, visant la liaison de l'énergie.**

(Mots clés : énergie libre/énergie liée, processus primaires/processus secondaires, principe de plaisir/principe de réalité)

TD 5

Energie libre

liée

pulsionnelle

d'investissement

d'innervation

Pulsion de Mort → principe de constance

L'énergie libre c'est celle qui alimente le processus primaire. Elle est dite libre dans la mesure où elle s'écoule librement vers la décharge de manière immédiate et complète. Cette décharge a pour but d'évacuer l'énergie contenu dans les neurones de manière à ramener le système à un niveau énergétique proche de 0. Génétiquement, l'état libre de l'énergie précède son état lié. Au niveau

psychologique cette décharge est source de **plaisir**. Il s'agit fondamentalement de la même énergie qui passe de l'état libre à l'état lié. C'est celle qui est en jeu dans le processus secondaire. Au niveau psychologique, la liaison de l'énergie s'opposant à sa libre circulation et donc à sa décharge s'oppose par là même au plaisir. Elle permet par exemple l'ajournement de la réalisation du désir. C'est aussi le Moi qui exerce une action inhibitrice sur certains processus de réalisation de désir.

L'énergie pulsionnelle c'est le moteur de la pulsion c'est-à-dire la charge énergétique qui lui donne vie. Elle résulte d'un phénomène d'excitation corporelle qui se traduit par un état de tension visant à se réduire par un phénomène de décharge qui constitue le but même de la pulsion.

L'énergie d'investissement c'est celle qui caractérise l'objet investi. Cet objet peut être une représentation ou une partie du corps par exemple. Une représentation sera +/- investie selon qu'il s'y rattache une quantité d'énergie +/- importante. L'énergie pulsionnelle s'oppose en quelque sorte à l'appareil psychique qui se doit de la transformer et de l'investir en quelques objets.

→ cf. investissement dans les études qui implique certains renoncements; payant après coup. Etude = objet d'investissement

L'énergie d'innervation c'est celle qui est véhiculée vers différentes parties du corps c'est-à-dire l'énergie investie dans le corps : le corps est donc l'objet investi. Dans la conversion hystérique par ex., l'énergie psychique qui est peut être liée à une rep° se trouve reconvertie en énergie nerveuse et attaché à une partie du corps qui sera le siège du symptôme : la conversion hystérique.

Principe de constance

Ce concept est au fondement de la théorie économique de Freud. Selon ce principe, l'organisme tend à maintenir aussi constant que possible la quantité d'énergie qu'il contient. Pratiquement, toutes les opérations psychiques ont pour objectif au niveau économique de maintenir ou de rétablir cette constance. Néanmoins pour fonctionner, le psychisme a besoin d'un minimum d'énergie ne serait-ce que pour amener au plus bas niveau possible son propre niveau d'énergie. Toutes les opérations psychiques comme celles des déplacements, des investissements, des contre-investissements, la transformation de l'énergie libre en énergie liée, l'ajournement de la décharge ou encore l'élaboration psychique des excitations, consomment toutes une certaine quantité d'énergie. C'est en quelque sorte l'énergie qui fait fonctionner le système et qui fait que son niveau énergétique ne peut jamais être égal à 0 sous peine de s'annuler lui-même. C'est précisément la fonction de liaison limitant l'écoulement de l'énergie libre jusqu'à la décharge qui va permettre le maintien d'une certaine quantité d'énergie au sein du système.

Question: - Naissance d'une pulsion = angoissant puis une fois décharge de l'énergie = plaisir (soulagement) → ex. : passage d'un examen (soulagement après épreuve et angoisse/stress pendant) ; acte de faire l'amour (tension lors de l'acte puis épuisement après !).

Si en plus nous ressentons de la culpabilité et de la honte suite au « passage à l'acte », cela nous fait consommer beaucoup d'énergie.

Processus I et processus II

Le principe d'inertie et le principe de constance concernent 2 types de fonctionnements psychiques à savoir le processus I et le processus II ainsi que 2 états de l'énergie psychique à savoir l'énergie libre et l'énergie liée.

Du point de vue économique, le processus I dénote le libre écoulement de l'énergie libre (psychique) vers sa décharge immédiate qui peut prendre la forme d'une réalisation (quasi) hallucinatoire du désir (ex : le rêve et le fantasme à l'état de veille → cela peut provoquer un orgasme sexuel ; les gens n'ont pas accès à l'objet du désir, ils l'hallucinent).

Le processus II quant à lui dénote la liaison de l'énergie circulant dans l'appareil psychique c'est-à-dire la limitation de son libre écoulement vers la décharge à l'inverse de ce qui se passe dans le pcs I. L'agent de cette liaison est le Moi. Dans ce mécanisme de liaison, le Moi a une action inhibitrice. L'énergie psychique au lieu de passer d'une représentation à une autre jusqu'à la décharge, investit de manière plus stable telles ou telles représentations. Cela a pour aboutissement l'ajournement de la satisfaction.

D'autre part, la fixation d'une quantité d'énergie stable sur certaines représentations ouvre l'accès aux phénomènes de l'attention aux pcs de pensée et à diverses expériences mentales qui peuvent consister par exemple à envisager les différentes possibilités par lesquelles la tension accumulée pourrait se décharger ou en d'autres termes chercher différentes autres voies de satisfaction possibles.

La pulsion de mort

La pulsion de mort est le second pôle pulsionnel dans la seconde théorie des pulsions. Les pulsions de mort réalisent la tendance fondamentale que Freud reconnaît à toute pulsion à savoir la réduction complète des tensions avec cela comme perspective le retour à l'état inorganique. L'idée de ce retour à l'état inorganique repose sur une idée/conception cosmologique qui fait émerger la vie du non vivant. D'abord dirigées par l'inorganisme, elles sont ensuite déviées vers le monde extérieur par la pulsion de vie à l'aide de la pulsion d'emprise. La notion de pulsion de mort reste l'une des notions les plus controversées de la métapsychologie freudienne. Ce qui a poussé Freud à avancer cette notion c'est sa découverte de phénomènes de répétition, d'expériences déplaisantes qui ne seraient être ramenées à la réalisation d'un désir inconscient. Freud y voit en effet une tendance mortifère. Cette idée est renforcée par l'observation dans le cadre analytique de phénomènes d'agressivité, de sadisme et d'ambivalence. Il semble alors difficile à Freud de faire découler ces phénomènes des seules pulsions sexuelles ou même des pulsions d'autoconservation d'où ce dualisme pulsionnel qui amena Freud à postuler l'existence de pulsions de mort. C'est donc avant tout une sorte de nécessité spéculative qu'il fut amené à élaborer cette hypothèse. Par celle-ci des phénomènes comme l'agressivité ou le masochisme se trouvent donc ramenés de manière irréductible à la pulsion de mort.

De la même manière que les pulsions sexuelles, désormais rangé parmi les pulsions de vie se trouvent régies par le principe de réalité et le principe du plaisir semble être au service des pulsions de mort.

Ce paradoxe conduit Freud à forger le concept de Nirvana comme tendance de réduction totale des pulsions et à le substituer au principe de plaisir comme principe régissant la pulsion de mort.

Dans un texte publié en 1924 (le problème économique du masochisme), Freud écrit « le principe du Nirvana exprime la tendance de la pulsion de mort, le principe de plaisir représente la revendication de la libido et le principe de réalité représente l'influence du monde extérieur. »

Aparté sur les chakras:

- chakra = principe qui tourne
- chakras => se trouvent le long de la colonne vertébrale

PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT CMs

PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT (CMs de Mme DUBOIS)

Du fœtus au bébé : Le développement prénatal

17.09.2015

Développement **ontogénétique** = de la conception à la mort.

XVI- **Evolution technologique** : échographie (image en 3D) + Monitoring -> Permet de visualiser la vie intra utérine

XVII- **Evolution des mentalités**

Période prénatale (conception -> naissance) = **embryogénèse**

XVIII- **Stade pré embryonnaire ou germinal (0 - 10 jours)** : Fécondation de l'ovule par le spermatozoïde. La fécondation a lieu dans **l'ampoule tubaire**, qui va former une cellule qui va se diviser. La division cellulaire se passe dans la trompe de Fallope. Les cellules continuent de se diviser. Vers le 10^{ème} jour, va aller se nicher dans l'utérus et prendre place définitivement.

XIX- **Stade embryonnaire (10 jours – 8 semaines)** :

- Construction de **l'axe cérébro-spinal** (système nerveux central)
- Développement du **système cardiaque et vasculaire**
- Développement **morphologique** (apparition des bras et des jambes)

8 semaines : ébauche de la plupart des **membres** du corps

Achèvement de la plupart des **organes**

Embryon de **3cm et 1g**

Développement du **visage** (20 jours – 10 semaines)

Morphogenèse selon un ordre **séquentiel et identique** pour tous les embryons.

8 semaines : Embryon possède les principales caractéristiques **anatomiques** de l'homme.

Entre 7 et 8 semaines: **Formation de l'appareil uro-génital. Stade indifférencié** : embryon ambisexuel

Apparition de l'hormone testostérone qui va permettre la différenciation.

XX- **Stade fœtal (8 semaines - Naissance, 38, 40 semaines)** :

- Poursuite de la **croissance** et différenciation du **système nerveux central**

- Achèvement par la **naissance** (38 SG ou 40 SA)

Cheveux, peau, squelette osseux (13 – 16 semaines)

Formation des poumons (25 – 28 semaines)

Emergence des premières réactions à l'environnement

Développement des **organes sexuels et excréteurs** (7 semaines jusqu'à la naissance)

Genèse selon un ordre séquentiel et identique pour tous les fœtus

Développement des mouvements spontanés : *Stades embryonnaire et fœtal*

L'activité motrice s'observe de manière précoce (à partir de 7 semaines de grossesse).

Les mouvements peuvent être **involontaires mais aussi volontaires**.

8 semaines : Sursaut

Hoquets

Mouvements globaux (mouvements amples)

10 semaines : Etirements

Rotation

Contact main bouche

Ouverture de la bouche

Bâillements

12 semaines : Sucion du pouce

16 – 23 semaines : Mouvement oculaire

Gestes contrôlés

Développement du cerveau : *Stades embryonnaires et fœtal*

Avant 22 semaines (5 mois et demi), le fœtus ne peut pas survivre car le cerveau n'est pas suffisamment mature. Avant cette période, le fœtus n'est pas viable.

Les facteurs de risques prénataux

XXI- Les anomalies génétiques et chromosomiques :

Elle est transmise par **l'hérédité**. C'est un **défaut de fonctionnement d'un gène**. Il existe par exemple :

- La Chorée de Huntington : Maladie dégénérative (qui apparaît vers 40 ans). Elle se traduit par une dégénérescence et des troubles moteurs (chutes) et cognitifs (trous de mémoire)
- Le diabète : Dysfonctionnement du pancréas et de la sécrétion d'insuline qui fait que le taux de sucre ou de glucose n'est pas stabilisé.

- Le syndrome de l’X fragile : Anomalie présente sur le chromosome sexuel X. Ce syndrome se traduit par un retard mental et des traits physiques particuliers. Les personnes atteintes présentent un certain nombre de troubles du développement.

- L’hémophilie : La transmission se fait par la mère. C’est un trouble de la coagulation.

- Le daltonisme : Pas de distinction entre le vert et le rouge

Les anomalies chromosomiques ont lieu au **moment de la conception (stade pré embryonnaire ou germinal)**. Il y a un nombre **anormal** de chromosomes.

Elles se traduisent par des **troubles du développement intellectuel**. On peut citer, la trisomie 21, 13, 18...

XXII- Les facteurs environnementaux :

Ils provoquent des malformations et un retard de développement. Le moment de l’exposition est important cela influencera la gravité des malformations. Tous les organes sont concernés (visage, organes génitaux, SN, membres inférieurs...)

- Les maladies infectieuses de la mère : *rubéole, SIDA, herpès génital*

- Les maladies chroniques : *diabète, maladie cardiaque, épilepsie*

- Les substances consommées par la mère : *tabac (nicotine), alcool (Stade d’Alcoolisation Fœtale), drogue, médicament*

- Autres : *mercure, plomb, solvants, arsenic*

XXIII- Les facteurs de risques maternels et parentaux :

- Age des parents (20-35 ans)

- Alimentation maternelle (apport calorique, acide folique)

- Etat émotionnel **pathologique** : dépression, anxiété

Ce sont facteurs rares par rapport au nombre de grossesses grâce à :
Suivi et méthodes de dépistage

- **Prélèvement sanguin**

- **Echographie :**

1^{ère} : 10 – 12 SA : datation, grossesse multiple, anomalie

2^{ème} : 20 – 22 SA : morphologie, croissance

3^{ème} : 30 – 35 SA : croissance, présentation

- **Amniocentèse** : prélèvement de liquide amniotique, anomalies chromosomiques et génétiques. C’est grâce à cela que l’on s’est rendu compte de la sensibilité tactile du fœtus.

- **Fœtoscopie** : *exploration fœtale via fibroscopie*

Diagnostic trouble développement prénatal

Interruption volontaire de grossesse pour motif thérapeutique (IVGMT) : Diagnostic vital engagé / 9^{ème} mois de grossesse

Interruption volontaire de grossesse (IVG) : jusqu’à 12 SG ou 14 SA

Evaluation du développement post-natal

Test d'Apgar (1953) :

Apgar Virginia

Evalue **l'état physique du nouveau-né**

Systématique (5 et 30 minutes après l'accouchement)

On évalue la coloration, la respiration, le tonus, la réactivité, et la fréquence cardiaque.

Score > 7 : Se porte bien

Score [4 et 6] : Besoin d'assistance respiratoire

Score < 3 : Etat critique

Echelle de Brazelton (1973)

Evaluation du comportement néonatal

Demande des parents ou d'une tiers personne.

Outils de **dépistage** des difficultés des parents mais aussi les difficultés du nouveau-né

Renforcement des premiers liens familiaux

Aide au passage à **la parentalité**

Items comportementaux : qualité du sommeil, consolabilité, fatigabilité, réponses perceptives visuelles et auditives, capacité d'interaction, etc.

Réflexes : évalue l'état neurologique

Ce test est effectué entre 0 et 2 mois. Il dure 30 minutes avec les parents à leur domicile ou dans une institution.

Découverte du monde à travers les 5 sens

La perception

Activité : Permet d'explorer et de découvrir son environnement grâce aux différents sens

Développement **asynchrone** : Tous les sens ne se développent pas en même temps

Ordre **commun** aux vertébrés

Sens fonctionnels mais **immatures**

Organiser et **traiter** les informations sensorielles nécessaires à la **compréhension** et à l'adaptation à l'environnement physique et humain.

Activité perceptive visuelle

C'est une modalité peu étudiée. C'est aussi la dernière modalité à se mettre en place.

6 mois de grossesse : Fonctionnement des muscles qui actionnent les globes oculaires.

Premiers mouvements des yeux

36 – 40 semaines : réaction à une source lumineuse intense (Kiuchi, 2000 ; Eswaran et al. , 2000)

Compétences visuelles post-natales

Poursuite visuelle (90°)

Système visuel différent

Pupilles plus petites

Centres nerveux immatures (myélinisation)

Champ de vision étroit (12 mois)

3 domaines limités :

Acuité visuelle (8 mois) : Finesse avec laquelle les détails de l'environnement sont perçus

Accommodation visuelle (6 mois) : Capacité à faire la mise au point sur des objets situés à des distances différentes

Vision **binoculaire** (4 mois)

Vision des couleurs (4 mois)

Contraste

Perception du monde physique

Perception des contours subjectifs -> « Carrés dits de « Kanisza »

3 mois

Paradigme habituation / Réaction à la nouveauté (temps de fixation)

Résultats : TF figure nouvelle > TF figure familière

Conclusion des auteurs :

Différenciation des figures

- Préférence pour la nouveauté
- Capacité à percevoir les contours subjectifs

Unité de l'objet

XXIV- Kellman et Spelke (1963)

4 mois

Paradigme habituation / Réaction à la nouveauté avec TF

Résultat : TF C > TF B en condition dynamique

01.10.2015

- Capacité de reconnaissance et préférence des visages humains (Goren et al.)
- Préférence pour le visage maternel (Bushnell et al., 1989), (Walton et al 1998), Pascalis et al (1995)
- Rôle des éléments internes et externes
- Spécialisation des systèmes de reconnaissances des visages (Pascalis et al. 2002)

Goren et al.

Nouveaux nés de 9 minutes

Paradigme de choix préférentiel avec TF

Résultats : TF configuration humaine > TF configuration mélangée

Conclusion : Les bébés reconnaissent et préfèrent la configuration du visage humain

Capacité de reconnaissance des visages humains (Cassia et al. 2004)

Nouveaux-nés entre 1 et 3 jours

Paradigme de préférence visuelle

Conclusion : Reconnaissance basée sur les **contrastes et l'organisation** du visage plutôt que sur les détails

Préférence pour le visage maternel

Nouveau né de 2 à 4 jours

Paradigme de préférence visuelle avec TF

Résultat : TF visage mère > TF étrangère

Expérience du fouldard (2 mois) -> Bartrip, 2001, quand le contour est neutralisé, la préférence pour le visage maternel n'est observé qu'à partir de 2 mois.

Rôle des éléments internes et externes (Turati et al. – 2006)

La reconnaissance des visages se base essentiellement sur des éléments externes (contours)

Spécialisation des systèmes de reconnaissances (Pascalis et al. – 2002)

Etude transversale : 6 mois, 9 mois, et adultes

Paradigme de préférence visuelle avec TF

Résultats :

XXV- **6 mois** : capable de différencier des visages de **singes** et des visages **humains**

XXVI- **9 mois et adultes** : capable de différencier seulement les visages **humains**

Compétences auditives

Développement prénatal :

- Oreille **anatomiquement** dès 8 semaines de vie fœtale
- Fonctionnelle : **24 – 26 semaines** de vie fœtale
- Audition s'achève durant les **24 premiers mois** de vie post-natale

Environnement sonore prénatal

- Bruit de fond intra utérin : Bruits biologiques internes (respiration, battements cardiaques, système digestif, placenta) + bruits externes (voix, ambiance, etc)
 - Réactivité aux bruits extérieurs : Réactivité prénatale à la voix maternelle (variabilité du RC) -> *Busnel et al., 2001 – Kisilevsky et al., 2003*
- Milieu bruyant mais calme (75 décibels) + Performance à nuancer

Continuité transnatale – méthodologie

Paradigme d'habituation / Réaction à la nouveauté

Indice : Rythme succion non nutritive (RS)

Rythme cardiaque (RC)

- Voix maternelle

Reconnaissance et préférence pour la voix maternelle + Préférence pour la langue maternelle (4 jours) – *DeCasper et al., 1980 Malher et al. 1988*

Mémorisation et reconnaissance des éléments acoustiques

1 mois

Mélodie familière VS nouvelle (ex : harpe VS rock)

Variabilité du rythme cardiaque

De Casper et al, 1986 ; Granier-Deferre et al., 2011

Le bébé : un auditeur performant

- **Localisation des sons dans l'espace** (obscurité):

Nouveau-né : orientation de la tête

6 mois : appréhension de l'objet

Muir et al. (1999) ; Perris & Clifton (1988)

- **Capacité à distinguer des sons à l'intérieur d'une langue**

1 mois

Paradigme habituation / Réaction à la nouveauté

Sons / pa/ ou /ba/

Résultats : RS nouveau son > RS son familier

Eimas et al. (1971)

Développement olfactif et gustatif

Système olfactif prénatal

- Structures nerveuses responsables de l'odorat dès **14 semaines**
- Système fonctionnel dès **25 semaines** de vie fœtale
- Traitements des odeurs :

Système sanguin maternel -> liquide amniotique

- Traitées par le nez, la bouche et le système sanguin
- Narines ouvertes dès 17 semaines (environ)
- **Environnement riche et fluctuant**
 - Composition et concentration **du liquide amniotique**
 - Apports **extérieurs**

120 composés olfactifs différents (*Schaael et al, 1995*)

La réponse aux odeurs

Continuité transnatale :

- Reconnaissance olfactive transnatale (*Schaal et al., 2000*)

Paradigme de choix préférentiel

- **Plasticité olfactive** (*Marlier, 1998*)

Résultats :

- XXVII- 2 jours : Pas de préférence entre le liquide amniotique et colostrum
Préférence pour le liquide amniotique par rapport à l'odeur neutre
- XXVIII- 4 jours : Préférence lait maternel par rapport au liquide amniotique
Préférence liquide amniotique et lait maternel par rapport à l'odeur neutre

- Préférences olfactives dans la naissance (*Soussignan et al. 1997*)

Paradigme de choix préférentiel

Indice : Mimique faciale

Résultats : Discrimination des odeurs et préférence olfactive

Variabilité interindividuelle

Jugement différent des adultes

Perception gustative prénatale

- Structures responsables de la perception gustative dès **7 semaines** (bourgeons gustatifs)
- Préférences gustatives fœtale et néonatale similaire (*Steiner et al, 2001 ; Mistretta & Bradley, 1983*)

Préférences alimentaires

- Formation des goûts alimentaires. Le sevrage d'un bébé peut commencer à 6 mois.
- **Facteurs biologiques, environnementaux, culturels, médiatiques**
- **Se forment dès la naissance**
- **Plastique**

XXIX- Exposition intra-utérine aux arômes

Menella et al. (2001)

Résultat groupe carotte : Différenciation des 2 céréales + Mimique négatives céréales carottes < céréales à l'eau

- Résultat groupe eau** : Pas de différence entre les 2 céréales
- XXX- Variété de l'alimentation consommée au sevrage
Gerish et al. (2001), Maier (2007)
- XXXI- Répétition de l'exposition aux aliments
Maier et al. (2007)
- XXXII- Prédispositions génétiques à apprécier certaines saveurs et odeur

Développement de la perception tactile

- 1^{ère} modalité sensorielle
- Peu de recherches = considérations éthiques
- Développement des récepteurs tactiles :
 7^{ème} semaine (région péribuccale) -> 20^{ème} semaine
- Progression céphalocaudale (effleurement pas crin de cheval)
 8 semaine : Réaction zone buccale
 11 semaine : paume de la main
 20 semaines : corps entier

Compétences tactiles post-natales

- Exploration orale des objets (-> 6 mois)
 XXXIII- Substances, texture température, etc...
- Exploration **haptique précoce** (sans contrôle visuel) devient dominante vers 12 mois
 - Stéri et al. (2000)

Résultat : TM nouvel objet > TM objet familier

-> En situation **expérimentale** : exploration haptique fonctionnelle et efficace

- **Asymétrie comportementale**
 - Segond & Stréri (1995)
 - # latéralité et préférence manuelle

Entre 2 et 6 mois

- XXXIV- Main droite -> transport
 XXXV- Main gauche -> Exploration

Sensation nociceptive

- Perception de la douleur
 - *Fonctionnement prénatale (23 SA)*
 - *Expérience précoce (test de Guthrie)*
 - *Système immature (-> 12 mois)*
- Expérience de la douleur : **indices**
 - *Réponses physiologiques*
 - *Réactivités motrices, vocales et faciales*
- Mémorisation et conséquences à long terme
 - Transmission de la douleur
 - Hypersensibilité à la douleur
 - Modification de la perception tactile
 - Troubles du développement (phobies)

Le bébé : un être résolument social

Développement social précoce

Développement social : évolution des comportements et des compétences de l'enfant à l'égard du monde humain qui l'entoure

Développement affectif : Evolution de l'enfant comme sujet éprouvant des émotions

Environ 1940 : Wallon Henry

- Importance de la sphère affective et sociale
- Enfant « génétiquement » social
- **Contact social** : base de développement psychologique

1980 : Nadel Jacqueline

- « **Bébé naturellement social** »

Activité perceptive « sociale »

Activité perceptive précoce :

- XXXVI- Orienté vers les **congénères**, notamment vers la mère
- XXXVII-Préférences **visuelles** (*visage humain, maternel*)
- XXXVIII- Perceptions **olfactives** (*continuité transnatale*)
- XXXIX- Préférences **auditives** (*voix et langue maternelle*)

Personne humaine :

- XL- Stimulus social privilégié dès les premières heures de vie

Famille :

- XLI- **Premier espace social** : expérience de la **subjectivité** (= être sujet)
- XLII- **Base, fondement** de tous les autres liens sociaux à construire

Interaction face à face dyadique

- XLIII- Bébé -> Mère, père
- XLIV- Contacts visuels, tactiles et auditifs
- XLV- Partage émotionnel riche

- XLVI- **2 mois** : conduites de manipulation (« *aimantation* » visuelle)
- XLVII- **3 mois** : interactions didactiques (objet)

Le bébé : **partenaire actif** de l'interaction

Protoconversation (Trévarthen et Stern, 1977)

= Mode d'interaction **non verbale** entre la mère et son bébé

- XLVIII- Interaction multisensorielle (expressions faciales, vocalisations et gestes)
- XLIX- Règles de la communication verbale ; production d'un message, tour de rôle
- L- Le bébé : **émetteur et récepteur** du message

Attentes sociales interactives (*Paradigme du visage impassible, Cohn et Tronick, 1982 ; Muir & Hains, 1993*)

- LI- Interaction **libre** entre la mère et le bébé
- LII- **Modification de l'interaction -> Incohérence « interactionnelle »** (la maman fige son visage)
- LIII- **Résultat** : à partir de 2 mois ; augmentation des **évitements du regard, diminution des sourires, pleurs**
- **Sensibilité précoce aux règles et signaux qui composent la communication**

Dispositif de la « désynchronisation de l'interaction » (Nadel et al. 1999)

- LIV- Communication par **image interposée** entre la mère et son bébé
- LV- Interaction en **temps réel** versus **temps différé**
- LVI- **Résultat** :
 - a. Séquence en **réel** : communication **active et positive**
 - b. Séquence **en différée** : les bébés **regardent moins** leur mère, **sourient moins et vocalisent peu**
- Anticipation du déroulement d'une interaction et attribution d'intention
- Après **6 mois** : généralisation à l'ensemble des individus

6 mois : **Attention conjointe**

- LVII- Elargissement des interactions face à face
- LVIII- Petit à petit, les interactions s'ouvrent au monde extérieur
- LIX- = Intérêt partagé pour le même objet entre 2 partenaires
- LX- Le bébé regarde ce que l'autre regarde et réciproquement
- LXI- **Signe développemental** : absence ou perturbation du développement dans certains troubles du développement par exemple l'autisme)
- LXII- Développement **progressif** :
 - a. **6 mois** : attention visuelle sur **la première** cible
 - b. **12 mois** : la ligne du regard sert de pointeur spatial, pointage du doigt par l'enfant
 - c. **18 mois** : oriente son regard vers un objet, même situé derrière lui

L'attachement

- LXIII- **Boly John** (environ 1970-80)
- LXIV- France : **Zazou René** (fin années 70)

Contact et proximité physique = besoin primaire inné

- LXV- Henry **Wallon** : enfant génétiquement **social**
- LXVI- Sigmund Freud : besoin primaire physiologique **de nourriture**

Interactions précoces avec son environnement restreint

- LXVII- **1ers liens affectifs durables**
- LXVIII- Modèle comportemental dans les futures relations sociales : **MIO**

MIO : Modèle Interne Opérant

= Résulte des expériences et des réponses des figures d'attachements aux besoins d'attachement

- LXIX- Permettra le développement de **stratégies d'attachement** utilisées dans les futures relations sociales (relations amicales, amoureuses...)

Phénomène de l'empreinte (Konrad Lorenz, 1930)

- LXX- Phénomène de l'empreinte chez les oies
- LXXI- = Mécanisme d'acquisition déterminé de façon inné
- LXXII- Permet aux oisillons de s'attacher au premier « objet » en mouvement vu (1 leurre ou 1 personne)
- LXXIII- Valeur de survie pour l'espèce
- LXXIV- Disparition de « l'objet » : Réactions de détresse

- LXXV- **Bowlby** : formation du lien social chez les animaux indépendante du besoin de nourriture

Hospitalisme : René Spitz (fin 2^{nde} guerre mondiale)

- LXXVI- Enfants abandonnés vivant en pouponnière
- LXXVII- Conditions d'hygiène et de nourriture correctes mais **carences affectives**
- LXXVIII- **Résultat** : Retards de développement
 - a. Conduites dépressives et de prostration irréversibles
- LXXIX- Phénomène de **l'hospitalisme** :
- LXXX- **Carence affective** en l'absence de la mère
 - Impossibilité d'établir des liens stables

Substituts maternels (Harry Harlow, 1958)

- LXXXI- Situation expérimentale :
 - a. Singe macaque
 - b. Substituts maternels nutritionnel ou confortable
- LXXXII- Résultat : les singes passent plus de temps sur le substitut maternel confortable
- Besoin de nourriture n'est pas essentiel
- Privation maternelle et isolement social -> Effets négatifs à longs et courts termes sur le social

Processus d'attachement : 4 étapes successives

- LXXXIII- **Etape 1= 1-3 mois**
 - a. Phase d'orientation du bébé vers tout partenaire humain
 - b. Pas de différence marquée entre les personnes
- LXXXIV- **Etape 2 : 3-6 mois**
 - a. Emergence de l'attachement
 - b. Réponses sociales sélectives et privilégiées
 - c. Distinction des personnes familières et non familières
- LXXXV- **Etape 3 : 6-12 mois**
 - a. Attachement focalisé sur une personne
- LXXXVI- **Etape 4 : à partir de 12 mois**
 - a. Résistance à la séparation et peur de l'étranger

- b. Objets d'attachement constitués

Qualité et type d'attachement – Paradigme de la « situation étrange » (Ainsworth, 1970)

4 types d'attachement entre 12 et 20 mois

LXXXVII- Sécursisé

- a. **Protestation** lors de la séparation
- b. **Accueil** chaleureux du parent au retour
- c. **Recherche** manifeste le contact

LXXXVIII- Non- sécursisé/ Evitant

- a. **Absence de perturbation** au départ et au retour
- b. Figure d'attachement -> ne sert pas de **base de sécurité**
- c. **Activité d'exploration** pour supporter l'insécurité

LXXXIX- Non sécursisé / Ambivalent ou résistant

- a. Perturbation liée à la séparation
- b. Recherche du réconfort dans les retrouvailles
- c. Incertitudes dans les réactions du parent

XC- Non sécursisé / Désorganisé

- a. Appréhension au retour du parent
- b. Cas de maltraitance

Attachement parental

Construction des liens d'attachements parentaux

- XCI- **Soins** apportés à l'enfant
- XCII- **Sensibilité** à répondre aux signaux de l'enfant **quantitativement** et **qualitativement** (gestes, paroles, sensorialité)

Nature des relations et attachement parental

- XCIII- Attachement à la **mère** : importance des **soins**
- XCIV- Attachement **au père** : importance de **l'activité ludique**

Rôle de l'activité ludique

- XCV- 0-6 mois :
 - a. Mère : échange et construction des habiletés sociales de base (protoconversation)
 - b. Père : présentation de nouveaux stimuli
- XCVI- 6-12 mois :
 - a. Mère : jeux exploratoires adaptés à l'enfant
 - b. Père : interactions physiques et stimulantes
- XCVII- 12 mois :
 - a. Mère : jeux de faire semblant
 - b. Père : changement d'objet et modification du comportement de jeux

Mère : Jeu intellectuel à visée didactique et **médiatisée par des objets**

Père : Jeux physiques, stimulants et **non médiatisés par des objets** « pont social » (Gaudron-

Attachement fraternel

XCVIII- Tonalité propre en terme d'**ambivalence** : jalousie, rivalité, conflit, envie, compétition, amour, complicité

Liens influencés par les caractéristiques de la fratrie

XCIX- Ecart d'âge

- a. Restreint : complicité, proximité **ET** rivalité, jalousie
- b. > 4 ans d'écart : indépendance, peu d'hostilité

C- Composition sexuée : **mixité** = moins de rivalité

Ainé(e) (à partir de 4 ans) -> **Cadet** (à partir de 18 mois)

CI- Capacité à **rassurer, sécuriser**

CII- Capacité à **donner des soins**

CIII- **Stimulation** afin d'explorer le monde extérieur

CIV- Lien d'attachement **Secure** dans des situations quotidiennes **peu stressantes** (Troupel-Cremel, 2006)

Rôle de l'imitation dans le développement social

Jean Piaget, Henri Wallon (1940-50)

- CV- Conduite tardive (environ 18 mois)
- CVI- Imitation différée
- CVII- Associée à la représentation mentale

René Zazzo (1957) : capacité d'imitation immédiate du nouveau-né

- CVIII- Imitation néo-natale (René Zazzo, 1957)
 - a. Conduite imitative immédiate
 - b. Nouveau-né de 25 jours
 - c. Protrusion de la langue et ouverture de la bouche
 - d. Mise en doute par Piaget et Wallon

Trévarthen et Stern (1977) : théorisent le rôle social de l'imitation

CIX- Concept de protoconversation basée sur l'imitation réciproque

Début 1980 : Imitation immédiate précoce (32 minutes)

Développement des conduites imitatives

CX- Naissance :

- a. **Mimiques faciales** : mouvement de Protrusion de la langue, mouvement de bouche, protrusion des lèvres

CXI- 2 mois :

- a. Imitations **vocales**
- b. Imitation de **la posture du cou**
- c. Mimiques **faciales**

CXII- 3 mois :

- a. Imitation des **trajectoires motrices** vers le visage
- CXIII- 6 mois :
 - a. Imitation des actions avec des **objets familiers** (taper, frotter, tirer)
- CXIV- 9 mois :
 - a. Imitation d'action avec des objets **non familiers**

Fonction sociale de l'imitation (*Legerstee, 1991*)

- CXV- 2 mois
- CXVI- Mouvement de protrusion de la langue et ouverture de la bouche
- CXVII- Personne réelle VS objet inanimé
- CXVIII- Résultat : imitations plus nombreuses lorsque les mouvements sont réalisés par des **personnes réelles**
 - Imitation réalisée dans un **contexte social**

Soussignan et al. (2011)

- CXIX- 52 minutes à 3 jours
- CXX- Protrusion de la langue
 - a. Bouche humaine
 - b. Bouche artificielle
 - c. Visage humain
- CXXI- Résultats :**
 - a. Imitation dans n'importe quelles conditions
 - b. **Visage humain** : TF supérieur pour la région **des yeux** avant d'imiter

PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (CMs de Mr LAMOUR)

Plan du cours:

I/Les bases neurophysiologiques de la mémoire

II/les processus fondamentaux: Association, reconnaissance et rappel

A/Association et reconnaissance

B/Le rappel

1)Rappel et mémoire à long terme

2)Rappel et mémoire à court terme

3)Rappel et interférence

III/La mémoire de travail

IV/La mémoire à long terme

A/L'amnésie infantile

B/La mémoire autobiographique

V/Amélioration des capacités mnésiques avec l'âge

A/Familiarité de la tâche, vitesse de traitement et méta-mémoire

B/Le développement des stratégies de mémorisation

Courant : « Long Life Span » – étude des transformations au cours de la vie

Théorie du traitement de l'information : mécanisme d'encodage, de stockage, de récupération

Thèmes : développement mnésique (mémoire), acquisition du langage, interaction entre les différents développements (cognitif, social, physique, psychologique...)

Le développement mnésique

I. Les bases neurophysiologiques de la mémoire

Elles sont liées aux constructions structurale de la mémoire. Ces différentes structures mnésiques sont liées à l'étude de cas cliniques (patients cérébraux-lésés) qui nous montre que lorsqu'on a une lésion cérébrale, cela engendre une incapacité mnésique. On a donc essayer de créer des modèles de fonctionnement structuraliste à partir de l'étude de ces cas clinique.

Si on admet que le système mnésique n'est pas unique, il est intéressant de s'intéresser à ces corrélations entre organisation cérébrale et cognitives (mnésiques).

Il y a une distinction entre mémoire explicite/implicite → Abus de langage → **fonctionnement** explicite/implicite de la mémoire.

Fonctionnement explicite: capacité à récupérer consciemment des informations, connaissances stockées en MLT → effort de mémoire de la part de l'individu pour aller chercher l'information ; information verbalisables – qui peuvent être décrites par le langage – possibilité de construire des images mentales de ces représentations.

Fonctionnement implicite: fonctionnement non conscient, non volontaire. On a ici des processus (semi)automatique de récupération de l'information.

On peut mobiliser ces mémoires de façon implicite ou explicite, à l'aide de **tests spécifiques**.

On retrouve ce fonctionnement **explicite** pour la mémoire **épisodique** (stockage des informations dans leur contexte spatial et temporel, elle nous permet de stocker nos souvenirs personnels).

Le **PRS** (système des représentations perceptives) de **TULVING** aurait lui un fonctionnement plutôt **implicite**.

La **mémoire sémantique**, dans la littérature, on retrouve un fonctionnement **implicite** pour certains, et un fonctionnement **explicite** pour d'autres. Certains pensent même qu'elle a un fonctionnement **hybride**.

Cette **distinction** est **importante**, car lorsqu'on s'intéresse à l'enfant, on considère qu'après la naissance, cette mémoire implicite est opérationnelle (système primitif) ; alors que la **mémoire explicite** deviendrait opérationnelle au cours de la **1ère année de vie** de l'enfant (**8/9mois**).

Comment mettre en évidence le fonctionnement implicite juste après la naissance ?

Utilisation des **tâches de conditionnements (PAVLOV...)** avec l'enfant, par exemple on attache la jambe de l'enfant à un mobile au dessus de son lit, l'enfant va progressivement apprendre qu'en bougeant la jambe, le mobile bouge. Cette tâche mobilise certaines zones cérébrales particulières (**cervelet, noyaux profonds du tronc cérébral**) notamment pour le versant des **acquisitions**.

Pour le versant **récupération**, il semblerait qu'on mobilise davantage les **zones hippocampiques** (pour le maintien du comportement).

On s'aperçoit déjà chez l'enfant d'un **circuit de l'information**.

On a **plusieurs indices comportementaux** qui confirment ce circuit d'acquisition et de récupération au niveau es comportement : les nourrissons s'intéressent davantage aux nouveaux objets qu'aux objets familiers.

Au niveau **physiologique**, on constate que le traitement **implicite** de l'information est très étroitement lié à l'activité de certaines zones cérébrales (**cervelet, corps striés**).

Concernant le traitement **explicite** de l'information, ce ne sont pas les mêmes zones cérébrales qui sont mobilisées. En effet, il mobilise notamment les **amygdales** (développement émotionnel) et le **cortex pré-frontal** → Développement nécessitant une certaine maturation.

D'autres structures sont **matures** à la naissance : **cervelet, hippocampes, hypothalamus, noyau profond**. Suffisamment **mature** pour supporter un traitement **implicite** de l'information mais **pas suffisamment** développé pour en faire un traitement **explicite**.

Le traitement **explicite** de l'information requiert **beaucoup de ressources cognitives**, les informations très complexes nécessite donc un certain niveau de **maturation post-natale cérébrale** (pour le traitement et le contrôle de l'information notamment explicite).

Aujourd'hui on estime que le **cerveau** est à peu près **constitué** (presque entièrement formé) autours de **2ans, fonctionnel** vers la fin de l'enfance (environ **10ans**).

Emondage : à la fin de la 2ème année, le cerveau est presque achevé, ce qui va se **développer** après, se sont les **connexions** (suppression/création de connexions neuronales).

Le **cerveau change** au cours de **l'enfance** et de **l'adolescence** (profonds bouleversements du fonctionnement cérébral). Ce qui amène les auteurs à s'intéresser au **développement du langage** vers **2/3ans**. On estime que ce **développement du langage** va **accroître les connexions neuronales**, mais à l'inverse c'est grâce à ces **modifications neuronales** qu'on va pouvoir **développer le langage**.

On a aussi constaté des **changements cérébraux majeurs** autours de **4 et 7ans**. Là encore, ces changements cérébraux **coïncident** avec des **changements** majeurs observés dans la **pensée** de l'enfant.

HOUDÉ & LE ROUX – développement cognitif de l'enfant (travaux commencé depuis 5/6ans en psychologie du développement).

A. Les processus fondamentaux : association, reconnaissance, rappel

1. Association et reconnaissances

Ce sont les deux processus les plus précoces puisqu'il faut que l'enfant puisse associer au minimum 2 éléments.

La **capacité d'association** on a pu la montrer chez les nourrissons juste après la naissance, à travers des expériences dans lesquelles on fait entendre 2 sons différents à des nouveaux nés ; s'ils tournent la tête à droite dès qu'ils entendent le 1^{er} son, ils obtiennent une récompense (liquide sucré), et dès qu'il entend le 2ème son, s'il tourne la tête vers la gauche, il obtient de nouveau une récompense.

On s'aperçoit que les nourrissons apprennent très rapidement à tourner la tête du bon côté pour recevoir une récompense. Ils arrivent donc très vite à **différencier 2 stimuli sonores** et à **adopter un comportement (moteur) associé** au stimulus pour obtenir une récompense.

On constate que la **reconnaissance** d'un objet, d'un stimulus est d'autant plus **durable** que le sujet est **souvent exposé au stimulus** ; mais cette capacité du **nourrisson** à **reconnaître des objets** est assez étonnante car on constate que des bébés de **2mois** sont capables après un **délais de 15jours**, de **reconnaître une forme** à laquelle ils ont été préalablement exposés (technique oculaire).

On s'est intéressé à la **reconnaissance** : **STRAUSS & COHEN** – *indices permettant aux nourrissons de reconnaître des stimulus* : présentation à des bébés de **5mois** un **stimulus cible** (*grande flèche noire orientée vers le bas*) et organisent ensuite des **épreuves de reconnaissance**.

Ils constatent après la présentation (avec distracteurs) qu'ils sont **capables de reconnaître** le stimulus cible. Lorsqu'il refait le test **15min** après, les bébé ne reconnaissent plus que la **forme** et la **couleur** (mais pas la direction). **24H** après, seule la **forme** est reconnue.

Lorsque l'enfant **mémoire/encode le stimulus**, les **propriétés** du stimulus peuvent **disparaître** de sa mémoire mais à des **vitesse variées**. Ce qui veut dire que l'enfant **n'a pas mémorisé tel quel** une flèche noir orientée vers le bas (il extrait les propriétés du stimulus : forme, couleur, orientation ; et ne les **stocke peut être pas dans les mêmes zones cérébrales**).

Ces **principes de reconnaissances** sont montrés par des **techniques oculaires**, ça nous renseigne sur la **vitesse d'habitation** d'un nourrisson à un stimulus – à quelle vitesse il s'habitue.

Ce qu'on enregistre c'est la **réaction à la nouveauté**.

Certains auteurs se sont intéressés à la **vitesse d'habitation** : **ROSE** & **WALLAS** – ils estiment que la **vitesse** à laquelle un jeune enfant **s'habitue** à un stimulus pourrait **prédire** son niveau de **QI ultérieur à 7ans**.

Plus il s'habitue vite, plus il s'intéresse à autre chose, cependant en 3 et 7ans il y a d'énormes acquisitions qui se mettent en place car une prédiction est vague → **Plus on stimule un enfant précocement, plus vite il va améliorer ses vitesse d'habitation** → **sur-estimation** : contraintes supplémentaires, risque de ralentissement du développement.

Un nourrisson qui **s'habitue rapidement à des stimuli** à une **vitesse d'habitation plus rapide** (attention : **prendre en considération la personnalité de l'enfant et à l'intérêt de l'enfant**).

Toutes ces études présentent tout de même une **limite**, elles sont menées en présentant un **stimulus unique** à l'enfant. Ce qui évoque aussi un autre élément : l'enfant doit traiter un stimulus, ce qu'il va surtout mobiliser c'est un traitement perceptif ; si on présente 2-3 stimuli, l'enfant doit adopter un comportement stratégique, or un enfant de 5mois ne peut pas développer ce type de comportement, trop complexe pour lui.

Néanmoins, le fait que les enfants réagissent différemment au stimuli en fonction de leur nouveauté confirme bien qu'ils ont stocké en mémoire le stimulus familier mais qu'en fait ils ne sont pas conscient de la familiarité de ce stimulus – Familiarité implicite (pas de réflexion chez l'enfant) → capacités précoces présentes mais rudimentaires.

2. Le rappel

Tous ces travaux sur la naissance et après la naissance nous montrent que les bébés sont capable d'imiter un geste simple produit par les adultes.

a. Rappel et mémoire à long terme

MELTZOFF : série d'étude sur la mise en évidence du phénomène (lorsqu'un adulte tire la langue à un nourrisson de 6semaines, ce dernier effectue davantage l'action montrée par l'adulte dans les 24h, plus l'enfant avance en âge plus la période de temps pendant laquelle l'imitation est possible augmente. Les bébés de 9mois sont capables de se rappeler 24h après les avoir vues, des actions dites naturelles mais également des action arbitraires. Après la fin de la 1ère année, ils peuvent continuer à imiter un grand nombre d'action arbitraires après un laps de temps supérieur à 24h. **MELTZOFF** a montré qu'un enfant de 14mois est capable se souvenir qu'il faut presser un bouton pour obtenir de la lumière 4mois après avoir vu l'individu le faire.

2 éléments sont à prendre en considération :

- **ré-encodage successifs** auquel l'enfant est confronté : capable de faire une suite d'actions

et de les organiser (bien avant 13-14mois).

- **capacité de généralisation et d'intégration** de ces expériences passées : on a toute une série d'expérience tentant d'étudier toutes ces capacités de généralisation et d'intégration de ces expériences passés chez des nourrissons de 3mois (mobile accroché au pied de l'enfant, en remuant le pied il fait bouger le mobile, dès 3mois, les enfant encodent cette relation entre le mouvement du pied et celui du mobile. Si on change de mobile, l'enfant généralise l'action, il est là encore capable de bouger le pied pour faire bouger le mobile. Cependant, cette capacité de généralisation sont très limitées, il faut placer le nourrisson dans les conditions hautement facilitatrices → même contexte, même disposition. Mais si on change de pièce, l'enfant n'est plus capable d'associer la relation entre le stimulus en l'action. → Capacité de généralisation rudimentaire

b. Rappel et mémoire à court terme

Rappel à court terme (travaux portant sur l'enfant mnésique) – le rappel exige une organisation du matériel à rappeler à partir des représentations stockées en MLT, ce qui veut dire que le rappel est beaucoup plus complexe comme activité que la reconnaissance car il faut reconstruire la trace mnésique (la reproduction). On a essayer de mettre en évidence l'empan mnésique (moyen 7 ± 2 chunks – capacité à regrouper des informations).

Depuis le début des années 60', on a commencer à s'intéresser au développement de cet empan chez l'enfant, et à cette époque, la philosophie/l'idée générale, c'est que l'augmentation de l'empan de mémoire avec l'âge serait un indice de la capacité croissante de l'enfant à maintenir et à manipuler de l'information. D'une manière assez générale, on peut dire aujourd'hui, qu'il y a effectivement une augmentation de la capacité de stockage à court terme avec l'âge mais il y a surtout une amélioration de la qualité du traitement. Si on reste dans cette perspective structuraliste, on estime aujourd'hui qu'il y a une capacité limitée de la MCT/mémoire de travail, on considère que la capacité est limitée, limite fixée par l'empan.

La qualité de traitement permet d'observer la mise en place de stratégie de mémorisation plus efficiente permettant à l'enfant de traiter davantage d'informations → L'espace de stockage s'accroît avec l'âge.

c. Rappel et interférence

La qualité du rappel dépend de la présence ou l'absence d'interférences durant la phase d'encodage (mémorisation), et l'utilisation efficace de la mémoire implique qu'un individu puisse inhiber des informations interférentes (provenant de la situation dans laquelle il est impliqué) mais aussi des idées, des informations qu'il active. C'est à dire qu'il puisse inhiber tout ce qui n'est pas utile à la mémorisation de l'information.

Processus d'inhibition → conception cognitiviste : le développement n'est pas uniquement une accumulation de processus, mais aussi la capacité d'inhiber des processus.

Les capacités d'inhibition ont été longuement étudiés par **HOUDÉ** ; il a montré que ces

capacités d'inhibition évoluent avec l'âge. En fait, elles dépendent beaucoup de la mobilisation des lobes frontaux (et donc de leur maturation, qui prend du temps → fin de l'enfance pour une maturation fonctionnelle). On constate des évolutions importantes des lobes frontaux à différentes périodes de développement : 12mois, 4ans, 7ans. Le très jeune enfant a donc du mal à inhiber (il a peu de capacité d'inhibition – cognitive et comportementale).

Erreur A non B : on cache un objet sous un plot A, puis à la vue de l'enfant on déplace l'objet sous le plot B. Selon **PIAGET**, il n'a pas la permanence de l'objet, pour **HOUDÉ** cette épreuve ne montre pas la capacité ou la permanence de l'objet chez o'enfant mais un déficit d'inhibition (motrice). Même l'adulte fait l'erreur, même s'il s'en aperçoit, il prend l'habitude.

Ce genre d'épreuve, faite à des enfants à différents âge, on s'aperçoit à 6-9mois, que l'activité électrique augmente. L'enfant peut réussir l'épreuve, out dépend du délais entre le moment où on cache l'objet et le moment où l'enfant doit aller le chercher (intervalle de rétention).

- A 7mois, un enfant réussi l'épreuve si l'intervalle de temps n'excède pas 2s.
- A 9mois, cet intervalle peut atteindre 6s.
- A 11mois, cet intervalle peut atteindre 10s.

On voit donc qu'avec l'avancée en âge, l'intervalle de temps augmente, les capacité de l'enfant s'améliorent donc très rapidement entre le 6^{ème} et le 12^{ème} mois. Les capacités d'inhibition sont toujours une tâche très difficile, demandant beaucoup de ressources, même pour l'adulte.

B. La mémoire de travail

BADDELEY (AC vers BP & RVS)

Il y a une amélioration de l'enfant avec l'âge :

- 2ans il retient environ 2items ;
- 5ans, environ 4items ;
- 9ans – 10items

Quand on parle de l'évolution de la MdT, il y a 2 aspects à prendre en compte :

- augmentation de la rétention à court terme (stockage)
- amélioration de la qualité de traitement de l'information (processus - chunks)

Amélioration des processus de traitement : capacité de stockage en MdT limitée, ce qui demande un effort cognitif important, on va donc mobiliser beaucoup de ressources pour traiter l'information, il nous reste donc moins de ressources pour le stockage (texte très difficile à lire). A l'inverse, si on a une certaine aisance dans un domaine, on va traiter plus rapidement l'information, donc mobiliser moins de ressources pour traiter l'information, il en restera donc davantage pour le

stockage.

Dans cette dynamique, on a donc pu montrer que chez les enfant il y avait une amélioration de la vitesse de traitement. Il y a une relation assez linéaire entre l'empan de mémoire et le temps de réponse des sujets (plus l'enfant est capable de répondre vite, plus l'empan augmente).

Si on s'intéresse aux différents modules proposés par **BADDELEY** :

- **Boucle Phonologique** : traitement de l'information. Ce système est constitué d'un composant actif et un composant passif.

- Le **composant passif** de stockage est appelé la Boucle Phonologique : fonctionnelle très tôt (dès l'acquisition des bases du langage – autours de 3ans)

- Le **composant actif** est appelé Répétition Subvocale : un petit peu plus tardive (débuté autours de 7ans, et sera mature autours de 10-12ans)

L'augmentation des performances (avec l'âge) à des tâches de rappel semble liée à la vitesse d'articulation (boucle articulatoire) ; se serait cette vitesse d'articulation du matériel à mémoriser qui augmenterait avec l'âge. Il y a aussi des études sur des enfants ayant des troubles du langage, des lenteurs de paroles et d'élaboration, on a montré que ces enfants peuvent avoir un empan tout à fait normal. Cette augmentation de la vitesse d'articulation avec l'âge ne semble pas pouvoir, à elle seule, expliquer les modifications de l'enfant, il y a d'autres éléments à prendre en compte.

- **RVS** : représentations spatiales : développement un peu plus tardif que la BP, il commence à être opérationnel vers 5-6ans. Les performances adultes sont atteinte autours de 12ans. Ce sont des modules qui vont encore se développer après 12ans, même s'il est presque au stade adulte.

- L'élément central de la MdT pour **BADDELEY** est **l'AC** : Il n'est pas unitaire, on estime aujourd'hui qu'il supporte de très nombreuses fonctions (attentionnelles, d'inhibition, exécutives, planification, rafraichissement de l'information...) - certaines résistant au vieillissement, d'autres déclinant. C'est un processus de contrôle exécutif – des ressources cognitives.

Caractère tardif et lent du développement de l'AC – accroissement régulier des performances entre 6 et 15ans. Ce développement n'est probablement pas linéaire (tout comme le développement général). Autours de 8ans, il y aurait un pallier, un pic de développement de l'AC.

Il y a donc une interaction entre le développement des processus généraux et le développement de processus spécifiques.

→ Amélioration des capacités de traitement (stratégiques)

→ Amélioration des capacités de stockage

C. La mémoire à long terme

TULVING : Structure épisodique (connaissances dans leur environnement/contexte) – Structure sémantique (connaissances sur le monde, vocabulaire) – Système des Représentations Perceptives (représentation d'objet).

Cette mémoire épisodique stocke tous les souvenirs dans leur contexte d'encodage, mais cette définition n'est pas assez précise en ce qui concerne les souvenirs personnels. A cet égard, **CONWAY** propose une autre architecture des informations stockées en MLT – distinction de la mémoire autobiographique (souvenirs personnels) et non autobiographique (connaissances générales) ; chacune d'entre elle étant constituée de composantes sémantiques et épisodiques.

Mémoire autobiographique : souvenirs personnels, très précis ou plus flou

- épisodique : souvenirs flash, très précis, moins de 24h
- sémantique : souvenirs de façon moins claire

Manière dont on mémorise un événement et dont on s'en souvient dépend de qui on est à chacune de ces étapes. En fait, **CONWAY** associe la mémoire autobiographique au contexte du « self ».

Exemple : si on nous demande d'évoquer un souvenir particulier, on aura une façon différente d'évoquer des souvenirs frais, mais l'explication sera différente après un délai de 2-3ans.

Certains éléments nous semblent importants aujourd'hui mais ne le seront plus dans quelques temps. La récupération dépend de qui on sera lors de cette récupération. Les souvenirs sont dynamiques, ils changent en fonction de qui on est. La façon dont on a mémorisé un événement quand on avait 3ans est différente que si on mémorise un événement à 20ans. Même chose pour l'évocation du souvenir.

1. L'amnésie infantile

Ce n'est pas une pathologie, cela désigne le fait qu'on ne se souvienne quasiment pas d'événements de notre vie des 2-3 premières années.

Pendant longtemps on avait une interprétation Freudienne ; chez les développementalistes, cette interprétation n'est pas pertinente. Au contraire, on estime qu'on a pas refoulé les souvenirs traumatisants.

On a plusieurs travaux qui nous montrent une **meilleure récupération des informations** lorsque le **contexte encodage/récupération est identique**. Dans cette optique on a toute une série de facteurs pouvant créer la discordance entre la manière dont un nourrisson encode l'information et la manière dont un enfant plus âgé ou un adulte tente de la récupérer.

SIEGLER : un nourrisson de 6-12mois a une vision du monde et un traitement de l'information liés à sa taille. Cela dépend donc de l'âge et donc d'un facteur physique.

Les enfants plus jeunes n'ont **pas une description verbale des éléments** (pas d'encodage verbal chez les nourrissons). L'absence de souvenirs conscients, précis à propos des 1^{ères} années de vie pourrait s'expliquer par ce **développement tardif de la mémoire déclarative**.

La **maturation des lobes frontaux** : on sait qu'ils sont particulièrement impliqués dans la

mémorisation des informations pouvant être ultérieurement récupéré (mobilisation de la MdT), cette **partie du cerveau se développe le long de la petite enfance**. C'est à dire que les lobes frontaux ne seraient **pas suffisamment fonctionnels** pour permettre la mémorisation d'informations pouvant être rappelés des années plus tard.

Enfin, certains individus semblent persuadés d'avoir vécu certains événements et de s'en souvenir. On s'aperçoit ici qu'il y a un facteur jouant un rôle déterminant dans cette construction d'un souvenir antérieur – la **récapitulation familiale**. L'enfant/l'adulte a l'impression qu'il se souvient d'un événement passé mais cela est dû au fait qu'il ait été évoqué au sein de la famille → **construction de faux souvenir** semblant réel pour l'individu. Le souvenir est créé a posteriori plutôt que lors de l'événement en lui-même.

Pour autant, il est vrai que certains **souvenirs vont résister à l'oubli**, car ils sont **chargés émotionnellement**.

2. La mémoire autobiographique

Comment les enfants se rappellent les expériences vécues et comment les représentent-ils ?

On sait que ces expériences passées influencent les comportements de l'individu, et ce dès la plus petite enfance. Dès lors le développement chez l'enfant dans la capacité à se rappeler les événements du passé serait nécessaire à sa construction et sa représentation du monde, mais aussi à sa compréhension de lui-même. Un enfant a une assez bonne organisation de ses expériences personnelles.

Que se passe-t'il quand tu prépares des cookies ?

- 3ans : on les cuit et on les mange
- 4ans : (recette)

Ce qui différencie est le **nombre de détails**, mais dans les deux cas, la **séquence temporelle est maîtrisée**. Temporalité exacte des actions.

Les enfants utilisent le **présent** pour évoquer ce souvenir, mais bien souvent aussi, ils vont utiliser le « on » plutôt que le « je » afin de montrer les **actions que l'on doit faire dans ce genre de situation**. Il décrit un **cadre culturellement accepté** de ce qu'on fait lors de cette situation → **Généralisation, organisation des connaissances, des représentations des événements, conformément au « script »** (séquence d'événement temporairement organisés). Les acteurs, les lieux sont précisés. Ces scripts sont **souvent associés aux représentations**. L'enfant se représente au moment présent ce que l'on doit faire dans une situation précise. Il faut attendre que l'enfant ait 3ans et demi-4ans pour qu'on puisse avoir des souvenirs correctement évoqués par l'enfant → **Représentation active de la part de l'enfant du monde qui l'entoure**.

Entre 3 et 7ans, les enfants **se rappellent beaucoup mieux les événements généraux de la vie quotidienne que les événements particuliers**. Lorsqu'un enfant est confronté à un événement nouveau, il suffit qu'il y ait une redondance, c'est un événement qui va se généraliser, qui va donc perdre des détails de cet événement → perte de la spécificité des événements – tendance à évoquer de manière générale cet événement. Entre 4 et 6ans, si ces souvenirs sont régulièrement évoqués au

sein de la famille, 18mois plus tard ils sont capable de s'en souvenir relativement bien.

Comme les capacités langagière de l'enfant s'améliorent avec l'âge, il est beaucoup plus facile pour l'enfant d'encoder les informations de manière verbale et de pouvoir les récupérer explicitement verbalement.

D. Amélioration des capacités mnésiques avec l'âge

1. Familiarité de la tâche, vitesse de traitement et métamémoire

Il y a une nette augmentation de l'empan de mémoire avec l'âge. Il y a donc deux aspects important dans cette tâche :

- part des ressources cognitives que l'enfant peut y consacrer
- la tâche elle-même

L'augmentation de l'empan mnésique peu être attribué soit à une augmentation des ressources cognitives de l'enfant, soit à une diminution des ressources cognitives que l'enfant doit allouer à la tâche. En d'autres termes, la familiarité de l'enfant avec la tâche, lui permet de diminuer les ressources cognitives qu'il doit mobiliser.

Exemple – mémorisation de chiffre :

- 4 et 7ans : capacité de travail similaire mais l'enfant de 7ans rappellera davantage de chiffres que l'enfant de 4ans.

→ Les enfants plus âgés ont davantage de connaissances sur le monde, un enfant de 7ans a une plus grande familiarité avec les chiffres qu'un enfant de 4ans.

→ Les enfants plus âgés connaissent davantage de stratégies pouvant augmenter le rappel (récapitulation subvocale).

→ Les enfants plus âgés ont un meilleur choix stratégique que les enfants plus jeunes.

A quoi cette augmentation de la vitesse de traitement est-elle attribuable ?

- maturation neurologique : la vitesse et la capacité accrue du traitement de l'information découle d'un processus général neurologique, notamment le refoulement de la Gaine de Myéline et la maturation des lobes frontaux.

- l'attention sélective : la qualité de traitement est tributaire de l'utilisation de plus en plus judicieuse des ressources cognitives et notamment de l'attention sélective ; qui est en fait relié à la consolidation de plusieurs facultés cognitives. **L'attention sélective facilite la mémorisation**, dans la mesure où elle va permettre l'encodage de détails ce qui facilitera la récupération de l'information.

- l'expérience : avec le temps et surtout à force de pratique les enfants parviennent à effectuer automatiquement des activités mentales qui leur demandaient auparavant beaucoup d'effort. Cette utilisation répétée permet tout simplement de transformer en automatisme des tâches qui demandaient jusqu'ici un effort cognitif important. Ce processus d'automatisation augmente la vitesse et la capacité de traitement, ce qui libère la MdT permettant de mémoriser plus d'informations.

2. Le développement des stratégies de mémorisation

Les stratégies de mémorisation = moyen de s'adapter à son environnement.

Ce sont des fonctions cognitives qui sont sous le **contrôle délibéré des individus**.

On a de nombreuses recherches montrant que ces **stratégies de mémorisations s'améliorent avec l'âge** : l'efficacité des choix stratégiques.

Les enfants comme les adultes, utilisent des stratégies dans **toutes les phases de mémorisation**. (encodage, stockage, récupération)

Beaucoup de progrès observés chez l'enfant reflètent l'acquisition de nouvelles stratégies.

- Au cours du développement on va **augmenter les stratégies disponibles**.

Ce qui va s'améliorer c'est : - L'efficacité de l'application de ces stratégies

- La généralisation des stratégies à des situations variées.

Au début l'enfant quand acquiert une stratégie il va l'utiliser dans une situation précise puis il va l'appliquer à des situations un peu différentes. →

généralisation des stratégies

- **C'est la flexibilité dans l'utilisation des stratégies qui s'améliore avec l'âge.**

Au début l'enfant est rigide dans son application des stratégies

D'un point de vue développemental :

- **(0-5ans)** : L'enfant utilise quelques stratégies de mémorisation rudimentaires (*ex : le pointage, dénomination, stratégie d'attention sélective*)
- **Entre 5-10ans** : L'enfant va pouvoir utiliser de nouvelles stratégies plus efficaces (grâce à l'acquisition du langage → stratégie de récapitulation, et meilleure stratégie d'organisation des infos à encoder, c'est à dire il va améliorer ces chunks)

** Si les enfants améliorent les chunks, ils peuvent mémoriser plus d'information à la fois.*

Et cela renvoie à un meilleur empan.

Parfois, on peut observer des enfants qui peuvent utiliser différentes stratégies, mais ne savent pas laquelle choisir.

→ l'enfant est incapable de choisir la bonne stratégie à utiliser.

Conclusion

L'augmentation des capacités mnésiques avec l'âge peut s'expliquer de diverses manières :

- **La maturation des zones cérébrales précises qui semble nécessaire à la mise en œuvre de certains processus mnésiques**

si la mémoire implicite est opérationnelle dès la naissance, la mémoire explicite ne semble pas fonctionnelle avant 6 à 8 mois et surtout, il nécessite une maturation post-natale du cerveau.

- **Les processus de base utilisés par l'enfant, et la capacité de mémorisation augmente avec l'âge.**

Le rôle de ces processus de base est particulièrement important pendant la petite enfance.

Avec l'avancé en âge, les enfants présentent des capacités de mémoire supérieures mais surtout des vitesses de traitement de l'information bien supérieures.

- **Les enfants les plus âgés utilisent d'avantage de stratégie de mémorisation que les enfants les plus jeunes.**

Les stratégies de mémorisation les plus fréquemment utilisées deviennent plus efficaces et plus flexibles.

- **Plus les enfants avancent en âge, plus ils posent de connaissances sur le fonctionnement de leur propre mémoire.**

Ils développent leur **métacognition**, (leur connaissance sur leur propre fonctionnement)

Cette métacognition leur permet d'améliorer leur choix stratégique, de l'orienter, le choix stratégique devient plus pertinent.

Cependant prendre en compte les autres développements en parallèle (moteur, émotionnel, social) qui interviennent dans l'amélioration des connaissances et développement mnésique.

L'acquisition du langage

I) Caractéristiques générales du langage

A) Le langage comme activité de communication

C'est un moyen de communication **codé**, on va essayer de transmettre des informations à l'autre à partir de symboles, c'est à dire des représentation totalement abstraites et arbitraire.

- **Ce sont des représentation abstraites :**

Sont des particularismes individuelles, c'est à dire que ces représentation abstraites désignent des entités conceptuelles

(ex : chat, ne définit aucun chat en particulier)

- **Représentation arbitraire :**

Parce que le lien qui unis la notion désigné et la représentation ne se justifie pas par une logique.

(ex : Rien ne justifie que CHAT représente le concept du chat.)

→ On associe de manière arbitraire des représentations graphiques associées les unes avec les autres renvoient à un concept.

→ **L'enfant va devoir apprendre ces symboles, au niveau phonème et écrit.**

B) Repères terminologiques

Le langage se caractérise par une double articulation :

1. **Des morphèmes :** Les messages comportent des unités minimales significatives qu'on appelle

Les morphèmes possèdent un versant - Signifiant

- Signifié

Ces morphèmes sont construits en utilisant des unités encore plus petites :

2. **Les phonèmes :** donnent la sonorité du mot

Le langage est **normatif** et définit.

Il y a des règles d'utilisation du langage qu'on est obligé de suivre si on veut être compris.

- **Le langage à un caractère évolutif :**

Certain termes ne sont plus utilisés et de nouveaux apparaissent.

L'ensemble du langage est dynamique qui à long terme l'amène à être complètement renouvelé.

C) Aspects théoriques de l'acquisition du langage

Le langage inné ou acquis ?

Dans la littérature on a deux positions opposées et aujourd'hui on adopte une position intermédiaire.

Premiers débats sur l'acquisition du langage (années 50/60) :

Perceptive behavioriste (SKINNER)

Pour lui le langage est un comportement appris. Il va s'instaurer selon les mêmes modalités que d'autres comportements.

C'est à dire que le langage applique la perception et la sélection des informations sur la base de renforcement successif. (conditionnement)

A l'origine, si on prend le bébé, il produit des sons de manière aléatoire qui va être perçue comme signifiante pour l'adulte et il va donc renforcer ces productions sonores du bébé.

Pour lui par la suite, les mots, les phrases... vont être **acquis par renforcement de l'entourage**.

De nombreuses théories estiment que la quantité et la qualité des propos tenus par les parents influent sur le rythme de l'acquisition du langage.

Les behavioristes ont remarqué que certains enfants autour de 3 ans, sont capables de tenir une conversation en utilisant des phrases complexes alors que d'autres du même âge ont des difficultés à combiner des mots simples.

Pour les behavioristes, **les facilités ou difficultés de l'enfant seraient dû à l'enseignement reçu.**

Pour résumer :

- Une bonne maîtrise de la langue ne se réalise que si l'enfant est plongé dès le début de sa vie dans un milieu linguistique porteur.

- Les accents régionaux montrent l'importance des partenaires sociaux dans l'acquisition du langage.
- Quand les parents s'adressent à leur enfant avec une richesse de vocabulaire, les enfants ont un niveau langagier plus élevé que les autres enfants.

Critique de cette position de Skinner :

- Dans des familles où les parents perfectionnistes corrigent sans arrêt leur enfant : on constate que les processus d'acquisition ralentissent.
- Certains adultes renforcent des structures grammaticales incorrectes
Pour autant les enfants vont continuer à utiliser les structures correctes
→ l'influence familiale ne permet pas d'expliquer toutes les influences langagières

Perceptive Innéiste (CHOMSKY)

Critique la position de Skinner

Pour lui le conditionnement ne peut à lui seul expliquer l'acquisition si précoce d'un code aussi complexe que le langage.

Il constate que autour de 3 ans, tous les enfants possèdent les rudiments du langage.

Pour lui, cela veut dire que le cerveau humain possède une structure qui facilite l'acquisition du langage au cours des 3 premières années. → **Dispositif d'acquisition du langage (LAD)**

Le LAD permettrait aux enfants de déduire rapidement et efficacement les règles grammaticales à partir des paroles qu'ils entendent tous les jours.

4 principes principaux de la théorie :

1. Existence d'un système inné de l'acquisition du langage (LAD)

Sont des mécanismes cérébraux préprogrammés qui permettraient d'appréhender les règles d'une grammaire universelle.

2. Existence d'une structure de surface

Elle réfère à l'ordre des mots dans la phrase. La manière d'exprimer un concept.

3. Existence d'une structure profonde

Permettrait l'organisation de la production du sens.

(la structure de surface est une translation de la structure profonde)

On peut avoir plusieurs structure de surface à une même structure profonde.

→ Le sens de ce qu'on veut exprimer.

4. Existence d'universaux linguistiques

Sont des élément commun à toutes les langues comme la phonologie ou la syntaxe.

Éléments positifs dans la théorie de Chomsky :

- Des zones cérébrales sont spécialisés dans le traitement du langage (arguments neuroanatomiques)

Difficultés au niveau individuel :

- Il ne dit rien sur le système d'acquisition : comment le système d'acquisition fonctionne, comment il devient opérationnel ?
- Distinction entre structure de surface et profonde ne suffit pas à expliquer les différences individuelles dans la production langagière.

Une position socioculturelle

C'est l'idée que si on développe le langage c'est parce que **on aurait des besoins sociaux de communiquer.**

Cette théorie mise sur les interactions sociales et considère que les bébés apprennent à parler parce qu'ils sont des êtres sociaux. Ils veulent communiquer pour interagir affectivement. C'est un des moyens pour eux d'agir et qui leur est accessible.

Dans cette perspective, les bébés cherchent d'abord à comprendre les intentions des autres et vont acquérir les symboles linguistiques qu'ils voient comme un produit dérivé de l'interaction sociale.

Conclusion :

Aujourd'hui on envisage une position hybride.

C'est l'idée que chacune de ces théories est valable à un moment ou une autre de l'acquisition du langage.

- A la naissance, l'enfant est doté de plusieurs **mécanismes préprogrammés dès la naissance** qui permettent un certain nombre d'apprentissage.

- **D'autre part, le langage est un apprentissage particulier.**

La période de développement post-natale et sans langage est particulièrement longue, ce qui signifie que avant même de pouvoir s'exprimer, l'enfant acquiert de très nombreuses connaissances sur sa langue maternelle. Il va la comprendre sans pouvoir la produire.

Interaction : C'est pas simplement la stimulation réponse, l'enfant va être aussi acteur dans ces acquisitions.

Période entre 0 et 3 ans : période critique pour de nombreuses acquisitions, notamment pour la langue.

Période critique car on sait aujourd'hui que si l'enfant n'est pas exposé au langage au cours des 3 premières années de vie, il ne pourra pas mettre en place le langage.

II) Les stades du développement du langage

Quand on parle du langage on parle de production langagière mais y a aussi du langage comportemental qui fait aussi parti des moyens de communication.

L'enfant dès la naissance va être baigné dans cet échange

Quand situer le début du langage ?

Aujourd'hui on peut estimer que les débuts du langage sont pris dans un réseau de communication sans lequel on ne peut apprécier les acquisitions de la première année.

Au cours de la première année, les parents ne cherchent pas à apprendre le langage à l'enfant, il communique juste ensemble.

Dans cette phase pré-verbale, les parents parlent avec leur enfant et l'enfant est capable de comprendre et d'exprimer parfois des concepts de manière gestuelle.

Globalement tous les enfants passent par toutes ces étapes mais la vitesse de progrès varie beaucoup d'un enfant à l'autre.

A) Stade du babillage (environ 4 mois)

- On estime que cette phase est **la première étape d'acquisition du langage**.
- Cette phase a lieu pendant la première année pré-linguistique.
- Cela correspond à la **première forme de compréhension et de production du langage**.
- **Cette phase est importante pour l'acquisition des premiers mots.**

Les premières sonorités produites par l'enfant : pleurs, cris, rires... ils correspondent bien souvent à des expressions de différentes étapes physiologiques

Ces premières productions sonores sont limitées au niveau physique car il n'y a pas un développement suffisant des organes phonatoires.

Mais ces premiers sons sont interprétés par les parents et vont inciter à produire d'autres sons.

→ Petit à petit ces productions sonores vont être modulées par l'imitation.

Le babillage :

- Autour de 4/5 mois, **l'enfant va faire varier l'intensité sonore et leur hauteur.**

→ babillage

Ce babillage va évoluer par l'écoute attentive de l'environnement langagier.

- Des petites productions sonores chez l'enfant, et autour de 6/7 mois, on commence à observer des **répétition de syllabes**. (*généralement des syllabes simples (BA)*)
- Petit à petit la production syllabique se complexifie autour de 10 mois, on constate une augmentation de la répétition → babillage. (*La lallation*)

Ce phénomène de babillage est universel.

Cependant les adultes attribuent une signification importante à ces sons et notamment à certaines productions sonores de l'enfant.

Au cours des mois qui suivent les enfants vont produire un nombre croissant de mots propres à leur langue maternelle.

- **Le langage n'est pas une imitation directe du langage des adultes.**

Dans le babillage y a une diversité des phonèmes qui dépassent sa langue maternelle.

→ Cependant les enfants vont petit à petit perdre cette capacité à entendre des phonèmes qu'ils n'ont jamais entendu.

A la fin de la première année l'enfant est capable de maîtriser l'intonation de sa langue, son rythme, sa mélodie pour distinguer les mots.

B) Stade du mot-phrase (environ 12 mois)

La production des premiers mots apparaît alors que la capacité perceptive et discriminative sont déjà bien établis.

→ Ayant déjà appris que les sons véhiculaient une signification l'enfant commence à utiliser des sons pour transmettre une signification.

Au début ça va être à partir de répétitions syllabique que vont sortir les premiers mots. → **continuité du babillage.**

- La production des premiers mots marque l'aptitude de l'enfant à établir la **distinction fondamentale entre signifiant et signifié.**

→ Ils vont extraire des régularités de la langue

- Le premier vocabulaire est composé essentiellement de nom d'individu (maman, papa...)

Les premiers nom d'objet, de substance... et assez rapidement on voit apparaître des verbes.

- **Les premiers mots sont très approximatifs** aussi bien dans l'organisation phonologique qu'au niveau sémantique.

- *Au niveau phonologique* : L'enfant va apprendre à utiliser des stratégies de simplification.

- *Au niveau sémantique* : L'enfant fait des erreurs de surexcitations, de sur-généralisation, il va par exemple dénommer un concept par un mot identique.

(exemple : il va dire chaise au lieu de fauteuil, il généralise le concept de chaise à tout sur quoi on peut s'asseoir)

→ Ces erreurs témoignent de la capacité de l'enfant à extraire des régularités de la langue.

L'enfant acquiert au cours de cette période environ 10 mots nouveaux par mois.

- Autour de 16 mois, l'enfant est capable de prononcer une 40aine de mots.

Mais comprend beaucoup plus que ça.

- **L'adulte au cours de cette période est très important.**

Il est pourvoyeur de modèle linguistique et l'enfant va reproduire ce qu'il à entendu.
(écholalie)

L'adulte va pouvoir préciser les production sonore de l'enfant,

- On voit aussi apparaître de **holophrases** qui sont des contraction de plusieurs mots signifiants (exemple : Apu)

→ L'enfant devient alors capable d'exprimer ces intentions, va l'accompagner de gestes, cela lui sert à exprimer sa pensée.

A la fin de la 2nd année, vers 21 mois :

- L'enfant commence à construire des phrases correctes avec 2 mots.
- On va voir apparaître des **expressions exprimées par un style télégraphique** et comprend surtout des noms et des verbes.

Mais déjà l'enfant respecte les règles de syntaxe.

Ces **phrases** sont **très réduites grammaticalement**, mais sont expressives, fonctionnelles.

- On voit apparaître les **premières marques de politesse** et les premières constatations de l'enfant (c'est chaud, froid...)

Cependant ce qui est plus marquant à cette période :

- **Explosion lexicale**, le nombre de mots va croître très rapidement au cours de cette période.
 - Autour de 24 mois, l'enfant est capable d'utiliser environ 240
 - A 6 ans il est capable d'utiliser 2500 mots.

C) Stade à deux mots (environ 24 mois)

Le vocabulaire va augmenter de façon exponentiel et la syntaxe de phrase se développe rapidement.

- Autour de 3 ans : apparition du « je »
- Cette période : explosion des questions.

→ l'enfant essaye de se construire une représentation de son environnement.

L'enfant va redemander souvent la même question : soit parce que l'enfant n'a pas compris la réponse mais aussi pour voir si il y a une variabilité de la réponse.

D) 24 mois et plus

L'accès à l'écrit va être important pour accéder au développement syntaxique

Le langage se développe tout au long de la vie.

PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT TDs

Les compétences fœtales :

Les 5 sens du fœtus sont fonctionnels avant la naissance.

CXXII- L'audition : Elle **est fonctionnelle à partir de 6 à 8 semaines avant la naissance** mais les oreilles sont présentes rapidement après la conception. Le fœtus n'entend pas bien, **il faut environ 110 décibels pour que le fœtus entende un son clair**. Pour étudier les compétences fœtales, on étudie principalement le rythme cardiaque. Le rythme cardiaque augmente de 100% lorsqu'il entend un bruit de 110 décibels.

Le fœtus réagit à la nouveauté. Il différencie les hauteurs, les intensités. On peut dire que la perception auditive est assez riche chez le fœtus (à un niveau sonore assez élevé).

Le fœtus est capable de différencier si sa mère s'adresse à lui et à quelqu'un d'autre.

Tout ce qu'on observe chez le fœtus est présent après la naissance, c'est une **continuité transnatale**.

CXXIII- Le goût et l'odorat : Le système olfactif et gustatif dans la vie fœtale ne sont pas différenciés mais ça n'empêche pas de percevoir le goût et les odeurs assimilées par la mère. On suppose qu'il y a une différence culturelle pour le goût et l'odorat.

CXXIV- Les mouvements : Le fœtus perçoit les mouvements **par les muscles et le système vestibulaire**. Il a affaire aux mouvements de sa mère et à ses propres mouvements.

CXXV- La vision : Le système visuel fonctionne. Les stimulations visuelles que le fœtus reçoit sont limitées.

Les compétences du fœtus sont perceptives et non pas cognitives.

La stimulation intellectuelle du fœtus peut avoir des effets délétères sur le développement des canaux auditifs. De plus la mère s'investit moins.

Les compétences du bébé :

Les semaines suivant la naissance sont essentiellement composées de compétences perceptives.

- La perception auditive : Le bébé a une mémoire des morceaux de musique qu'il a entendu in utero, il ne réagira pas à ces morceaux après la naissance.
C'est une continuité transnatale.

CXXVI- La vision : On fait toucher à un bébé un objet qu'on lui présente ensuite visuellement avec un autre objet. On cherche à savoir s'il reconnaît visuellement quelque chose qu'il a touché. C'est **le transfert intermodal**. Le bébé s'intéresse davantage à l'objet nouveau qu'à celui qu'il a touché, il fixe le nouvel objet plus longtemps.

Le nouveau-né est avant tout attiré par les visages, il est capable de les reconnaître. Il est **capable de distinguer tous les visages humains** (noirs, blancs, asiatiques), mais également les animaux. **Avec l'âge, il y a une spécialisation sur les éléments auxquels on est confronté**. Cependant il y a une **plasticité**, le domaine de spécialisation peut se modifier. Il y a également un **intérêt pour le mouvement**, qui attire le bébé.

Pour les activités courantes, le bébé distingue un objet qui est utilisé de la bonne manière d'un objet utilisé de la mauvaise manière.

Les liens familiaux :

On prend mieux en compte la place du père aujourd'hui, vis-à-vis de la mère et du bébé avant et après la naissance. Le père est un forcé de prendre cette place.

06.10.2015

Relations sociales précoces entre enfants

- Jean Piaget = Modèle du développement cognitif

Relations interpersonnelles = 7 ans (Stade des opérations concrètes)

Période d'égocentrisme : incapacité à prendre en compte autrui, un autre point de vue

- Socialisation dès les premières semaines de vie (crèche)

Environ 3 ans : quasi-totalité des enfants à l'école maternelle (mi temps)

- Fin de la 1^{ère} année : Rôle socialisant des pairs reconnus par tous

Relations entre enfants d'âge différents

- +50% des relations concernent des partenaires d'âges différents

- Influence la qualité des interactions

Partenaires + âgés (18 mois -> 24 mois) : Plus de vocalises, action médiatisée par les objets, plus d'imitation

Sollicitation : demande d'aide

- Partenaires plus jeunes (4/5 ans -> 2/3 ans)

Adaptation de la complexité du message vocal

Sollicitation : Activité d'aide, d'assistance

- Différents rôles dans le processus de socialisation

Relations entre pairs : acquisitions des habiletés sociales dans le domaine des concessions mutuelles

Relations avec des enfants d'âge différents : expérimentation de relations d'autorité et de dépendance.

Relations entre enfants de même âge : Comportements sociaux

- Approche éthologique

- Institution d'éducation collective (crèche, école maternelle)

- Hubert Montagner (à partir de 1970)

Enfants de 6 mois à 3/5 ans

Répertoire **de 90 comportements sociaux** regroupés en **3 catégories** :

- 1) Les offrandes
- 2) Les sollicitations
- 3) Les menaces
- 4) Les agressions et les tentatives de saisie
- 5) Les isolements et les pleurs

Evolution avec l'âge et l'émergence de la communication verbale

Offrandes :

- Rares avant 9 mois
- Fréquentes entre 2 et 3 ans
- A partir de 3 ans : diminution et offrandes fictives
- Tendre ou lancer un objet à un autre enfant

- But :
 - CXXVII- Etablir, renforcer un lien d'apaisement
 - CXXVIII- Rétablir un contact suite à une période agressive (consoler, se faire pardonner)
- Accompagnées de vocalises ou de regards

Sollicitations :

- Présentes avant 9 mois
- Se poursuit à l'école maternelle
- Evolution de la forme :
 - CXXIX- Avant 9 mois : Recherche de manière active par le regard, pencher la tête sur le côté, sollicitation du partenaire ou de l'objet tenu en avançant la main
 - CXXX- A partir de 15 mois : pointer du doigt vers l'objet, sollicitations verbales et par le regard

Menaces :

- Suite à la convoitise d'un objet, d'une compétition, situation de conflit
- Lorsque l'enfant se fait mal tout seul, vis-à-vis de l'objet ou d'un autre enfant
- <2 ans :
 - CXXXI- Inorganisé, peut être sans raison ou associée à des offrandes ou sollicitations
 - CXXXII- Vocalisation aigue et ouverture de la bouche
- >2 ans :
 - Séquence de menaces
 - Liée à des situations de conflit, généralement brève
- Diminution vers environ 3 ans

Les agressions en tentatives de saisie :

- Suite à une compétition pour l'obtention d'un objet, l'occupation d'un territoire ou à un isolement
- Convoiter l'adulte privilégié
- Peuvent être non motivées
- Mordre, griffer, pincer, tirer les cheveux, pousser, coups de pieds
- Fréquent à partir de 15 mois

Relations entre enfants du même âge : profils d'adaptation sociale

- Approche éthologique au sein de groupes d'enfants
- H Montagner (1978) :
 - CXXXIII- 4 profils sociaux entre 24 et 36 mois
 - CXXXIV- Adaptation sociale : processus peu flexible
- Stayer (1989) :
 - CXXXV- 3 profils sociaux
 - CXXXVI- Adaptation sociale :
 - Processus flexible
 - Influence des caractéristiques de l'individu et des contraintes du groupe

Montagner (1978)

Dominants/ agressifs :

- Agressions fréquentes, spontanées, sans raison apparente
- Actes de menace, absences de réponses aux sollicitations
- Expriment et reçoivent moins d'offrandes
- Deux fois plus chez les garçons

Leaders :

- Actes de liens et d'apaisement fréquents
- Séquences de menaces mais peu d'agressions
- Accueillent les nouveaux arrivants, consolent ceux qui sont tristes, initient les activités

Dominant au comportement fluctuant :

- Fluctuent entre leaders et dominants-agressifs

Dominés :

- Crainitif : pleurs manifestations de craintes fréquentes
- Agressif : agressions sans raisons apparentes

Strayer (1989)

- Enfants retirés-inactifs** : faible implication sociale
- Enfants amicaux** : implication surtout affiliative
- Enfants engagés-dominants** : conduites agressives fréquentes

Facteurs d'influence :

Montagner :

- Posture parentale** à l'égard de l'enfant (facteur le plus évident)
- Environnement physique et social** dans lequel évolue le groupe (accueil individualisé, disposition côte à côte à table limite les conduites agressives)
- Variable physiologique** (sécrétion de cortisol)

Organisation de l'espace

- Zone d'activités démarquée** limite les conduites négatives
- Possibilité de **connexion visuelle avec l'adulte** = sert de base de sécurité et facilite l'activité sociale

- Combinaison de la **qualité des relations d'attachements et des caractéristiques du tempérament de l'enfant**

- Bronfenbrenner (1978)** : modèle écologique

Multiplicité des variables qui interagissent et orientent le style de comportement de l'enfant dans le groupe

Rôle des objets

L'objet : médiateur des interactions sociales entre pairs (*Mueller et al*)

- Objet « jouet » :
 - CXXXVII- Base des premiers échanges sociaux
 - CXXXVIII- Objets attractifs pour les pairs
 - Intérêt focalisé sur l'objet plutôt que sur le partenaire

- Développement de l'attention conjointe sur l'objet
- Donne la possibilité de s'intéresser à l'autre qui manipule un objet nouveau ou connu
- Objet = Moyen pour mettre en œuvre et consolider les compétences à interagir et à communiquer

Objet : entrave à l'apparition d'échanges sociaux (*Vandell et al ; Eckerman & Whatey*)

- < 12 mois : jouets ne facilitent pas les interactions
- Retraits des jouets :
 - CXXXIX- Augmentation des contacts sociaux enfant/enfant et enfant/adulte
 - CXL- Prépondérance de sourires, vocalisations, touchers et imitations
- Absence d'objets :
 - CXLI- Augmentation de l'activité gestuelle globale
 - CXLII- Accroissement de la probabilité de contact corporel
 - CXLIII- Toucher, être touché, rendre les contacts

Rôle de l'imitation dans les relations sociales entre pairs

- A 18 mois : observation de conduites d'imitation entre pairs
- Instrument de dialogue non verbal particulier : celui d'imiter et d'être imité
- 3 composantes d'une communication :
 - CXLIV- Synchronie
 - CXLV- Distribution des rôles
 - CXLVI- Attention conjointe
- **Imitation -> outil d'interaction sociale, moyen d'échange**
- Seule l'imitation **immédiate et synchrone** est un moyen de communication et d'échange
- Imitation : mode d'échange prépondérant entre pairs à **30 mois**
- Emergence et maîtrise du langage (**48 mois**) -> diminution voire disparition de l'usage de l'imitation comme moyen de communication

Le développement émotionnel

Dès la naissance on a plusieurs compétences et l'on se développe sur plusieurs dimensions dont le développement émotionnel. **Le premier mode du nourrisson étant les émotions. C'est à travers ses émotions que le bébé peut exprimer son mal-être, à travers les sourires, etc.** Il va pouvoir communiquer avec l'extérieur et notamment ses parents avec les émotions. Les émotions sont le principe initial de toute communication, qu'elle soit verbale ou non verbale.

2) Vie émotionnelle

Il y a 2 facettes :

CXLVII- La partie visible, ce que l'on exprime

CXLVIII- La partie invisible, ce que l'on ressent

On distingue les 2 aspects car **parfois certaines émotions sont exprimées sans avoir rien senti. Cela n'est pas valable pour le nourrisson cependant.** En règle générale, ce que l'on ressent doit être compatible avec ce que l'on exprime **mais il existe pourtant des émotions feintes.**

La partie visible ce sont toutes les expressions émotionnelles, autrement dit tout un ensemble de réactions motrices. Une grande partie de ces réactions motrices au lieu au niveau du visage, c'est ce qu'on appelle des mimiques.

Chez le nourrisson, il y a des décharges musculaires dans l'ensemble du corps.

Ikman & Friesen distinguent **depuis les années 70**, 6 émotions fondamentales :

- a. Joie
- b. Tristesse
- c. Peur
- d. Dégoût
- e. Colère
- f. Surprise

Ils considèrent qu'elles sont **fondamentales car elles sont présentes dès la naissance.** Ce sont des **émotions innées correspondant à des affects/ressentis différents.** Ces auteurs ont étudié différentes populations, notamment différents peuples et ils se sont aperçus que **chez tous les peuples on observe ces 6 émotions.** Elles sont mêmes visibles chez les anthropoïdes (singes proches de l'homme, chimpanzé, gorille, orang-outan).

Ces émotions vont se complexifier avec l'avancé en âge, on va trouver plusieurs nuances de chaque émotion. **L'entourage proche va renforcer les expressions émotionnelles et leur attribuer une signification.** L'entourage attribue du sens à la production émotionnelle de l'enfant. L'enfant va alors pouvoir communiquer avec l'autre.

Friedman a étudié les émotions chez les bébés aveugles de naissance et il a constaté que même chez ces enfants, ils pouvaient produire ces expressions émotionnelles mais **au fil des mois le sourire va disparaître du visage de l'enfant parce qu'il n'y a pas le renforcement visuel de**

l'entourage aux expressions émotionnelles de l'enfant. Ils peuvent ressentir des émotions sans pour autant les exprimer.

On va produire une expression émotionnelle suite à un événement déclenchant. Une parle ici de production émotionnelle discontinue. Les émotions sont catégorielles.

3) Prise de conscience de son entourage

Certains pédiatres et psychologues estiment que **les émotions reflètent la « vitalité » » de l'enfant. Cependant certains enfants peuvent avoir une grande vitalité et l'exprimer peu** (cas d'enfants autistes).

Wallon s'intéressait au développement affectif et au développement social de l'enfant. Pour lui, le développement social est au centre du développement, contrairement à Piaget. Cependant le point commun des 2 théories, ce sont les stades. Pour Wallon, les stades peuvent se chevaucher, alors que chez Piaget ils sont linéaires. Wallon détermine des phases centripètes et centrifuges.

Wallon définit un premier stade « le stade émotionnel ». Ce stade émotionnel se divise en 2 parties :

CXLIX- **Période de l'impulsivité motrice :** Elle couvre à peu près les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. L'apogée de cette période a lieu vers 3 mois environ.

A la naissance, l'enfant est complètement dépendant de son entourage. Avant la naissance, tous les besoins de l'enfant sont satisfaits automatiquement. **Après la naissance, l'enfant doit manifester son insatisfaction pour qu'on puisse satisfaire ses besoins. Cela s'exprime par des décharges musculaires impulsives, non contrôlées par l'enfant donc impulsives. Progressivement, ces réactions musculaires deviennent expressives grâce à la réponse de l'entourage. Lorsque l'entourage satisfait le besoin de l'enfant, il confère une signification à ces décharges musculaires. Les agitations de l'enfant deviennent des moyens d'expression de son état de tension.**

D'un côté il y a l'enfant qui s'exprime et de l'autre les parents qui apprennent à interpréter les réactions de l'enfant. Ce n'est pas juste un échange entre stimulus et réponse. En fonction des réponses des parents, l'enfant ajuste son expression, de même les parents tentent d'ajuster leurs réponses.

Ce premier mode de communication n'est pas simplement une réponse parentale aux besoins de l'enfant.

CL- **Phase émotionnelle :** Elle commencerait autour des 3 mois et va couvrir les 12 premiers mois de vie de l'enfant avec une apogée entre 6 et 7 mois. Cette phase caractérise la **prépondérance des émotions** pour pouvoir communiquer.

Pour Wallon, **la production émotionnelle organise la vie psychique**, il dit que les productions émotionnelles sont les « premières manifestations visibles de la vie psychique de l'enfant ».

C'est la base de la sociabilité car petit à petit l'enfant va prendre conscience des situations des lesquelles il est impliqué et va progressivement pouvoir anticiper ces situations.

Pour résumer, ces expressions émotionnelles permettent à l'enfant d'exprimer des besoins

internes (mal, faim, etc.) mais va lui permettre aussi d'agir sur autrui.

4) Capacité à agir sur autrui

Wolff (1969) s'est intéressé aux cris de l'enfant. Ils peuvent être de différentes natures :

- CLI- **Cris liés à la faim** : Ils **commencent doucement puis montent en intensité** si les parents ne réagissent pas tout de suite (cris graduels). Ils sont **rythmiques car répétitifs**
- CLII- **Cris liés à la douleur** : **Brusques, arythmiques**
- CLIII- **Cris liés à la colère** : **Puissants, prolongés** (peuvent continuer même après la satisfaction des besoins)

Les parents doivent décoder petit à petit ces cris. Wolff s'est demandé si l'enfant lors de ces productions émotionnelles ne cherchait qu'à satisfaire un besoin ?

L'enfant attend cet échange avec le parent qui s'occupe de lui. Ce qui apparaît c'est donc le concept d'attachement (Bowlby). Quand on s'occupe du bébé quand on le manipule, il y a une gestualité dont l'enfant a autant besoin que de la satisfaction du besoin lui-même. **L'enfant est alors capable de provoquer l'échange corporel et verbal avec les parents. Il y a des différences entre le père et la mère** (pour le porter, lui parler, le toucher, etc.) **et l'enfant est capable de reconnaître ces différences.**

5) Capacité à percevoir les visages

On estime qu'autour de 4 mois de vie, le nourrisson est capable de différencier un visage d'un non visage. Dès la naissance, l'enfant a une préférence pour les visages humains. Cette distinction entre visage humain et non humain on peut parfois même l'observer à 2 mois.

Vers 4 mois également, le nourrisson fait la distinction entre le visage de sa mère et le visage d'une autre femme, même lorsqu'on leur présente le visage de la mère pendant 350 ms.

Lorsqu'on leur présente des figures, dès la 1^{ère} présentation l'enfant sourit mais on s'aperçoit qu'il y a une particularité pour les visages : ils sourient et vocalisent (TF plus long). Il va se désintéresser très vite du visage si ce dernier ne lui répond pas (une photo par exemple). **Le sourire est donc un outil de communication.** Le nourrisson est intéressé par la nouveauté et se désintéresse donc rapidement des choses qu'il connaît déjà.

Juste après la naissance (2-3 jours après), il y a un intérêt du nourrisson pour les visages en mouvement, c'est-à-dire qui expriment une émotion (traits du visage qui bougent) **à l'exception de celui de sa mère : il va préférer le visage même statique de sa mère à celui en mouvement d'une autre personne.**

6) Capacité à discriminer et reconnaître les émotions

a. Discriminer

Dès la naissance, l'enfant est capable d'imiter certains gestes (ex : tirer la langue). On a pu observer des capacités assez rudimentaires au début de discriminations des émotions. **L'enfant est capable d'associer des émotions à un visage mais aussi de les différencier.**

La différenciation est rudimentaire car d'une part **l'enfant préfère les visages qui expriment la joie.** Ces capacités de discriminations sont assez limitées dans le sens où **si 2 émotions négatives sont présentées, l'enfant ne saura pas les différencier.** La valence des 6 émotions étant positive ou négative. **L'enfant est capable de discriminer les émotions positives des émotions négatives vers 3-4 mois.**

b. Reconnaître

Reconnaître ces émotions sur un visage demande plus de temps à partir de 3-4 mois.

Joie, colère, tristesse sont assez bien reconnues autour de 3 ans environ. Cette reconnaissance devient excellente vers 5-6 ans.

Peur, surprise, dégoût sont assez bien reconnues entre 3 et 5 ans mais elle augmente progressivement jusqu'à l'âge de 10 ans où elle devient bonne voire excellente.

Ces résultats montrent que l'enfant peut produire des émotions sans être capable de les reconnaître chez les autres.

Pour bien reconnaître les émotions, il faut être exposé à des visages exprimant ces émotions.

7) Capacité à attribuer une signification aux émotions

➤ la référenciation sociale

Autour de 12 mois, lorsque l'enfant est en situation d'incertitude (n'arrive pas à reconnaître l'expression émotionnelle) il va interpréter l'expression faciale de sa mère pour pouvoir moduler sa réponse face à cette situation.

Si la mère montre une réaction d'inquiétude, l'enfant va produire la même émotion que la mère et parfois l'enfant se positionne physiquement derrière la mère.

Lorsqu'on demande à la mère de produire une expression joyeuse, l'enfant ne produit pas systématiquement de sourire. Ce n'est donc pas un comportement d'imitation. L'enfant interprète la réaction de la mère mais il interprète aussi la perception qu'il a de la situation.

Résumé de cette partie sur le développement émotionnel de l'enfant :

I) Vie émotionnelle

Deux facettes des émotions, ce que l'on ressent et ce que l'on exprime.

Six émotions fondamentales: - joie

- colère

- surprise

- tristesse

- peur

- dégoût.

Ces émotions sont reconnaissables par des réactions motrices, musculaires => **mimiques**: expression faciale émotionnelle (Ekman), autres parties du corps, principalement chez le jeune enfant.

On estime aujourd'hui que les mimiques sont des **réactions innées** car on les retrouve chez tous les peuples, mais également chez les grands primates.

Les nouveaux-nés sont capables d'imiter les mimiques de l'autre.

Ces expressions faciales sont un **support au langage verbal** => les émotions participent à la communication verbale. Elles apportent des **nuances**.

-> Progressivement, ces émotions vont évoluer, se développer => **attribution d'une signification sociale**.

On peut ressentir une certaine émotion tout en exprimant une autre. Parties visible et invisible => chez l'enfant, il n'y a pas cette distinction.

Certains enfants vont avoir du mal à exprimer leurs émotions => pathologie (troubles psychotiques ou autistiques...)

II) Prise de conscience de l'entourage

Wallon est complémentaire à Piaget. Approche plus globale de l'individu. Le premier stade proposé par Wallon => **stade émotionnel**.

-> Impulsivité motrice de 0 à 6 mois (apogée à 3 mois). L'enfant va devoir communiquer son insatisfaction => **réaction motrice impulsive** -> expressive au cours des 6 premiers mois. Les parents s'ajustent à la demande de l'enfant. En contrepartie, l'enfant va devoir ajuster sa réaction aux demandes des parents.

-> Le stade émotionnel 3 mois -> 1 ans (apogée à 6 mois). Après un an, se sont les babillages qui sont privilégiés. Pour Wallon, autour de 5 mois, les expressions émotionnelles sont suffisamment différenciées => **premières manifestations observables de la vie psychique de l'enfant**. Les émotions pour Wallon permettent à l'enfant d'exprimer des états internes mais également une capacité à agir sur autrui.

III) Capacité à agir sur autrui

* Cris -> les cris se différencient selon les besoins de l'enfant: - faim: progressifs, répétitifs, rythmiques

arythmiques, longues pauses

- douleur: brusquement,

prolongés.

- colère: puissants et

Les cris sont-ils une simple expression de besoins internes?

Etude de Wolff => **lien d'attachement** à ceux qui s'occupent de lui. Les réactions émotionnelles vont lui permettre de maintenir ou de provoquer le contact avec l'adulte.

IV) Capacité à percevoir les visages

Dès 4 mois, l'enfant est capable de faire la différence entre un visage humain et un visage non humain.

Travaux de De Schonen => différenciation du visage maternel avec d'autres visages même si le stimulus est présenté très brièvement.

Le bébé sourit aux visages, mais progressivement, désintérêt (pas de réponse).

Préférence des nouveaux-nés pour les visages humains, ainsi que des visages en mouvement (sauf visage de la mère).

V) Capacité à discriminer et reconnaître des émotions

* Discriminer des émotions => cette capacité semble émerger autour de 4 mois. Surtout discriminer la joie des autres émotions, préférence pour les visages joyeux. Distinction entre les émotions positives et négatives, mais pas de différenciation d'entre les émotions négatives -> capacité de discriminer les **valences émotionnelles**.

* Reconnaissance => entre la 2e et la 3e année

Joie, tristesse, colère => reconnaissance assez bonne autour de 3 ans et excellente autour de 5-6 ans.

Peur, surprise, dégoût => reconnaissance assez bonne autour de 5-6 ans et progression jusqu'à environ 10 ans.

VI) Capacité à attribuer une signification aux émotions d'autrui

1) La référenciation sociale

Autour de 12 mois, lorsque l'enfant est en situation d'incertitude, il va moduler son comportement en fonction de l'expression faciale de sa mère. **Activité évaluative et interprétative** des expressions faciales d'autrui.

L'enfant ne réagit pas forcément de la même manière que la mère. Deux prises d'informations, la sienne et celle de sa mère.

2) L'empathie

Compréhension de l'état émotionnel de l'autre.

Deux composantes de l'empathie: - affective, elle fait référence à la réponse émotionnelle qui est soit similaire, soit adaptée à une situation vécue pour l'autre personne.

- cognitive, compréhension de l'état émotionnel de l'autre.

Dans certaines pathologies infantiles, les réponses émotionnelles ne sont pas forcément adaptées.

=> Avant 12 mois, primitives de l'empathie => **contagion émotionnelle**. Après 12 mois; distinction de soi et d'autrui. 13 -> 36 mois => progression de l'empathie chez l'enfant.

Le développement affectif et social

Actes de saisie => de moins en moins appréciées.

Menaces => gestes ou vocalises.

Agression => l'occupation d'un territoire ou la possession d'un objet.

Isolements => mal compris par l'adulte. Les enfants comprennent le comportement des enfant qui s'isolent, ils en ont besoin.

Imitations => meilleur moyen pour lier une amitié.

24 à 36 mois: comportements affiliatifs les plus fréquents => imitations immédiates, jeux de fiction.

Comportements agressifs: augmentation des menaces, diminution des agressions => influence du langage.

Les troubles du langage

Trouble de la compréhension et/ou du langage, le plus souvent oral.

D'une manière générale, on estime qu'un enfant autour de trois ans, a acquis les bases du langage. A trois ans, on peut observer chez certains enfants qu'ils ne parlent pas => bilans tous les 6 mois.

Il faut de plus considérer l'ensemble du développement de l'enfant => certains enfants acquièrent tout lentement. Mais chez certains enfants, difficulté au niveau du langage sans qu'il soit pour autant lent dans les autres domaines de développement.

Pour le langage, plus les troubles sont pris précocement, plus l'enfant va rattraper son retard => paradoxe, le développement est très singulier, il faut être prudent avant de diagnostiquer un trouble du langage. Parfois, problèmes liés, par exemple, un enfant qui n'utilise pas le "Je".

Deux troubles: - troubles développementaux => pas d'acquisition du langage.

- troubles acquis => personne ayant acquis le langage, qui vont mener à une perte du langage totale ou partielle.

- causes périphériques.

I) Causes périphériques des troubles du langage: l'exemple de la surdité

Le langage n'est pas inné => aires cérébrales spécifiques au langage => mais il faut y être exposé.

Il existe plusieurs formes de surdité:
déficiência du canal auditif

- **surdité sévère** (ou profonde) => dès la naissance,

- **surdité moyenne ou légère**, pas toujours détectée très tôt. Certains enfants ne vont pas entendre correctement tous les sons.

- **surdité unilatérale** => personne n'entendant pas d'une oreille par rapport à l'autre => pas de conséquence sur le langage.

- **surdité évolutive** => surdité qui va s'installer entre 15 et 25 ans -> pas de problème sur la mise en place du langage => difficulté de compréhension.

- **périodes prolongées fréquentes d'hypoacousie** => perte de l'acuité auditive. Entre 0 et 3 ans parfois, beaucoup d'otites. Perte de certaines connaissances auditives.

II) Troubles du langage liés à des lésions cérébrales

=> pathologie acquise.

Aphasie = personnes ayant acquis le langage et qui vont en perdre l'usage soit en partie soit en totalité.

Causes possibles chez l'enfant: - traumatismes périnataux -> traumatismes les moins fréquents (phénomène d'anoxie au moment de la naissance, mère consommatrice de drogue pendant la grossesse)

- maladies infectieuses => méningites

- traumatismes crâniens (T.C) -> accidents de la route, jeux...

=> **plasticité cérébrale** = lorsqu'une zone est lésée, compensation de ses fonctions par les aires environnantes.

1) Aphasies

+ Aphasie de Broca (lésion de l'aire de Broca) => aphasie de production = patients qui ont des troubles de prononciation de la production orale => limitation de la construction des phrases pour se faire comprendre.

+ Aphasie de Wernicke (lésion de l'aire de Wernicke) => aphasie de compréhension = patients n'ayant aucune difficulté pour parler, mais ils ne comprennent pas le discours des autres et ont du mal à effectuer un discours compréhensif.

=> **troubles aphasiques** => difficulté de faire du localisationnisme.

Symptomatologie: 4 types de déficit: - perturbations phonétiques => déviation phonétique = remplacement de certaines syllabes par des syllabes plus proches.

=> paraphasies

phonétiques = remplacement de syllabes (pas toujours des sons proches)

- perturbations lexicales => anomie (= manque de mot) => utilisation de périphrase ou synonyme.

=> paraphasies

sémantiques = substitution d'un mot par un mot appartenant à la même catégorie sémantique.

=> paraphasies verbales =

substitution par un mot n'appartenant pas à la même catégorie sémantique.

- perturbations syntaxiques => perturbation de la construction des phrases -> agrammatique (style télégraphique) = patients qui vont omettre les déterminants, les mots de liaisons.

-> dysyntaxie = patients qui ne vont pas utiliser la bonne forme morphologique des mots.

- perturbations discursives => incohérence dans le discours.

Tous les patients ne vont pas être atteints de toutes les dimensions => importances des déficits + étendue des troubles qui permettent une prise en charge adaptée.

Lorsque l'aphasie survient chez l'enfant, on assiste à une récupération du langage à un niveau antérieur à celui de la lésion. Certains vont progresser plus lentement, et puis, pour d'autres enfants, cette limitation langagière peut avoir des conséquences sur d'autres fonctions cognitives.

2) Troubles du langage liés au développement

a. Retard global du développement

Les tests d'intelligence vont permettre de qualifier et de quantifier un retard global du développement (ex: WISC=> Weschler Intelligence Scale for Children) => ces tests permettent d'obtenir un QI (normal: environ 100). Deux types de QI: - verbal

- performance.

Classification du retard de l'enfant:

- débilité légère
- débilité moyenne
- débilité sévère ou profonde
- arriération mentale.

=> On va essayer d'intégrer le plus possible, les enfants souffrant de débilité légère dans une école normale.

Institut médico-pédagogique et IME pour les débiles moyens et profonds.

=> Enfants ayant un profil développemental dysharmonieux => enfants pour qui nous avons détecté des différences entre le QI verbal et le QI performance => prise en charge spécifique pour ces enfants.

b. Troubles du langage liés aux psychoses infantiles

Distinction entre les psychoses précoces et les psychoses à expression tardive => classification de l'OMS.

Les psychoses précoces => enfants de moins de 3-4 ans (psychoses autistiques, symbiotiques = angoisses lors de la perte d'un Objet spécifique, déficitaires = psychose associée à un trouble spécifique du développement).

Les psychoses à expression tardive => enfants de plus de 3-4 ans, bien que les origines soient antérieures => souvent on retrouve les causes dans l'histoire familiale de ces enfants. On va retrouver certains symptômes: - Isolement

- Instabilité

- Délires

- **Angoisse**

On va retrouver plusieurs troubles du langage possibles: - Indifférence au langage = on a l'impression que les enfants ne font pas la distinction entre les sons et les sons langagiers -> absence totale d'écoute et de compréhension.

n'utilisent pas le langage pour communiquer => souvent défense par rapport à l'adulte en se taisant.

- Mutisme = enfants qui

langage uniquement pour eux-mêmes.

- Soliloque = enfants utilisant le

répétant à la fin de nos phrases.

- Echolalies = mes enfants

notamment chez les enfants autistiques = enfants produisant des mots sous formes répétitives. Ces stéréotypies verbales apparaissent souvent dans des situations de stress ou d'angoisse.

- Stéréotypies verbales =>

enfants ayant des difficultés de construction identitaire, parfois pas d'action communicative non verbale (pointage, attention conjointe, rapport oeil à oeil...).

- Inappropriation du "Je" =

c. Troubles essentiels du langage

* **Retards simples du langage** = enfants qui présentent environ deux ans de retard par rapport aux autres enfants de leur âge.

Anamnèse importante => ce sont des enfants chez qui on a pu observer une absence de babillage au cours de la première année. Cela peut s'expliquer par des otites fréquentes ou par le fait que ce sont des enfants qui progressent plus lentement, ou alors parce qu'ils évoluent dans un milieu langagier inapproprié (surstimulation, ou milieu langagier pauvre). => Ces retards n'ont en général pas de conséquences graves pour l'enfant. **Parfois**, il s'en suit une dyslexie ou dysorthographe et parfois un léger bégaiement.

* **Dysphasies** = > troubles de la mémoire, notamment de la MDT => empan très faible (enfants ayant du mal à répéter des mots de plus de trois syllabes, ils n'arrivent pas à suivre une

conversation à un débit normal). Cet empan très faible a un impact sur les activités de lecture, d'écriture, de compréhension et de production orale chez l'enfant.

=> troubles importants des fonctions exécutives (raisonnement, capacité d'inhibition, concentration...) sur un plan langagier, on peut voir une incohérence du discours chez ces enfants. Ils ont du mal à avoir un dialogue. On a toujours l'impression d'avoir besoin de leur réapprendre des choses.

=> Anomie (manque du mot)

=> Conséquences directes sur le langage. Cependant, les enfants dysphasiques n'ont pas de déficience intellectuelle en soi.

=> Troubles du comportement sous-jacents à leur pathologie.

Cependant, on peut observer chez certains enfants, des troubles psychomoteurs, des déficiences de repérages spatio-temporels, des troubles graphiques.

La dysphasie en elle-même ne permet pas de classer un enfant => il faut voir l'étendue et l'intensité des troubles. Il n'existe pas aujourd'hui de structures adaptées pour les enfants dysphasiques.

* **Cas d'audi-mutité** = enfants entendant muets. On retrouve tous les symptômes de la dysphasie mais beaucoup plus prononcés => enfants qui ont envie de communiquer mais incapables de le faire correctement avec le langage. Ce sont des enfants qui ne progressent absolument pas. Pas de prise en charge possible.

ENTRETIEN EN PSYCHOLOGIE SOCIALE CMs

1) Objectifs et contenus du cours

I) Objectifs

Se familiariser avec la technique de recherche = mode de recueil des données à visée scientifique.

L'entretien de recherche est conçu comme une méthode qui met en jeu des procédés concrets, il ne s'agit pas d'une simple conversation.

II) Contenu

- + Notions théoriques et méthodologique sur l'entretien de recherche
- + Types d'entretien de recherche
- + Place de l'entretien dans la recherche
- + Manières d'interviewer

2) Les méthodes qualitatives

L'entretien de recherche fait parti des méthodes qualitatives, en psychologie cette méthode s'oppose aux méthodes expérimentales et aux méthodes quantitatives.

I) Les différences avec les autres méthodes

1) La méthode expérimentale

Elle place le sujet dans des relations artificielles et contrôlées du point de vue des variables.
Exemple: l'expérience de Milgram -> recherche sur le degré de soumission des individus.

2) La méthode quantitative

Elle renvoie à des travaux de recherche où les individus doivent répondre à des questions fermées
=> les résultats peuvent être transformés en données chiffrées.

II) Quelles techniques de recueil pour la recherche qualitative?

La recherche inclut tous les types d'entretiens (directifs, semi-directifs, non directifs) ainsi que les questions ouvertes. Elle regroupe également ce qu'on appelle l'observation (grille d'observation), on peut également s'appuyer sur des matériaux qui existent à l'insu des chercheurs (ex: forum de discussion...). Ainsi que des matériaux personnels comme les lettres ou journaux intimes, ex: la recherche de Thomas et Znaniercki => lettres des paysans polonais à des membres de leurs famille

ayant immigrés aux Etats-Unis => collecte du matériel par annonce dans les journaux.

On peut aussi utiliser les dessins, les photos, les films, les pubs... (ex du test de S. d'Armour sur le dessin du comportement alimentaire).

III) S'agit-il uniquement de techniques de recueil de données

Non, car elle englobe aussi des techniques d'analyse (analyse de contenu et rarement des statistiques) avec des techniques d'analyse, on va avoir envie d'approfondir des logiques (classification des individus qui répondent de telle ou telle manière).

La technique qualitative traduit un engagement spécifique du chercheur => le type d'analyse des objets, c'est-à-dire que le chercheur va privilégier la compréhension et l'approfondissement des logiques individuelles au dépend des règles.

Le chercheur s'adapte à un contexte social qu'il ne crée pas. Il va tenir compte de l'interaction entre lui et l'individu => attitude réflexive -> reconnaître et comprendre son influence sur l'objet de recherche.

La problématique est toujours en train de se construire dans la recherche qualitative. Elle s'appuie sur la **Grounded Theory** de Glaser et Strauss (1967, Ecole de Chicago). Selon eux, il faut simplement lire plusieurs fois les entretiens de recherche pour faire graduellement émerger une analyse théorique.

Etant donné qu'il y a une flexibilité dans la recherche qualitative, il est possible que les méthodes évoluent pendant le recueil de données.

IV) Ces méthodes qualitatives sont-elles uniquement propres à la psychologie?

Cette méthode est principalement utilisée en sociologie, elle a ainsi été empruntée par la psychologie. On trouve aussi une prédominance de cette méthode en anthropologie sociale (éthnologie).

V) La recherche qualitative et l'Ecole de Chicago

L'Ecole de Chicago est une école de pensée sociologique américaine apparue au début du XXe siècle dans l'université de Chicago (qui a été le premier département de sociologie au monde). Les sociologues de cette Ecole consacrent leurs recherches aux phénomènes à l'intérieur des villes. En effet, les bouleversements sociaux liés à l'industrialisation, l'immigration, le développement des grandes villes etc... a grandement intéressé ces chercheurs dans le but d'améliorer les conditions de vie des individus et aussi la compréhension de la vie urbaine (cela a donné lieu à la sociologie

urbaine et à l'écologie humaine => domaine d'étude qui cherche à étudier entre les individus et leur environnement).

La recherche qualitative effectuée par l'Ecole de Chicago répond d'abord à des problèmes sociétaux.

La recherche qualitative connaît un développement immense depuis les années 80 => surtout dans l'étude de marché.

VI) Méthodes qualitatives et psychologie

La méthode qualitative est plutôt délaissée en psychologie principalement face aux méthodes expérimentales. Idéal de la scientificité sur le modèle des sciences "dures" => diminution de l'impact de l'influence du chercheur.

L'avènement du behaviorisme a d'ailleurs contribué à ce modèle car il a mis l'accent sur l'étude du comportement.

La méthode qualitative est de plus en plus utilisée depuis les années 80.

VII) Opposition ou complémentarité entre méthodes qualitatives et méthodes expérimentales?

Au nom de la science, la méthode qualitative était considérée comme infondée car le chercheur a une influence particulière.

Expérimentale => Hypothèses spécifiques qui permettent d'isoler des variables, d'identifier des lois (caractère nomothétique)

=> vision déterministe qui réduit la recherche de la réalité sociale.

-> recherche fondamentale (causalité)

-> paradigme positiviste (A.Comte)

-> laboratoire

Méthode qualitative => elle sert à décrire des situations en train de se produire, exploration d'un phénomène de manière approfondie (caractère idiographique)

=> impossible de faire des inférences, de généraliser -> symptomatique

-> recherche appliquée

-> paradigme constructionniste (production de sens par les individus, théorie de Kant et constructivisme)

-> terrain

Adorno (1950) => personnalité autoritaire => l'un des premiers à considérer ces deux méthodes comme complémentaires. Il tente de montrer que la personnalité autoritaire est le résultat de tendance émotionnelle profonde => lien avec l'éducation. 2000 sujets soumis à des échelles d'attitudes. Fin de recherche plus qualitative => entretien et test projectif à 80 personnes. La méthode expérimentale permet au chercheur de généraliser des résultats tandis que la méthode qualitative permet au chercheur d'obtenir de la profondeur.

3) L'entretien de recherche, définitions

Il existe différentes formes d'entretiens: l'entretien d'embauche, de journalisme, thérapeutique etc... Variété de situations qui dépassent le cadre de recherche ou thérapeutique. Ces situations différentes par leurs objectifs mais aussi par l'attitude de l'intervieweur.

L'entretien de recherche est utilisé dans plusieurs domaines de la psychologie, assez fortement en psychologie sociale en raison de la richesse des informations qu'il permet d'obtenir en méthode unique ou en complémentarité à d'autres méthodes.

Le "critère de connaissance" pour distinguer l'entretien thérapeutique de l'entretien de recherche. Blanchet "L'entretien de recherche vise la **connaissance objectivante** d'un objet à partir de **contenus subjectifs**" (ex de la recherche sur l'homoparentalité). L'entretien de recherche implique que l'on aide le patient **à élaborer une pensée subjective** qui reste singulière et peu communicable.

L'entretien de recherche: "L'entretien de recherche est un entretien **entre deux personnes** (il peut aussi être étendu à un groupe), un intervieweur et un interviewé, **conduit et enregistré par l'intervieweur**. Celui-ci a pour objectif de favoriser **la production d'un discours de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche**" (Blanchet 1985).

Discours spécifique de l'intervieweur => conduit dans le but => faciliter l'expression de l'interviewé.

Discours de l'interviewé => discours cohérent et structuré.

=> L'objectif de l'entretien de recherche est de comprendre le sens que l'interviewé donne à un phénomène, à une expérience... Comment l'interviewé considère le monde, les autres, lui-même. De plus l'intervieweur adopte une attitude non directive.

Pour conclure, afin de distinguer ces deux entretiens, on doit se poser deux questions: - A qui incombe la demande d'entretien?

- Quel est le but de cet entretien?

La distinction entre ces deux entretiens peut être discutable, la frontière peut être très fine.

Tout ce que l'interviewé dira pendant l'entretien sera une version déformée de ce qu'il pense ou de ce qu'il a vécu. Deux explications: - on ne peut pas parler de tout

- l'information doit être évaluée dans la relation conversationnelle entre l'interviewé et l'intervieweur => relation d'ordre psychologique sociale, dans la mesure où les deux protagonistes peuvent s'influer mutuellement.

4) Attitude non directive (Carl Rogers 1942)

L'attitude non directive concerne l'attitude du chercheur pendant l'entretien => en vigueur dans tous les types d'entretien de recherche, elle est censée favoriser l'expérience authentique de l'interviewé.

I) Qu'est ce que cette attitude implique?

1) L'empathie

=> L'écoute réceptive de l'autre. Il s'agit d'écouter un individu, elle est définie comme une attention spéciale envers autrui. "Constitue par la présence psychologique forte, l'effort de compréhension en excluant l'entraînement affectif personnel autant que le jugement." (Mucchielli 2004)

2) La considération positive du répondant

De manière bienveillante, tout en conservant une distance. L'intervieweur doit maîtriser ses réactions, afin de laisser l'interviewé parler spontanément => **neutralité bienveillante**.

L'objectif de cette attitude non directive est d'acquiescer la confiance de l'interviewé.

II) L'attitude non-directive renvoie aux aspects précis

Attitude non directive et questions claires => perspective large et ouverte.

L'intervieweur doit respecter l'interviewé et doit essayer de garder sa neutralité.

Inviter l'interviewé à approfondir son discours. L'attitude verbale doit être en accord avec l'attitude non-verbale.

III) Les origines de la non directivité

1) L'Ecole humaniste

La notion de non directivité a été introduite par Carl Rogers en 1942 à partir de son expérience en tant que psychothérapeute.

Rogers appartient à l'Ecole humaniste, cette école croit aux côtés positifs de la personne => possibilité d'un développement positif pour la personne. Cette école est considérée comme novatrice par son opposition au mouvement psychanalytique (qui considère que les pulsions dominent l'individu).

L'Ecole humaniste de Maslow => théorie de la motivation. Selon Maslow, il existe une tendance naturelle chez l'homme à la réalisation de soi. Elle s'oppose aussi à la vision behavioriste qui est déterministe.

2) Carl Rogers (1902-1987)

Rogers est un psychologue américain à l'origine du *counocling* (relation d'aide). Pour lui, la relation d'aide contribue au développement des ressources de l'individu. Le thérapeute avec ses attitudes contribue à ce développement.

Pour Rogers, la psychothérapie est une rencontre entre deux hommes, le thérapeute et le patient. "Les seuls facteurs opérants de la part du thérapeute sont ses dispositions profondes envers le patient, le degré plus ou moins grand de ses disponibilités à l'égard de ses propres émotions et de celles du patient et son degré d'authenticité."

Cette notion de Carl Rogers a été reprise par la communauté scientifique pour l'utiliser dans l'entretien de recherche => pour tout entretien qui utilise un protocole de neutralité bienveillante.

Cette notion a été critiquée par plusieurs chercheurs, elle est considérée comme illusoire, car l'intervieweur finit toujours par influencer l'interviewé => courant en sociologie qui rejette cette attitude (Kaufman).

Selon Blanchet, la non directivité correspond à "un ensemble de conduites d'un intervieweur qui vise la production par un interviewé d'un discours continu et structuré sur un problème donné."

Et donc selon lui, l'attitude non directive ne consiste pas à l'absence de question ou d'intervention, mais plutôt à une attitude où l'intervieweur avec ses relances va permettre à l'interviewé de développer son discours. Ce sont les critiques de la non directivité qui ont conduit Carl Rogers dans les années 50 à abandonner ce terme au profit de "**l'approche centrée sur le client**".

5) Les Trois Types D'Entretien De Recherche

Il y a trois types d'entretiens qui diffèrent selon deux variables: - le degré de profondeur
- le degré de liberté.

Ce sont des variables intrasequemment liées, l'entretien peut donc être directif, semi-directif ou non directif. Il ne faut pas confondre l'entretien non directif et l'attitude non directive. Le choix d'entretien par le chercheur dépend du type d'étude qu'il souhaite réaliser.

I) L'entretien directif

Dans ce type d'entretien, le chercheur dirige l'entretien grâce à un **guide d'entretien** (pas un questionnaire) = un ensemble de questions élaborées par le chercheur avant l'entretien.

L'interviewé se laisse guider pour répondre aux questions induites par le chercheur, il est invité à ne pas dévier => respect de l'ordre pré-établi des questions.

Il s'agit d'une situation de recherche contraignante dans le sens où l'interviewé dispose de peu de liberté et son discours n'est pas approfondi.

L'interviewé dispose toutefois d'une certaine liberté dans le vocabulaire utilisé => c'est là que l'entretien directif se différencie du questionnaire.

Ce type d'entretien est peu utilisé en psychologie.

Exemple d'un entretien directif: conception de la lumière chez l'enfant de 10-12 ans par Jibengheim (1980).

II) L'entretien semi-directif

Conduit avec un guide d'entretien moins détaillé que dans l'entretien directif => le chercheur a prévu un ensemble de questions ou de thèmes qu'il aimerait aborder. Toutefois, le chercheur invite l'interviewé à approfondir son discours.

L'intervieweur explore les thèmes de l'interviewé qui paraissent spontanés tout en l'orientant vers les thématiques de son guide d'entretien.

C'est le type d'entretien le plus utilisé en psychologie sociale, situation de recherche moins contraignante que dans l'entretien directif.

Exemple: La recherche de P. Moulin (1998) sur les représentations sociales de soins palliatifs et de la mort auprès de patients souffrant du SIDA.

III) L'entretien non directif

Pas de guide d'entretien => uniquement une **consigne inaugurale** et au mieux on prévoit quelques thèmes.

On va essayer d'explorer en profondeur la pensée de l'interviewé autour d'un objet. L'intervieweur suit la logique de l'interviewé.

Cette liberté qu'on donne à l'interviewé favorise l'émergence de contenu.

Ce type d'entretien peut être utile pour étudier des types d'objets encore obscurs.

Exemple: expérience de D. Jodelet sur la représentation sociale du corps (1982) ou Tiberghien (1980).

Il existe d'autres entretiens comme les entretiens de groupes (focus groupe) très utilisés dans l'étude de marché => étude de l'interaction ou alors les récits de vie. Ou encore, la méthode de **l'autoconfrontation** => entretien enregistré, où l'on discute des enregistrements avec le sujet.

6) La Préparation De L'Entretien

I) L'environnement et le cadre d'étude

=> programmation temporelle -> rendez-vous, le moment pendant lequel l'entretien a lieu peut changer le contenu de l'entretien.

=> Le lieu implique des rôles et des conduites spécifiques. Etudier les lieux en fonction du but de l'entretien.

=> Caractéristiques des deux interlocuteurs et des effets de ces caractéristiques sur l'entretien (âge, sexe, conditions sociales...) => en tant que chercheur, nous devons toujours nous demander quelle interprétation se fait l'interviewé de son rôle. Par exemple si l'interviewé a des connaissances préalables sur l'objet de recherche.

II) Le contrat de communication ou cadre contractuel de communication

Selon Blanchet, le contrat de communication renvoie au "savoir partagé minimum sur les enjeux et les objectifs de l'entretien" et ce savoir partagé minimum peut être implicite (règles minimums de respect...) ou explicite (les informations que l'on doit donner à l'interviewé).

Lorsqu'on va prendre contact avec l'interviewé, on lui explique un certain nombre de choses, on doit aborder les thèmes des objets généraux de l'étude sans trop en dire.

7) Le Type D'Intervention Pendant L'Entretien

Au cours de l'entretien, l'intervieweur fait deux types d'intervention, celles qui visent l'introduction des thèmes de l'entretien (ex: consigne inaugurale) et les interventions qui permettent d'approfondir le discours de l'interviewé.

I) Formulation de la consigne

Question abordée dans la consigne inaugurale. La formulation de la consigne est déterminante au type de discours qu'elle suscite => il faut être vigilant à la voie vers laquelle on envoie les interviewés. En fonction du type de formulation, on obtient des résultats totalement différents.

II) Placer le répondant dans un rôle

Est-ce que c'est important de rappeler pourquoi on fait l'entretien à cet interviewé? Le faire passer l'entretien **en tant que** père de famille par exemple.

III) Le type de relance

Les relances ont un objectif réflexif, elles doivent amener l'interviewé à approfondir son discours, mais aussi à le remettre en question.

Exemple de relances: - **interrogations**, relance la plus utilisée. Si on l'utilise trop fréquemment, l'interviewé pourrait croire qu'on remet en cause sa sincérité.

- **reformulation ou réitération** => reflet, aider l'interviewé à s'exprimer en étant un miroir de ce qu'il pense ou ce qu'il ressent => utile en cas de silence. Avec l'écho, on répète ce qu'a dit le sujet mais en accentuant "vous pensez donc..." ou le résumé, plus difficile, car risque d'interprétation, il vaut mieux demander à l'interviewé de résumer lui-même.

Limites des reformulations => l'interviewé peut penser, si on les utilise de manière récurrente qu'on le pousse à s'exprimer mais sans l'écouter.

- **déclaration** => complémentation d'interprétation, l'intervieweur tente de clarifier le discours. Il s'agit de déduire quelque chose, de faire des inférences logiques. Les non-dits => attitude non verbales de l'interviewé perçue par l'intervieweur => essayer de mettre des mots sur ce qu'on veut percevoir.

Limite de ce type d'intervention => elles peuvent être perçues comme une tentative de prise de position par l'intervieweur sur le discours de l'interviewé.

- **contradictions** => ce type d'intervention implique que l'intervieweur quitte son rôle de neutralité pour provoquer des réactions de la part de l'interviewé. Il vaut mieux ne pas utiliser cette méthode, car on quitte la neutralité et cela peut être source de conflit.

- **communication non verbale**, on peut faire des gestes, des mimiques => toujours en rapport avec le discours verbal. Il faut les utiliser pour montrer qu'on écoute.

METHODOLOGIE EXPERIMENTALE

I] INTRODUCTION

I) La méthode expérimentale

L'objectivité est le fondement de l'attitude scientifique.

La démarche scientifique est un processus qui permet l'acquisition des connaissances.

Observation des faits -> hypothèses -> expérience (confirmation/infirmer)

- processus logique

- objectif

- vérifiable (examen des pairs/reproduction des expériences) => élimination des résultats douteux/renforcement des résultats et confirmation de ces résultats.

La démarche scientifique consiste à décrire, expliquer et prévoir: - montrer l'existence d'un phénomène => le décrire

- expliquer un

phénomène + soumettre les hypothèses à l'épreuve des faits

+ provoquer l'apparition de faits dans des conditions contrôlées

+ établir des relations causales

- reproductibilité des

faits

=> **méthode expérimentale.**

II) Rappel de quelques principes qui gouvernent la méthode expérimentale

=> elle consiste à expérimenter = faire varier les éléments constitutifs d'une situation dans le but de provoquer un phénomène et de mesurer son évolution.

-> l'expérimentateur va produire des faits de façon contrôlée.

-> contrôle et manipulation de certains facteurs qui sont la science, les conditions d'apparition de certaines réponses.

-> but d'analyser les modifications de la ou des réponses en fonction de la variation des facteurs.

L'expérience consiste à: - manipuler la ou les variables à étudier

- choisir la réponse à mesurer
- contrôler les influences étrangères qui pourraient avoir un effet sur les résultats de l'expérience.

Etudier les effets de la VI sur la VD, toutes choses égales par ailleurs.

II] LES PLANS D'EXPERIENCE

I) Introduction

Les plans d'expériences (ou plans expérimentaux) se situent à la frontière entre méthodologie expérimentales et statistiques, car le plan d'expérience va permettre de planifier une expérience, c'est-à-dire la préparer.

Quand on parle de plan d'expérience, on est sur deux choses:

- l'organisation de l'expérience
- une formule qui va permettre de résumer l'expérience.

Ce design de l'expérience dépend des choix du chercheur mais cette conception de l'expérience dépend aussi de certaines contraintes:

- faisabilité pratique
- temporelles vis-à-vis de la réalisation

=> la mémoire de l'expérience.

Objectifs:

- organiser l'utilisation de plusieurs facteurs dans une expérience
- apprendre à lire et écrire les plans de l'expérience.

II) Les plans de l'expérience

Deux types de groupes de mesure:

- appariées ou appariés => tous les sujets passent dans toutes les conditions expérimentales => **relation de croisement**
- indépendants => tous les sujets, ou plutôt une partie d'entre eux, ne voient qu'une partie des conditions expérimentales => **relation d'emboîtement.**

III) La relation de croisement et les plans complets

plan $S*A \Rightarrow S$ croisé avec A

exemple: $S15*A2 \Rightarrow 15$ sujets et 2 modalités de la VI.

S = nombre de sujets

A = nombre de modalités de la VI.

En général, pour modaliser la VI, on prend une majuscule et pour les modalités de la VI, la même lettre minuscule.

S'il y a deux VI, \Rightarrow plan $S*A*B$

A et B étant les VI.

On va parler de plan complet quand tous les sujets voient toutes les modalités expérimentales.

IV) La relation d'emboîtement

plan $S<A> \Rightarrow S$ emboîté dans A

exemple $S15<A2> \Rightarrow 30$ sujets ($15/2$ (modalités) et 2 modalités de la variable.

Si dans une expérience avec une VI à quatre modalités, on veut 15 mesures, il faudra 60 sujets $\Rightarrow S15<A4>$.

S'il y a deux VI $\Rightarrow S<A*B>$

V) La relation mixte: plan mixte ou semi-complet

plan $S*A$

exemple $S15<B2>*A4$

Lorsque B découle d'une expérience préalable. Exemple, on décide de mesurer la vitesse d'écriture sur un ordinateur en fonction de la luminosité \Rightarrow on fait une expérience préalable pour trier les novices des experts.

VI) Conclusions: les plans expérimentaux les plus usuels

Un facteur de variation et mesures répétées: $S*A \Rightarrow$ **plan intra-groupe**

Un facteur de variation et mesures indépendantes: $S<A> \Rightarrow$ **plan inter-groupe**

Deux facteurs de variation et mesures complètement indépendantes: $S \times A \times B \Rightarrow$ **plan complet**

Deux facteurs de variation et mesures complètement indépendantes: $S \times A \times B \Rightarrow$ **plan intra-inter**

Deux facteurs de variation et mesures partiellement répétées (plans mixtes ou semi-complets):
 $S \times A \times B \Rightarrow$ **plan inter-intra**.

III] ANALYSE DES RESULTATS ET RELATION ENTRE VARIABLES

Introduction

Après avoir passé l'expérience, on procède à l'analyse des résultats \Rightarrow le nombre de VI influera sur cette analyse.

I) Effet d'une seule VI sur la VD

On va étudier l'influence des différentes modalités de la VI sur la VD.

1) Hypothèse et prédiction

La plupart du temps les hypothèses sont orientées, on peut **prédire** le sens de la VI sur la VD.

2) Analyse descriptive

Tableau de données. Buts avec les données récupérées \Rightarrow transformation de ces données sous la forme de moyenne. La présentation des tableaux est normée sous l'APA.

\Rightarrow Le tableau ne suffit pas, il faut aussi décrire l'analyse.

3) Significativité

Après avoir défini l'amplitude de l'effet, il faut aussi définir si cette différence est significative \Rightarrow **test statistique**.

Si la VI a deux modalités \Rightarrow **t de Student**

Si on a une VI a plus de deux modalités \Rightarrow **ANOVA (ANalys Of VAriance)** F de Fischer-Snedecor.

Hypothèses statistiques: H_0 = la VI n'a pas d'effet sur la VD

H_1 = la VI a un effet sur la VD

L'objectif est de déterminer avec quelle probabilité H_1 peut être acceptée.

Si $p < .05$: l'hypothèse est confirmée, la VI a un effet sur la VD.

Si $p > .05$: l'hypothèse n'est pas vérifiée \Rightarrow 95% de chance de se tromper.

Effets significatifs $p < .05$

Tendanciellement significatifs $.05 < p < .10$

Non significatifs $p > .10$

4) Cas d'une VI à plus de deux modalités

Toujours un tableau brut => toujours une description du tableau.

=> Effet partiel de la VI sur la VD, si certaines modalités sont significatives et d'autres non.

5) Représentation graphique

Représentation normée APA. En abscisse la VI et en ordonnée la VD. Toujours préciser l'unité de mesure.

6) Conclusion

Une VI agissant sur la VD = le cas le plus simple, mais pas le plus courant en psychologie.

=> Les comportements humains sont influencés par une multitude de facteurs. Il faut prévoir d'étudier les effets conjoints de plusieurs VI.

II) Effet de plusieurs VI sur la VD

1) Décomposition canonique des interactions

Lorsque l'expérience implique la manipulation de plusieurs variables, on réalise une **décomposition canonique**: - effet de chacune des VI sur la VD prises indépendamment les unes des autres (**effets principaux**)

- effet conjoint des VI sur la VD * **effet d'interaction simple ou d'ordre 1 s'il y a deux VI.**

* **effet d'interaction double**

ou d'ordre 2 s'il y a trois VI.

2) Décomposition d'une interaction simple

a. Effets principaux

On étudie l'influence des modalités d'une VI sur la VD en ignorant l'effet des autres VI.

=> on peut émettre des hypothèses sur chacune des VI.

b. Calcul des effets principaux

Tableau brut => analyse de l'effet principal de A, moyenne de a1 et de a2 plus la différence. On fait la même chose pour l'effet principal B.

c. Effet d'interaction simple (d'ordre 1)

Il y a interaction entre 2 VI lorsque l'effet d'une VI varie en fonction des modalités de l'autre => l'interaction simple va réunir les effets conjoints des 2 VI sur la VD.

d. Calcul de l'effet d'interaction

Même tableau, différence entre a1 et a2 dans b1 et dans b2 => différence des 2 résultats. Pareil pour b1 et b2.

e. Représentation graphique

Un résultat par modalité, une couleur par VI.

A partir des représentations graphiques, peut-on extraire une règle?

=> Lorsque les droites sont parallèles, il n'y a pas d'interaction. Cependant, si les droites ne sont pas parallèles, on peut suspecter l'interaction.

f. Interactions homogènes/hétérogènes

Lorsque les modalités des VI sont nombreuses, l'examen des effets d'interaction peut devenir complexe: plusieurs scénarios d'interaction sont possibles.

Interactions homogènes: Le sens de variation de la VD pour les modalités d'un facteur ne change pas quand on change les modalités d'un second facteur.

Interactions hétérogènes: Le sens de variation de la VD pour les modalités d'un facteur change quand on change les modalités d'un second facteur.

3) Décomposition canonique d'une interaction double

Il y a interaction double lorsque l'interaction entre 2VI varie selon les modalités d'une troisième VI.

a. Effets principaux

On peut calculer trois effets principaux auxquels on peut émettre une hypothèse.

b. Effet d'interaction

On peut calculer trois effets d'interaction simple et un effet d'interaction double ($A2*B2$; $B2*C2$; $A2*C2$; $A2*B2*C2$)

c. Calcul de l'effet d'interaction double

Calcul de l'effet d'interaction entre A et B pour les novices et l'effet d'interaction entre A et B pour les experts.

Représentation graphique de l'interaction double => souvent, séparation des deux graphiques.

L'échelle doit être identique!

IV ETHIQUE ET RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

Introduction

Depuis 1988, la Loi Hurriet mise en place en 1991 encadrait la **recherche biomédicale en France**
=> **protection des personnes**.

La loi Jardé du 5/03/2012 vient remplacer la précédente en prenant une visée plus large: elle concerne les **recherches qui impliquent les personnes humaines**.

-> les recherches en psychologie risquent d'être concernées

-> les projets devront être autorisés par **un comité de protection des personnes ou un comité d'éthique**

-> dans sa version révisée de 2012, le **Code de déontologie des psychologues** introduit un chapitre sur la recherche en psychologie.

I) Déontologie et éthique en psychologie

1) L'éthique de quoi s'agit-il?

C'est une "science morale" qui indique comment les êtres humains doivent se comporter, agir et être entre eux et envers ce qui les entoure => par extension, nous utilisons l'éthique comme une morale.

2) La déontologie

L'éthique dans un cadre professionnel

=> ensemble de principes et règles éthiques qui gèrent et guident une certaine profession.

=> Ces normes sont celles qui déterminent les devoirs minimum des professionnels dans leur activité.

3) L'éthique dans la recherche

Le code de Nuremberg (1947) => code international qui découle des expérimentations nazies perpétrées lors de la seconde guerre mondiale => sur l'expérimentation humaine.

Avant la guerre, ce qui primait en matière de recherche était l'exigence scientifique. Désormais, c'est le consentement volontaire du sujet.

Il s'agit de faire la balance entre le besoin de connaissances et la protection des participants.

=> **ne pas porter atteinte à l'intégrité des personnes.**

Il y a atteinte à l'intégrité:

- lorsqu'on effectue un prélèvement biologique
- lorsqu'on diminue les capacités physiologiques ou psychologiques.

=> Dans tous les cas où il est prévu des mesures anatomiques, physiologiques, psychologiques, biologiques ou chimiques sur l'homme.

II) Ethique et recherche en psychologie

Dans la mesure où les études en psychologie, en neuropsychologie et en éthologie font intervenir des êtres humains ou des animaux, il est apparu nécessaire de poser un cadre de "bonnes conduites" d'une expérimentation.

Devoir du chercheur:

- consentement des sujets et d'un tuteur légal s'ils sont dépendants
- confidentialité des données recueillies
- informer les participants des résultats s'ils le souhaitent
- informer le public des résultats.

III) Ethique et conduite d'expérimentations

1) Principes fondamentaux pour les participants

Consentement **libre et éclairé**.

Libre = en l'absence de contrainte

Eclairé = précédé par une information:

- explication claire des risques et bénéfices de l'étude
- explication de la procédure
- réponse à toutes les questions du participant.

Possibilité de quitter l'expérience à tout moment.

Assurance de la confidentialité des données.

2) Cas particuliers

Pour les mineurs, majeurs protégés ou vulnérables => autorisation écrite des parents ou tuteurs légaux.

En cas d'information incomplète du participant avant l'expérience => informations données au

terme de la rechute (débriefing).

IV) L'éthique de la publication des résultats de recherche

Une fois une étude réalisée, le chercheur doit en communiquer les résultats => publication sous forme de rapport de recherche ou d'article. L'exposé doit être honnête et précis.

Mais parfois des problèmes éthiques surviennent.

1) La fraude scientifique

Ce type de fraude peut être une fabrication de fausses données (ou falsification) ou d'un plagiat => **infraction aux principes éthiques.**

Pour éviter la fraude:

- évaluation de l'article soumis par des experts
- réplication des expériences.

2) Le plagiat

Cette forme de fraude est assez fréquente => car on peut faire du plagiat sans s'en rendre compte, en paraphrasant des auteurs par exemple.

Plagier signifie copier un auteur en s'attribuant indûment des idées ou des passages de son oeuvre.

=> Il faut toujours citer l'auteur et indiquer les références dans la bibliographie du rapport de recherche ou de l'article.

3) La protection des personnes

Il ne faut pas publier les détails sur les personnes. Ni n'effectuer des réflexions pouvant porter atteinte à leur dignité.

ENTRETIEN CLINIQUE
CMs

CM1

Ouvrage conseillé d'une psychanalyste Elsa Cayat: La capacité de s'aimer, Payot, Paris 2015.

« Pour sortir de ses rapports de domination et pour entrer dans un rapport ouvert à l'Autre (et donc à soi-même), il n'y a pas d'autres moyens que de se défaire de ses illusions préconçues ». Nous ne sommes jamais aussi encombrés de ce que nous savons déjà. Dès la naissance, nous sommes « préconçus » c'est-à-dire que c'est quelqu'un d'autre qui a choisi notre conception. Il existe un préalable avant chaque choix... Il existe rien de véritablement nouveau.

La consistance de l'Autre qui entend ou reçoit, fait que rien n'est suffisamment nouveau (cf. rappels de ce que le sujet sait déjà). L'illusion ou le paradoxe de l'entretien clinique c'est-à-dire de la relation d'aide est de croire que le soulagement serait immédiat à l'horizon de cette 1ère plainte entre un patient souffrant et le clinicien supposé savoir. La 1ère fonction de l'entretien clinique est de soulager la souffrance psychique du patient. Seulement, ce soulagement ne s'opère qu'au prix d'une épreuve à travers des remaniements et non pas en seule écoute. D'ailleurs, avant le soulagement éprouvé, il existe d'abord une souffrance secondaire provoquée par la dynamique transféro-contre-transférentielle induit par l'entretien clinique lui-même. Le soulagement est donc au prix d'un deuil, d'une perte... Autrement dit, « pour pouvoir trouver la lumière il faut oublier tout ce qu'il brille. » (c'est une métaphore). Ce soulagement progressif acquis à travers l'entretien clinique ne se fait qu'au prix d'une souffrance « analytique », il n'est donc pas immédiat. En ce sens, l'humilité inévitable et réaliste du clinicien est indispensable afin que ce dernier n'ait pas de position d'imposture : autrement dit le clinicien doit s'engager avec le patient dans un travail d'élaboration psychique menant à des rapports ouverts. La condition même du changement est alors la mort de l'état qui le précède : chaque seconde, nous perdons une seconde. On ne devient qu'à condition d'accepter de mourir de l'état précédent dans lequel on se trouvait. « Il faut bien que le grain meurt pour qu'il porte ses fruits » (référence à la Bible). Il y a aussi l'importance de la perte du familier, de la peur du changement et de la facilité de la plainte : avons-nous le courage pour que les choses changent ? La chose à perdre se serait finalement la plainte elle-même. L'épreuve de la perte (ou castration) constitue la condition du changement. Cela peut se faire par le biais de l'entretien clinique mais il existe d'autres conditions.

Cependant, il faut aussi comprendre en tant que clinicien la position initiale du sujet : se plaindre est plus confortable que de prendre le risque du changement, qui est par ailleurs la condition préliminaire à l'entretien clinique. Pour le patient, « son symptôme, il y tient » : c'est à la fois son ami et son ennemi. C'est son ami car le symptôme protège et évite le conflit intrapsychique : cela provient du fait que le patient peut tirer de façon inconsciente un double bénéfice au sein de son symptôme (bénéfices primaires *-évitement inconscient direct du conflit, résistance protectrice en attendant l'abord progressif du noyau pathogène-* et bénéfices secondaires *-l'attention apportée par l'entourage; les fantasmes au cours du transfert engendrant une dépendance contenante du patient envers le clinicien qui sert de « support émotionnel » mais devant absolument ne pas être satisfaits*). C'est son ennemi en raison du fait que le symptôme entretient la maladie et ne diminue pas la souffrance éprouvée par le sujet. Aussi le patient-sujet devra sortir de sa dépendance transférentielle envers le clinicien afin de devenir lui-même et de prendre conscience qu'il y a finalement plus de bénéfices en finissant par accepter d'être continuellement confronté au manque, plutôt que de rester dans l'illusion de maîtrise protectrice et inconsciente apporté par le symptôme, sachant que ce dernier qui coûte beaucoup plus cher en terme d'énergie psychique et

risque d'entraîner le sujet au passage à l'acte.

Si c'est du côté du sujet que la résistance s'opère, cette peur peut être partagée : une réticence (autre forme de résistance) peut apparaître de la part du clinicien. La résistance ou la réticence c'est aussi l'encombrement qui fait qu'une personne veut « rester au pied du mur ». En conséquence, l'entretien clinique, c'est donc un travail d'élaboration, une traversée partagée(e) d'où le déclenchement d'une alliance thérapeutique. Le terme « élaboration » provient de « labeur » qui signifie étymologiquement « torture ». La peur peut être aussi du côté du clinicien car c'est un passeur qui aide le sujet à traverser ce « cours » qui n'est pas sans risque (notamment avec le risque du passage à l'acte auto-agressif ou hétéro-agressif). C'est lui l'opérateur du changement d'où l'importance de sa capacité d'ouverture (d'esprit), de compréhension et d'acceptation du sujet dans son contexte, de son respect déontologique et de la manière dont il va accueillir le patient pour la 1ère fois. Autrement dit pour que l'entretien clinique soit efficace, il faut que les conditions d'un climat bienveillant et de confiance soient installés dès le début. Aussi, la question existentielle que peut se poser le patient avant l'entretien clinique est :

- « Qu'est-ce que je fous là ? »
- « Quel sens a mon existence ? »
- « Comment me réapproprier le désir de ma naissance ? »

Depuis notre naissance, nous sommes nourris aux désirs des autres. Si c'est cela s'est bien passé, cela se fera au prix de « portes qui claquent et de claques qui portent », ce qui suppose là encore la perte en réalisant des sacrifices : celui d'affirmer son/ses propre(s) désir(s) indépendamment de ceux des autres, en ne s'y conformant pas toujours. Lorsque nous arrivons dans une nouvelle ville (par exemple : Brest) et que nous nous retrouvons face à soi-même ou livré à nous-même, c'est là que nous pouvons aussi nous poser la question sur le « pourquoi sommes-nous là ». La surprise d'être là sans trop savoir pourquoi démontre que cette question existentielle m'ouvre à une surprise : celle d'**être là**. Il y a par ailleurs une différence entre « être là » et « être las ». JE se pose la question dont il croit ne pas avoir la réponse alors en cet instant, il faut que les autres lui donnent la chance de ne pas répondre à ses questions (« s'il vous plaît ne répondez pas à mes questions ! »). L'instauration d'une relation ouverte (et non de domination) est importante car elle n'est pas obturée par la réponse des autres, d'où l'importance du silence, notamment celui du psy au cours de l'entretien. La rencontre (par exemple, la rencontre clinique) comme expérience d'altération implique le changement, à la condition d'être là, car elle altère (notion d'**altérité**). Ce n'est pas parce que nous sommes altérés individuellement par la rencontre que nous changeons radicalement : nous évoluons progressivement (ex : nous ne devenons pas tous schizophrènes et heureusement). La dialectique du même et du différent, du semblable et de l'étranger (l'Autre étant à la fois un étranger à nous-même et un semblable) est au cœur des possibilités de la rencontre. Ce risque de la rencontre implique donc la chance que l'Autre se taise.

Ceci renvoie donc à ce que le philosophe René Descartes exprimait dans son « Cogito ergo sum » (« Je pense donc je suis » => je suis au moins un état, une pensée) : en effet, « moins on répond à mes questions, plus je m'en pose ». Et c'est à ce moment où je doute le plus que j'existe en tant que sujet, que je me subjective (nous nous subjectivons par introspection). Ainsi, le psy n'est pas là pour répondre aux questions du patient mais est là pour l'orienter/guider dans une investigation

intrinsèque (*c'est-à-dire une investigation intérieure, de lui-même : une sorte de méditation*) afin d'y trouver des possibilités de réponse que seule la prise de conscience de son **Etat d'être** permet. Bien sûr, le psy peut quand même aider le sujet dans la formulation/reformulation de ses pensées exprimées, ainsi que de le relancer sur certains points mais il ne doit en aucun cas fournir de réponse toute faite. La solution n'existe pas : c'est le sujet lui-même qui va se servir du psy comme « miroir » pour réagencer son organisation fantasmatique afin de faire devenir conscient le ou les processus inconscient(s) en cours et de permettre la réalisation de qu'il est vraiment. Pour illustrer cela, nous n'avons qu'à faire la difficile expérience de se parler à soi-même devant un miroir. Le but de l'entretien clinique c'est d'aider le sujet à se « déshabiller de ses habits psychiques superficiels » ou « d'éplucher progressivement les couches de l'oignon » amenant au noyau pathogène afin de favoriser une bonne santé mentale par la libre association. Le psy devient alors une sorte de « porte-manteaux » bienveillant et témoin du réagencement fantasmatique. Le psy doit également « avoir le courage de ne pas rassurer ». Voilà comment nous pouvons permettre la possibilité d'ouvrir la rencontre : en considérant que l'Autre ne connaisse pas la réponse à notre question et ce quelque soit notre savoir préalable, notre supposé savoir. Donc, il vaut mieux répondre en ne répondant pas. Au moment où quelque chose fait défaut ou manque, « j'existe ». Ce qui fait défaut/manque, c'est quoi alors ? C'est la non réponse de l'Autre à la question et donc « qui me fait exister » ! L'**être là** du clinicien doit partir d'une intention/neutralité bienveillante (qui ne juge pas) dans son silence habité est la condition de l'écoute (c'est-à-dire un silence sans somnolence ni indifférent). Sollicitude et disponibilité constituent donc les conditions d'**être là** du clinicien, ce qui déterminera son attitude d'attention flottante (son **état d'être** en attention flottante).

« C'est votre silence en tant qu'Autre, votre non réponse à mon fantasme de vouloir être rassuré(e) qui me permet d'exister à travers la parole que je vous adresse. » Cela implique donc que les conditions de l'entretien clinique sont les suivantes : il y a d'une part cette disponibilité que le sujet aura de ne pas se précipiter dans la recherche absolue d'une réponse à ses questions et d'autre part, il y a cette disponibilité que le clinicien aura de ne pas se précipiter en ne tentant pas d'y répondre... ». Autrement dit, il est important de ne pas chercher ou de se précipiter à boucher les trous du doute par diverses choses. Le respect de cette règle amène à l'ouverture à la parole qui engendre ainsi une mise en tension qui va se développer dans la relation à l'Autre. C'est donc ce mélange d'attrait et d'inquiétude, cette surprise d'**être là** que les philosophes existentialistes (Sartre entre autres) appellent « **SORGE** » -mot allemand- signifiant le « souci d'exister ».

Nous pouvons ainsi mettre en évidence la notion d'intranquillité engendrée par le mélange entre le désir et la crainte, entre l'attrait et l'inquiétude. Aussi, dans l'expression « Tu vois ce que je veux dire », nous constatons qu'il existe une réduction de l'altérité, autrement dit une réduction de la rencontre qui serait de l'ordre de la confusion des identités imaginaires (sans que ça soit une psychose). Dans ce cas, nous faisons comme si nous savions ce que chacun veut dire mais en réalité, il s'agit d'un évitement d'un conflit d'altérité ou d'une réduction par l'inter-altérité. Cela peut se comprendre devant l'envie de faire économie de la confrontation à l'Autre sous-entendu en tant qu'Autre différent de soi ou Alter. Il n'y a que lorsque ce dernier est considéré comme identique ou semblable qu'il devient un Alter-ego.

Lacan parlait d'une manière de ne pas être compris afin de laisser à l'Autre l'illusion de se comprendre. Ceci est un paradoxe puisqu'en réalité nous nous comprenons et dans le même temps nous ne nous comprenons pas. Cette dialectique (ou paradoxe) du même et du différent est au centre de cette rencontre. Apparaît alors l'**entre-deux** de la rencontre qui est ni l'un ni l'autre

c'est-à-dire un espace tiers, un vide médian. Par exemple, lorsque le Ying et le Yang sont réunis, nous pouvons nous demander si cela est complet ? La réponse est non car en réalité, il existe un inter-espace ou entre-deux qui permet en même temps de se parler et de se différencier. Lorsque nous cherchons individuellement à nous différencier de l'Autre, nous nous faisons valoir en tant que sujet (le fameux « JE ») au risque d'être confondu dans le regard de l'Autre.

Le « Nous » n'est jamais complètement garanti. Cependant, la parole garantit la subjectivité (le « JE ») car elle sépare le Tout en un ensemble d'uns. Autrement dit, le un suppose un manque, un renoncement. « JE » existe à la condition qu'il n'y ait pas de réponse définitive à la question « Qui suis-je ? ». C'est un cercle ouvert. A cette question (Qui suis-je?), nous pouvons répondre individuellement « je suis un quelque chose » (par exemple, un homme ou une femme mais pas les deux). Cette question sans réponse absolue est par ailleurs expérimentée à l'adolescence. C'est par conséquent la singularité ou l'originalité de celui qui est différent de tout Autre qui me distingue et donc qui me sépare. «Ce qui sépare » évoque alors cette expérience éventuelle de la possibilité de faire un avec Tout mais en réalité, dans la relativité, nous retrouvons un échec permanent de la réunion, ce qui engendre un doute. Par rapport à l'amour relatif en tant qu'illusion de l'union sacrée, ce dernier devient possible sans forcément qu'il y ait une différence entre l'un et l'autre, à condition que le sujet soit conscient de sa séparation conditionnelle. En effet, la condition même du sujet c'est la séparation, l'écart qui le sépare de l'Autre et qui reste à surmonter. La subjectivité c'est donc ce qui ne peut se réduire, c'est-à-dire l'irréductible.

Si « JE » va voir un psy, ce n'est pas pour être compris, c'est pour (se sentir) exister en tant que sujet. La psychanalyse est particulière au sens où son objet d'étude est le Sujet. Il est à noter qu'il n'y a pas de scientifiques qui ne soient pas des sujets. Nous sommes tous chacun un sujet parmi les Autres. En ce sens, la psychanalyse ne requiert pas une remise en question comme la falsifiabilité scientifique puisqu'elle part du principe de l'existence même du Sujet, de son Etat d'être dans une réalité tripartite constituée d'une part réelle (que les scientifiques aiment tant mesurer), d'une part imaginaire et d'une part symbolique reliant les deux précédentes en plus de leur interaction. N'oublions pas que n'importe quel savoir dérive d'une croyance qui est l'évidence même : c'est la relation de causalité. La raison peut mesurer autant de phénomènes qu'elle veut, elle ne peut tout connaître en particulier la subjectivité du Sujet c'est-à-dire ses noumènes (les choses au fond de lui et qu'il fait qu'il est plus que ce qu'il constitue). La psychanalyse avec la théorie de l'Inconscient invite à engager une relation à Savoir ouvert dont ne nous maîtrisons chacun qu'une partie. La psychanalyse part du principe que l'Homme est un parlêtre et qu'en conséquence que la résolution de ses conflits internes se trouve dans son discours. Il n'y a donc pas de réponse définitive au sens où personne n'est définitivement meilleur qu'un autre. Si le Sujet échappe à cette définition (Qui suis-je ? Ou est-ce que l'Autre saura me définir, me mesurer en quelque sorte comme un paramètre scientifique ?) le clinicien aussi compétent qu'il soit doit rester dans l'impossibilité de dire qui est l'Autre, car la vérité même ne peut être dite, elle ne peut que être exprimée: le savoir ouvert Inconscient engagé dans la relation exprime cette vérité. La résolution commence quand le Sujet en a pris conscience...

CM2 : Citation de Françoise Dolto : « Tout est langage ».

Les **préliminaires de l'entretien clinique** compte tout autant que l'acte lui-même. Nous pouvons nous poser comme question : Quelles sont les « **conditions de possibilités** » d'un entretien clinique, de son exercice ? Il n'y a pas d'acte qu'il soit sans qu'il n'y ait une **réflexion préalable**. Ces conditions de l'entretien clinique doivent l'envisager comme une rencontre où il existe une division /dissymétrie /écart de structure entre le Sujet et le Clinicien (ou l'Un et l'Autre ou la Plainte et l'Ecoute). Le Sujet est là pour *parler*, en particulier pour *se plaindre*. Le clinicien est là pour *écouter* mais **cela ne présuppose pas de savoir de ce qu'est l'écoute**. Écouter. Il y a là une telle banalité dans l'énoncé qu'un savoir à priori s'impose à nous qui fait qu'on croit savoir.

L'acte de l'entretien est un acte interrogé. La parole du Sujet est particulièrement subjective. La *subjectivité* c'est la *consistance* de chacun (à noter que nous pouvons entendre « Chaque Un ») et d'autre part « *division* » (cf. Sujet divisé). Ce n'est pas qu'un jeu de mots, car nous exprimons plus (ou parfois moins) que ce que nous croyons exprimer. Il y a un écart entre l'intention de dire (relative à la consistance) et le fait de dire (relatif à notre image réduite démontrant une division entre le Sujet -moi- et son image -Je-).

La consistance est un savoir **à priori (c'est-à-dire un savoir préalable ou antérieur à une expérience)** que chacun/chaque un arrive à comprendre (il suffit de s'en rappeler : par exemple, on peut **savoir** ce qu'est un âne sans avoir fait l'expérience de voir un âne pour de vrai et de lui donner une carotte. Si nous en faisons l'expérience, nous aurons la **connaissance** qu'un âne aime bien les carottes. La connaissance est un savoir à posteriori). Ce qui est dit est un filtre à travers lequel nous croyons dire ou comprendre ce qu'il y a à dire ou entendre. La subjectivité implique donc une différenciation. Cette différenciation se fait entre un dire et sa topologisation : il y a une différence entre ce qui est dit et la manière dont c'est dit. La topologisation d'un dire tient du discours même du Sujet et non du Sujet lui-même et est responsable de sa « Re-présentation » qui altère le dire en lui-même. C'est pour cela que chacun d'entre nous à partir de notre enfance en s'appropriant le langage s'est coupé de son vécu en tant vérité intimement ressentie. Le langage pré-existe le Sujet et l'engendre : c'est précisément par appropriation de ce dernier que l'enfant rentre dans la condition humaine « finie » ou « coupée ». C'est ce langage qui le nommera et le différenciera s'il se l'approprie. C'est cela qui fait que le collectif démontre bien que nous sommes à la fois semblable et différent. En l'absence du tissage fantasmatique qui nous permet de nous relier au langage ou de s'en approprier, il va se produire une coupure du Sujet de la relation à l'Autre (cf. schizophrénie ; venant de Schizein = Fendre/Couper en allemand et Phrein : esprit => esprit fendu). Autrement dit, c'est le langage qui nous altère et c'est son appropriation qui nous fait tenir dans la Relation...

Dans un autre type de psychose, notamment la paranoïa, on assiste à une illusion imaginaire d'une relation fusionnelle où la communication est totale : la posture illusoire de la personne paranoïaque est telle qu'elle est « Celui qui sait ce que l'Autre pense ». Le paranoïaque vit forclos de la dimension symbolique de la réalité, c'est-à-dire qu'il reste dans l'imaginarisation du réel. Schizophrènes ou paranoïaques, les psychotiques s'aliènent **du** langage tandis que les névrosés (normaux comme pathologiques) s'y aliènent afin d'y accéder -au langage- et y construire leur moi (on dit qu'ils s'aliènent **au et dans** le langage). De façon globale, au cours d'un développement « normal », le Sujet se constitue dans le discours en se scindant en 2 parts : en tant que Sujet énoncé (le « JE ») et en tant que Sujet inconscient en partie (le « Moi »). C'est par le discours que le Sujet s'aliène dans le langage en construisant son Moi.

Cette subjectivité n'est pas seulement du fait du Sujet, elle est aussi du fait du clinicien. C'est cela qui fait la complexité de cette rencontre. La subjectivité concerne aussi le « Sujet clinicien ». **Il ne peut pas y avoir de connaissance objective du Sujet qui consulte.** On ne peut pas se débarrasser de sa subjectivité. Le clinicien ne peut pas entendre véritablement ce qui est dit. Il n'y a pas de message objectif, il n'y a pas une parole objectivable : l'ambiguïté part du fait que le Sujet exprime un dit différent de son intention de dire à un clinicien qui l'écoute qu'à travers ce qu'il est, donc il ne peut pas le comprendre du moins totalement. L'entretien c'est toujours un « entre-deux » : il existe toujours un écart entre l'énoncé du Sujet et le sens qu'il prend à l'oreille du clinicien. Il existe une double traduction et donc une double trahison.

Pour le SUJET, « Je ne sais pas ce que je dis » puisque ce dire est re-présenté, réduit par le langage... Pour le CLINICIEN, « Je ne comprends pas ce qu'il dit » puisque ce dire représenté est filtré par le système représentatif du Clinicien qui se doit d'être Ouvert au maximum. La condition de l'Humain c'est la condition de la subjectivité. La dimension subjective de chacun c'est ce à quoi on s'intéresse et qui fait que « On ne se comprend pas » ou que « Nous ne comprenons pas ». Si nous partons du principe que nous comprenons le Sujet, nous le mettons en danger... car c'est une illusion de la compréhension idéale ou une idéologie de la communication/transparence ou une idéologie de la pure compréhension. Il n'y a pas d'accord conjugal, pas de fraternité, pas d'illusion totale mais nous restons quand même de façon minimale aspiré(e) par des illusions sinon nous ne serions pas là pour essayer de comprendre l'Autre. Pour Freud, « L'Homme est un loup pour l'Homme » (cf. citation de Plaute en 195 avant J-C : « Homini lupus est » qui signifie que « l'homme est le pire ennemi de son semblable, ou de sa propre espèce »). Plaute (philosophe) a par ailleurs rapporté une histoire : Un jeune homme tombe amoureux d'une jeune femme. La mère de celle-ci consent à l'union à condition qu'elle puisse échanger sa fille avec une importante somme d'argent. Il va voir son père pour qu'il puisse lui donner une telle somme. Le père lui dit oui à condition de pouvoir passer une nuit avec celle-ci. Après la guerre de 14-18, Freud commence à déprimer, à être moins dupe, commence à devenir conscient (cf. Hommes décimés par la guerre 14-18). Freud s'est intéressé à la pulsion de mort : il n'est pas impossible que nous voulions autre chose que vivre. Nous sommes tentés d'en finir avec cette difficulté d'Etre, avec finalement ce qui chaque jour n'est qu'une illusion et que notre volonté peut osciller entre un désir de vivre et un désir de non vivre ; d'autre chose...

Freud disait que « la condition de la rencontre, de l'entre-deux, du lien social c'est le renoncement. » Ce serait une illusion fâcheuse de croire que le lien social viendrait ajouter quelque chose supplémentaire à notre existence individuelle. Le lien social est construit/bâti sur le principe d'un deuil /d'un renoncement. « La vie en commun/la société/ la culture suppose une restriction de la liberté individuelle qui est un coût/coup. » C'est la condition de l'enfance que de renoncer/perdre. Le respect des règles sociales, la **contrainte sociale** est intériorisée pour donner naissance au SURMOI qui me permet de faire de l'auto-renoncement. L'Autre m'impose une contrainte : la contrainte d'exister en lui et avec lui (en l'Autre et avec l'Autre). Il n'y a pas un individu qui ne puisse pas être confronté à la condition de l'altérité. « 2 tendances s'imposent entre nous : le principe de plaisir et le principe de réalité ». La question est : est-ce insupportable ? Selon Freud, en s'intéressant à cette question de la contrainte sociale: « Il n'est pas impossible que nous ne le supportons pas ». Ce lâchage d'ailleurs correspond selon lui (Freud) à la pulsion de mort.

Aussi, comme nous pouvons le comprendre à travers le livre *Disparaître de Soi* de David Le Breton, que ce lâchage est une tentative dans laquelle nous sommes de nous évader (cf. différents moyens allant du Yoga aux substances toxiques... en fait peu importe ce dernier selon l'individu qui le choisit car c'est un moyen pour lui de s'évader, qu'il soit juger bon ou moins bon, licite ou illicite. En effet, quelque soit le moyen utilisé, sur le plan psychologique, cela reste prioritairement une recherche de se relier à quelque chose qui devient objet de socialisation...). Aussi, toujours selon Freud, « la civilisation a toujours été un combat entre la pulsion de vie et la pulsion de mort. »

« Ce combat-là, nul ne peut en présumer ni du succès, ni de ce que cela donnera/deviendra, ni de l'issue. » Sauf que justement, l'issue possible c'est l'Ouverture du Sujet. Un Sujet Ouvert est un Sujet en tension entre la pulsion de vie et de la pulsion de mort. Ce qui n'est pas à confondre avec le Nirvana qui est un moyen d'atteindre la pulsion de mort. En 1931, Freud disait que « La vie est combat ». En 1934, Hitler est élu démocratiquement président d'Allemagne. Suite à son élection, ce fut une dizaine d'années d'horreur où la pulsion de mort a été plus forte que la pulsion de vie.

Concernant cette plainte-là autour de cet objet qui va être la plainte, nous pouvons nous poser la question : mais de quoi se plaint-on ? Quoi que nous fassions ou soyons, il y a toujours matière à se plaindre. **La plainte adressée à l'Autre porte sur le manque à Être.** Parlons de sujet Ouvert : cela correspond à dire que nous n'avons pas tout, nous sommes manquants (dans la relativité). Le Sujet que l'organisme incarne est un Sujet divisé (cf. Sujet barré de Lacan) tandis que l'individu est une unité indivisible, nous restons distincts. L'objet de la plainte génère une plainte puisqu'il n'est pas là (vu que l'objet lui-même c'est un manque -à Être-). Le Ying et le Yang sont séparés selon les philosophes chinois/orientaux par le vide médian. Le contraire de l'Unité ou l'entièreté (cf. Un), c'est l'incomplétude lacanienne (=> cf. Sujet barré ou Un barré étoile) : c'est une tentative illusoire de courir après ce qui nous **ampute** (et sans quoi nous n'aurions pas été Sujet). Nous courons après le bonheur : cela implique d'être amputé par le manque à être heureux.

Julia KRISTEVA, philosophe et psychanalyste : *Le soleil noir*: dans cet ouvrage, elle fait allusion au poème de Gérard de Nerval sur la mélancolie. Elle explique que l'enfant qui commence à parler est triste et pose la question suivante : Va t-il surmonter la perte de l'objet qui le fait parler ? Réponse : en parlant. Sinon, auquel cas, l'enfant deviendrait autiste (et non pas enfant « sauvage » => l'enfant sauvage -Victor de l'Aveyron- n'existe pas en tant que tel). L'entrée dans la subjectivité implique un renoncement, une perte, un manque, une amputation de soi-même : autrement dit, en renonçant à une chose, nous acceptons de nous ouvrir à la possibilité d'en parler (de cette perte), de la symboliser pour nous ouvrir à l'Autre (symbole = un mot à la place d'une chose ou objet après la perte de cette chose). Lacan disait : « Dès que ça se sait, que quelque chose du Réel nous vient au savoir, il y a quelque chose de perdu et la façon la plus certaine d'approcher ce quelque chose de perdu, c'est de le concevoir comme un morceau de corps ». Et une manière de concevoir ce quelque chose de perdre, c'est de le concevoir. »

Concernant la dimension clinique de l'entretien : va-t-il supporter/surmonter la perte de l'objet qu'il le fait parler ? En parlant. → Le motif de l'entretien clinique est donc identifié. Il s'agit de récupérer quelque chose de l'objet perdu. En cela, Freud nous éclaire encore :

dans *deuil et mélancolie* (Mélancolie = pathologie du deuil), « nous ne renonçons jamais à rien en fait car nous ne faisons que remplacer quelque chose par quelque chose d'autre ». C'est de cette opération de *mutation subjective*, appelée *symbolisation*, qu'il s'agit de réaliser. Cela implique que

nous ne devons pas nous contenter de ce que nous avons, nous devons essayer de nous en réjouir.

La joie, c'est finalement le fait d'être content après avoir renoncé à ce que nous n'avons pas.

L'**objet** en question c'est le **désir**. Ce n'est pas l'objet qui compte c'est le désir : cela revient à dire que ce qui compte c'est que le désir reste vivant et c'est ça la vitalité.

Concernant la position du sujet en entretien clinique : ce n'est pas impossible qu'il ne réussisse pas à accepter de ne pas chercher à trouver absolument l'objet du manque. Le paradoxe de l'entretien clinique est que le sujet espère du clinicien qu'il lui donne l'objet de son désir : « Vous qui savez, faites ! »

Alors le clinicien devra lui imposer sa condition de Sujet (afin de ne pas y répondre): l'expérience surmontée de la tristesse que génère la perte et qui permet le passage à la parole. Elle correspond à l'opération de verbalisation ou de symbolisation. Cette « causerie-là », cette verbalisation-là correspond à une occasion de renoncement. L'entretien est donc une épreuve du deuil. C'est un paradoxe pour le Sujet qui consulte le psy qui espère être heureux: il devra d'abord y renoncer...

Le changement qui constitue le moteur de l'entretien est une expérience de *mutation subjective* qui se fait à la condition d'accepter d'être un Sujet incomplet. En effet, changer c'est mourir un peu, c'est faire le deuil d'une certaine manière d'être. Changer c'est accepter de perdre ce que nous avons été la seconde précédente ou même le simple fait de perdre cette seconde: soit nous le faisons en parlant, soit en partant. C'est l'entretien qui permet de mourir un peu à soi-même, de consentir à l'épreuve d'une perte: que le clinicien ne réponde pas ! Le sujet espère du clinicien qu'il détienne ce qu'il lui faut pour être heureux. Or c'est l'objet de l'entretien que de permettre la symbolisation car ainsi nous prévenons le passage à l'acte pour pouvoir favoriser/en favorisant le passage à la parole. En effet, tout passage à l'acte constitue un défaut de symbolisation (à distinguer du déni de symbolisation que nous verrons plus tard). Ce changement de ce qu'appelle les philosophes l'Être (Sujet non ouvert) est à distinguer du Sujet divisé (= Sujet Ouvert). La demande d'aide c'est alors l'occasion d'une plainte au sujet du clinicien d'une demande de comblement et d'une ambivalence : accepterons-nous de perdre pour avoir quelque chose de différent (et non pas quelque chose de supplémentaire) ? N'oublions pas que le langage n'est que re-présentation, c'est-à-dire qu'il invite le sujet à se re-présenter (et donc à changer de forme...).

L'entretien clinique suppose que le Sujet accepte de perdre ce à quoi il devra renoncer pour avancer/évoluer. L'entretien clinique est donc un équivalent du risque de vivre : « nous savons ce que nous perdons mais nous ne savons pas ce que nous gagnons ». Ce risque (de vivre) c'est le consentement à la perte sans garantie de ce qui se passera ensuite. Il suppose de perdre ce à quoi nous nous accrochons pour entretenir l'illusion de complétude de notre subjectivité. Cette **demande d'aide**, elle va avoir un coût/coup : le fait d'accepter l'*expérience initiale de perte* est une condition de la parole du Sujet pour lui permettre d'avancer. Ainsi, il devra accepter que le Sujet en lui ne soit pas complet pour faire émerger (ou afin qu'il s'ouvre à) son **Etat d'Etre complet**.

CM3

Freud disait « qu'on ne renonçait jamais -totalement- à rien » et « qu'on ne fait que remplacer quelque chose par quelque chose » c'est-à-dire que nous cherchons à remplacer une chose par une autre et que nous ne consentons jamais complètement à la perte...

... alors que la Perte (de l'Objet qui complète) c'est là, la condition humaine/ du Sujet Humain

la condition (de possibilité) de la rencontre

= Perte !

Le Clinicien se pose comme un Etre manquant, ce qui suppose pour le Sujet un consentement à la perte/à un deuil initial. Ceci amènera ce dernier à effectuer une mutation subjective puis un processus de maturation.

Dans Deuil et Mélancolie, Freud rappelle que **nous ne faisons que remplacer quelque chose par quelque chose d'autre => c'est la définition même du symbole.** (cf. ordre symbolique ou ordre du langage => culture = ordre de la création, langues... Tous les moyens dont nous disposons pour représenter ce que nous avons perdu -« maman », « paradis » peu importe-) → Question de représentation s'impose au sens de re-présentation c'est-à-dire quelque chose de nouveau.

Le Sujet désespéré qui fait une plainte, une demande de changement: il s'agit précisément d'une demande de ce qui lui manque (au Sujet). Cette demande qui est d'obtenir l'Objet de la perte (qui le rend manquant) à travers une figure bienveillante (« le bon Objet ») a un lien avec la 1ère détresse c'est-à-dire la détresse inaugurale (*différente de la détresse du Nouveau-Né ou de la Naissance*) est donc celle qui vient une fois qu'on a perdu l'Objet à partir de l'entrée dans le Langage. **Cette expérience (sens épreuve) de la perte survient à l'émergence du langage → processus de subjectivation à la condition de re-présenter la perte de l'Objet d'Amour. Il n'y a pas de recette pour aller véritablement mieux. Ce malentendu est la source d'une ambivalence du Sujet et du Clinicien...**

Questions que l'on peut se poser du côté du Sujet :

Va-t-il consentir au fait que le psy n'ait pas ce qu'il lui faut pour obtenir le « bonheur » ?

La condition de l'EC sera justement qu'il devra consentir à ce deuil et de ne pas chercher à trouver le bonheur.

Questions que l'on peut se poser du côté du Clinicien:

Va-t-il se situer du côté du Gourou ? (« J'ai l'Objet qui vous manque et je vais vous le donner »).

Ou bien va-t-il se placer du côté du psychologue clinicien qui se pose comme Être manquant ?

La représentation du psy selon le Sujet:

pour le Sujet, la représentation du psy peut être celle d'une « bonne mère » retrouvée ou encore comme un consolateur de peine. Ce qu'il faut comprendre dans cette représentation c'est qu'il y a toujours une demande d'Amour adressé à l'Autre (le psy) émanant du Sujet.

Or ce que le Sujet fera l'expérience c'est que le Clinicien n'a pas ni pour lui ni pour lui-même l'Objet du bonheur → l'illusion serait totale si le clinicien se disait « mais bien sûr j'ai ce qu'il vous manque ». Bref, je sais quoi dire ou quoi faire pour être heureux.

Cependant, nous pouvons constater qu'il est fréquent chez la plupart des psys qu'ils aient recourt au conseil comme technique d'aide. Cette technique dérive notamment de l'écoute non directive de la relation d'aide (tournée vers l'Autre, vers sa souffrance/vers son vécu) de Carl Rogers. Nous pouvons y décrypter les modalités et les envisager:

exemples :

- conforter ou consoler face à la peine
- remonter le moral à un déprimé
- l'interprétation qui révélerait une chose (« Si votre fils est malade c'est parce que... »)
- l'autoprescription du clinicien

→ tous ces stratagèmes d'aide échouent plus ou moins non pas parce que ce n'est pas utile (il s'agit tout de même d'une relation d'aide et d'écoute) mais ce n'est pas un entretien clinique.

Le Clinicien non plus n'a pas ce qu'il lui manque. Autrement dit, nous ne donnons jamais qu'à partir de ce qu'il nous manque : nous donnons à partir de ce qu'il nous manque, qu'à travers ce qu'il nous fait défaut. C'est à partir de ce que nous avons en moins (pas en plus) c'est-à-dire à partir de notre propre manque à Être que nous pouvons occuper cette position de Clinicien.

En bref, le Sujet et le Clinicien ont quelque chose en commun : le fait d'être manquant, d'être

assujetti à la **condition humaine**. Cette condition humaine c'est celle de la difficulté d'être. La perte de l'Objet qui complète c'est la condition même du Sujet. Ce qui différencie le Sujet et le Clinicien, c'est que ce dernier assume sa condition : il ne s'illusionne pas trop.

La Clinicien assume son manque après avoir fait l'expérience de surmonter ce dernier. C'est de là dont part la différence entre la clinique à « mains nues » et la clinique à « mains armées ».

Le changement qui va devoir opérer n'est pas celui d'obtenir quelque chose en plus mais c'est une traversée/expérience de deuil (et de doutes aussi), d'où le paradoxe d'expérimenter à une désillusion (celle du soulagement immédiat) et faire l'expérience que c'est « peine perdue ». Ce paradoxe est à voir comme la dialectique de l'entretien clinique même.

Il existe alors 3 conditions afin que ce changement s'opère:

1/ Que le Clinicien supporte de ne pas avoir ce qu'il lui faut pour régler le problème de l'Autre

2/ Que le Sujet supporte la 1ère condition

3/ La **condition du changement même**: c'est le **renoncement** à se remettre aux mêmes conditions précédemment vécues pour s'ouvrir à la vie. C'est une prise de risque.

→ C'est une déprise (= *le fait de déprendre*) de la croyance que l'Autre à ce qu'il me manque

→ C'est une crise: « on sait ce qu'on perd mais on ne sait pas ce qu'on gagne. »

Cette crise existentielle est une expérience de mutation subjective aboutissant à une métamorphose révolutionnaire impliquant l'acceptation du risque d'une vulnérabilité momentanée. Elle peut être décrite en phases:

- phase 1 (de mutation subjective) : mélange de flou, de désarroi et d'appel à l'aide face à la perte.
- phase 2 (de maturation) : restauration d'un Soi nouveau.

Le Sujet peut alors se demander combien de temps cette période de vulnérabilité (cf. phase 1) va t-elle durer ? Le clinicien peut alors répondre « un certain temps » mais cela ne doit pas durer toute la vie auquel cas le Clinicien serait inefficace.

Autres expériences de vulnérabilité antérieures

L'adolescence : « Le complexe du Homard » (Françoise Dolto)

L'adolescence est une expérience de mutation subjective. Il s'agit d'une crise dans le sens où elle implique un changement : celui de la nécessité existentielle de « mourir un peu pour devenir Soi-même », autrement dit prendre le risque de mourir de l'enfance pour pouvoir grandir.

N.B : « Ce qui est nécessaire = ce qui ne veut pas ne pas arriver. »

C'est aussi une période intermédiaire qui est un entre-deux, un point d'interrogation : Qui-suis-je ?

C'est un moment de vulnérabilité dont l'issue sera d'autant plus favorable qu'il sera accepté sans trop de difficulté.

Trois étapes peuvent être décrites durant la période d'adolescence:

- 1/ Un sentiment de perte d'une partie de soi-même
- 2/ La vulnérabilité que cela suppose
- 3/ Une succession à une position plus mature et qui n'est pas garantie d'emblée

Cette mutation (phase 1) rend l'adolescent vulnérable et exposé à tous les dangers. Comment va-t-il faire avec tout ça sachant qu'il existe en plus de cette prise de risque (*naturelle cependant comme une conduite à risque. Chacun d'entre nous le fait sans s'en rendre compte. Exemple : prendre quotidiennement sa voiture alors qu'il y a toujours un risque potentiel d'accident → On prend le risque de perdre une partie de soi chaque fois que nous acceptons notre condition et notamment celle de mourir potentiellement ou encore celle de ne pas pouvoir tout maîtriser*), un risque de conduites **de** risque où l'adolescent va vouloir ériger un risque particulier en valeur absolue pour en éprouver la sensation d'ivresse qu'il peut apporter (risque recherché pour lui-même → dangereux).

Nous avons l'assurance de ce que nous étions mais aussi l'inassurance de ce que nous allons devenir. Freud appelaient les toxiques, « les briseurs de Souci » (cf. **SORGE** en allemand qui signifie souci → cf. philosophes orientaux → c'est normal d'avoir le souci d'exister, il ne faut pas essayer de s'en débarrasser ou de le briser...).

Autre expérience de vulnérabilité antérieure (impliquant une mutation et une maturation): **les premiers pas lors de l'acquisition de la marche de l'enfant vers 1 an/ 1 an ½.**

→ c'est une crise subjective:

c'est une perte du prolongement du corps à l'Autre à une manière d'être sur le plan psychomoteur, une immense victoire. Cette expérience de la verticalité est nécessaire: c'est le prix à payer par l'Enfant pour avoir la joie d'être indépendant après avoir dû réaliser un renoncement par rapport à la perte de la sécurité des bras de l'Autre . C'est le prix à payer du changement. Aussi, il est important de noter que cette expérience de mutation est réciproque (les parents doivent aussi accepter que leur Enfant ou ado grandisse et ce quelque soit le stade de mutation-marche/adolescence).

Le changement est donc une crise. Le clinicien n'a pas affaire à un enfant qui apprend à marcher à un Sujet enfant en crise de devoir passer d'un « portage » (cf. Holding et handling de Winnicott) sécurisant à une situation d'apprentissage de la marche consistant à développer sa propre sécurité. Cela autonomise l'enfant dans la gestion de ses propres mouvements. Et pour les parents aussi c'est une crise, notamment avec le renoncement de ne pas surprotéger leur enfant (il faudra qu'il tombe de temps en temps pour prendre ses repères spatio-temporels et acquérir une certaine stabilité : cette stabilité nouvellement construite sera sa propre capacité à se sécuriser. En conséquence, le clinicien devant cette période de crise se doit de garder une certaine humilité : cela force le respect, le respect de la vulnérabilité. **Ce n'est pas drôle de prendre le risque du changement.** La sollicitude du clinicien sera induite par la confrontation de la vulnérabilité de l'Être. Cette double fragilité de l'Être est consubstantielle de l'Homme et circonstancielle. Comme disait Emmanuel Levinas (philosophe) : « Le visage de l'Autre m'oblige. » Ce n'est pas seulement du côté du devoir mais aussi c'est aussi du côté de la dette, condition de préservation de la dignité du lien social. D'ailleurs, la posture du clinicien est la suivante : « Être l'obligé de l'Autre. » Le clinicien n'est pas mieux loti pour pouvoir « ne pas faire de ce qui est la mort », de surmonter sa propre perte, d'expérimenter la subjectivité de sa condition.

La position du clinicien est telle qu'il doit partager l'expérience de la difficulté avec ce site particulier que ce dernier, lui, le supporte à la fois pour lui-même et pour l'Autre. Donner cette possibilité au patient d'accepter cette difficulté d'Etre c'est montrer qu'il est possible de succomber (sens mourir) à la tentation de vouloir se satisfaire immédiatement.

Concernant le transfert:

il y a un déplacement de l'appel à l'aide vers le clinicien. Ce faisant, le patient fait l'expérience qu'il n'ait pas une mère mais il le supporte. Le patient cherche quelqu'un à qui parler dans les 2 sens (à deux niveaux):

→ quelqu'un qui sera capable de ne pas satisfaire la demande car la non satisfaction de cette demande engagera le patient à parler (le fait de se taire invite le patient à parler).

→ et quelqu'un qui ne peut pas prétendre d'avoir ce qu'il faut pour être heureux : c'est la condition du Clinicien sans imposture...

La force du Clinicien c'est son consentement à la faiblesse, de ne pas avoir peur de succomber à la tentation de rassurer l'Autre, de lui supporter d'être démunie (ainsi que lui-même → il renonce à la puissance). Autrement dit, c'est du côté de l'humilité que s'apprécie la principale qualité du clinicien. Il aide le Sujet à supporter cette détresse en la montrant comme quelque chose de nécessaire. Nous n'y consentirons pas à l'approche médicale qui chercherait à la masquer avec un antidépresseur (ce qui par ailleurs une manière de fuir la détresse...) afin de l'accueillir -la détresse- en soi (de permettre au Sujet de l'accueillir en lui). Ne pas succomber aux solutions rapides (aux moyens de secours) c'est dans ce contexte que s'ouvre un espace où la difficulté d'Etre se symbolise, où la parole advient.

Levinas: Le Clinicien est différent dans la non indifférence.

Le Clinicien n'est pas l'Autre : il ne se met pas à sa place (ce n'est pas de la sympathie : il ne va pas dans le sens de l'Autre) mais il n'est pas indifférent (c'est de l'empathie : il lui apporte une aide objective par la prise de conscience de son état subjectif).

Que va-t-on faire de la sensibilité face à la détresse de l'Autre ?

Le savoir-faire serait-il gêné par la sensibilité du Clinicien ?

L'émotion provoquerait-elle un émoi qui occasionnerait un gêne dans l'objectivité ?

Nécessairement.

S'agirait-il de se débarrasser de cette gêne ?

Il s'agit d'en débarrasser le technicien (cf. pompier, chirurgien...) pour qu'il reste objectif. Mais un psy peut-il en faire autant ?

Cela supposerait que l'aide apportée par le clinicien serait du côté d'un savoir-faire qu'il devrait être désencombré/débarrassé émotionnellement/de sa subjectivité. Freud, bien que favorisant la libération des émotions (cf. méthode cathartique), précise qu'il serait tout à fait illusoire de croire que nous pourrions nous débarrasser de notre subjectivité car si le Clinicien devient un « technicien », la rencontre ne pourra se faire. En effet, l'opérateur du changement c'est la subjectivité même du Clinicien. Et puis sinon, cela signifierait que nous déplorerions que les Humains soient des Humains. La politique du Clinicien c'est la réduction des coûts par la réductions des coups/troubles ! Le Clinicien n'est pas un technicien. Voilà aussi pourquoi Freud disait que soigner, commander, éduquer (→ politique) sont des métiers impossibles car le Sujet résiste. On ne peut pas réduire l'Autre à l'Objet de son intervention. La subjectivité du Clinicien c'est sa ressource, non pas ce qu'il y a en trop.

Il ne s'agit donc pas de se débarrasser de ses émotions mais de les considérer pour pouvoir aider l'Autre à traverser les siennes.

Lacan: « Aimer (on peut le comprendre aider) c'est donner ce que nous n'avons pas à quelqu'un qui n'en veut pas. »

La rencontre des subjectivités est frappée par un impossible qui est la condition même de la rencontre. Voilà pourquoi l'entretien clinique est imprévisible.

Le Clinicien n'a pas pour but de :

- soigner (l'Autre n'est pas un Objet de soin)
- éduquer (l'Autre n'est pas un Objet de coercition)
- former (l'Autre n'est pas un Objet d'apprentissage)
- d'offrir une intervention caritative (l'Autre n'est pas un Objet de compassion)

A partir du moment où l'on écoute quelqu'un dans une situation « où il n'y a plus rien à faire » (cf. mourant, tétraplégique ou paraplégique ou autiste...), nous faisons l'expérience du renoncement à la puissance et non pas l'expérience de l'impuissance. Ecouter dans un entretien clinique c'est ni plus ni moins **Être là**. Ce renoncement (de la puissance) à faire pour l'autre est la condition de la présence. Voilà pourquoi le psy contrairement à un médecin par exemple est là pour supporter d'être atteint sans se blinder ni chercher à se défendre : il supporte la mort ou sa menace.

Par ailleurs Freud disait : « La guérison vient de surcroît ». Que cela signifie-t-il ? Cela signifie qu'à partir du moment où nous la cherchons – la guérison-, nous y faisons l'Objet de notre intervention. Cette intervention s'ajoute ou vient de surcroît à notre État d'Etre (fait d' **Être là**).

Être là pour l'Autre va lui permettre de réaliser une épreuve de mutation subjective et maturative en permettant à cet Autre de faire l'expérience d'une rencontre inter-relative qui ne soit pas déstructurée de sa subjectivité. Selon Adorno : « L'ami c'est celui qui au moment où tu exposes ta faiblesse n'en profitera pas pour affirmer sa force ».

COMPLEMENTS CMs (cours de Mme C. de l'année dernière)

1°) Qu'est-ce qu'un entretien clinique ?

Clinique à "main nue": J. Favey-Boutonier, femme française qui a fondé en 1959 le premier laboratoire de psychologie clinique en France.

Clinique "armée": D. Lagache => fondateur de la psychologie clinique en France en 1949. Il était médecin, psychiatre, psychanalyste et philosophe.

Il va parler de la clinique "armée" => objet précis, il voulait que la psychologie clinique "s'arme" de tous les outils possibles pour la connaissance de l'être humain. Cela sera critiqué dix ans après, notamment par son élève J. Favey-Boutonier qui fondera la clinique à "main nue" => le principal instrument du psychologue clinicien est **lui-même**, car lorsque l'on utilise trop d'outils, cela peut être pour se protéger de la relation avec l'autre. L'utilisation de tests sera tout de même conservée, bien qu'utilisée dans un autre temps, la clinique à "main nue" privilégie la relation de parole.

La pratique de l'entretien clinique implique: - l'acquisition de connaissances nouvelles

- un questionnement constant sur l'entretien: chaque entretien est nouveau et unique

- un questionnement constant sur soi-même: positionnement, le sens des interventions etc...

=> L'entretien clinique est avant tout une démarche où le clinicien est impliqué et engagé. L'entretien n'est pas une simple technique ou un protocole à appliquer. Il est avant tout une "rencontre" avec un sujet qui parle, qui **nous** parle et qui s'adresse à nous en tant que clinicien.

Il s'agit donc de ne pas réduire l'entretien à une technique, le fait de le réduire à une technique s'apparenterait à une difficulté.

1) Spécificités de l'entretien clinique

L'entretien clinique vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychique d'un sujet en se centrant sur son propre vécu et sur le témoignage qu'il veut en faire. Un clinicien est souvent tenté par les interprétations "sauvages". Le travail d'un clinicien est de concilier la théorie qu'il a appris et ce qu'un sujet dit.

Il s'agit pour le psychologue de s'intéresser à l'histoire, à la souffrance, aux difficultés de vie d'un sujet, à ses projets, aux liens qu'il a avec les autres etc...

Un entretien clinique s'intéresse à l'**intersubjectivité** et à l'**intrasubjectivité** => dynamique dans l'entretien qui concerne ces deux aspects.

L'entretien est au carrefour de trois disciplines, la psychopathologie (XVIIe), la psychologie clinique (XXe) et la psychanalyse (XIXe).

La psychanalyse ne se forme pas à l'université, elle est trois choses à la fois, une méthode d'investigation,

une méthode de traitement et un ensemble de concepts => certains aspects de cette pratique sont utilisés par la psychologie clinique, par exemple, l'analyse constante de sa position vient de Freud. Il apprend aussi à ne pas être dupe vis-à-vis de l'inconscient.

II) Types d'entretien cliniques

1) L'entretien à visée diagnostique

La pratique du diagnostic vient de la pratique médicale et psychiatrique. Dans la médecine, l'objectif principal du diagnostic est d'identifier une maladie => classification dans une **nosographie**.

En psychologie clinique => activité analogue au diagnostic médical. Mais en psychologie clinique, ce qui nous intéresse n'est pas l'homme malade mais l'homme en conflit.

Le conflit n'est pas considéré comme anormal, c'est quelque chose qui fait partie intégrante de la vie. Cependant, il devient source de souffrance lorsqu'il devient **répétitif** et **source de souffrances pathologiques**.

L'entretien à visée diagnostique se propose donc: - d'élaborer une description de la problématique d'un sujet

- de diagnostiquer = saisir un moment de

l'histoire d'un sujet. Récit -> sens des événements (il n'y a pas de recherche d'exhaustivité => chaque sujet attribue un sens subjectif aux événements qu'il vit)

Histoire personnelle= sentiments, fantasmes, rêves...

Une relation clinique est à privilégier à la recherche d'informations => un entretien clinique ne vise pas à "extorquer" des informations.

Contexte de l'entretien: a. Diagnostic: orientation thérapeutique, bilan psychologique -> entretien à visée diagnostique

b. Aide au soin psychologique: suivi psychologique, psychothérapie -> entretien thérapeutique

c. Recherche -> entretien de recherche.

La position du clinicien va également déterminer le type d'entretien => entretien non directif (libre)/entretien semi-directif (guide d'entretien, trame). L'entretien semi-directif est surtout utilisé pour les entretiens diagnostics et de recherche.

2) L'entretien à visée thérapeutique

Contexte de relation d'aide et de soin.

La psychothérapie: formation spécifique => nouvelle loi sur l'usage du titre de psychothérapeute (il faut être agréé par une commission réglementaire avant d'être thérapeute, justification du stage etc => défense des usagers) => la formation en psychologie clinique permet les bases en tant que psychothérapeute..

Le point de départ d'un entretien thérapeutique est toujours la **demande** d'un sujet en souffrance. L'objet

d'une psychothérapie est de produire une **transformation** subjective (= une transformation de la souffrance du sujet).

"Se soigner" consiste d'abord à prendre en charge la **partie excessive de souffrance** qui empêche de vivre. Du point de vue de la psychologie clinique, la souffrance fait partie de la nature humaine, il ne s'agit donc pas de la faire disparaître.

L'entretien thérapeutique implique une formation approfondie de la méthode clinique, ainsi que le fait de prendre conscience au préalable de ses propres faiblesses, de ses propres difficultés (**psychothérapie personnelle**). Il faut aussi une écoute attentive de la demande.

Cela nécessite des entretiens préliminaires: - afin de poser un diagnostic

- afin de s'interroger sur la structure clinique (névrose, psychose, perversion).

=> Peut-on prendre en charge ce sujet? Car une fois que le clinicien s'engage à prendre en charge un sujet, il doit tout faire pour respecter son engagement.

3) L'entretien clinique de recherche

Il ne se distingue pas des autres entretiens au niveau de la conduite.

+ L'objectif de l'entretien clinique de recherche n'est ni thérapeutique ni diagnostic.

+ Il cherche à accroître **les connaissances** dans un domaine particulier.

+ Il correspond à un **plan de travail** fixé par le clinicien chercheur.

Un chercheur n'est pas forcé de mettre en place un entretien clinique de recherche, il peut s'inspirer de cas cliniques suivis par lui ou par d'autres ou se baser sur des autobiographies etc...

La particularité de l'entretien est qu'il se fait à **la demande du clinicien chercheur**.

2°) La conduite d'un entretien

La clinique de l'entretien ne repose pas sur une méthode fixe comme un livre de recettes. Le clinicien est lui-même l'instrument le plus important, il est amené à perpétuellement s'interroger afin d'acquérir "l'attitude clinique" => elle se forme en écoutant les autres et surtout en les laissant dire ce qu'ils ont à dire.

I) Principes

1) La neutralité bienveillante

On a parfois l'impression qu'un clinicien neutre est froid et distant, voire même indifférent. Cependant, un bon clinicien ne doit pas être trop froid avec un sujet => il ne faut jamais oublier qu'en psychologie clinique la neutralité va de paire avec la bienveillance. C'est-à-dire que nous considérons l'autre comme un être humain qui peut souffrir, mais surtout qui a en lui les capacités de surmonter les difficultés qu'il rencontre.

Donc la neutralité bienveillante demande de la part du clinicien un travail constant sur ses sentiments.

=> Transfert = affects qui émergent en nous dans la relation clinique.

Être neutre signifie d'abord pour nous, s'abstenir de porter des jugements, des critiques, des désapprobations à l'égard du sujet qui nous parle. La neutralité bienveillante implique que le clinicien travaille sur lui-même afin d'éviter des réactions incontrôlées.

2) La "non-directivité"

La notion de "non-directivité" a été introduite par Carl Rogers (en 1960) => courant qui a eu un grand impact aux Etats-Unis, puisque dans les années 60, la psychologie était trop objectiviste. Rogers a introduit l'humanisme en psychologie, il voulait réintroduire la personne au centre du travail du psychologue. Rogers développe une théorie de la personnalité pas du tout centrée sur les conflits, mais sur **la tendance naturelle à l'épanouissement**. De cette théorie, Rogers affirme que l'entretien clinique cherche à favoriser le libre accès à l'expérience vécue.

L'objectif de la psychothérapie pour Rogers était de libérer la capacité à l'épanouissement. La "non-directivité" a été construite par Rogers à partir du principe d'association libre.

Association libre et "non-directivité": Rogers ne construit pas sa théorie autour de la notion de conflit, mais autour de la notion d'épanouissement. Il considérait aussi que si notre épanouissement était entravé, c'est à cause de l'influence extérieure. Au contraire, pour Freud, nous avons une large part de responsabilité à ces obstacles.

Dans le domaine de la psychologie clinique, la "non-directivité" nous renvoie à l'association libre. La "non-directivité" implique plusieurs choses: - l'attitude d'accueil et non pas d'initiative

- entretien centré sur le vécu du sujet, son dire, sa position
- primat de la personne et non pas seulement du nombre objectif...
- faciliter la relation clinique et la parole.

3) Le respect de la personne

Du point de vue de la psychologie clinique, nous considérons d'abord la personne dans son originalité, chaque être est unique et différent => clinique au **"un par un"**. Nous allons nous intéresser à **ce qui échappe** à chacun d'entre nous (= inconscient) -> ne pas réduire les êtres à des étiquettes.

Une position éthique personnelle est élaborée par chaque cliniciens, à l'opposé de la déontologie qui dicte des règles générales pour tous les psychologues. Bien sûr, l'éthique et la déontologie doivent respecter les **droits fondamentaux**: dignité, liberté, confidentialité des informations, anonymat, consentement libre et éclairé.

Dans l'entretien clinique, le respect de la personne se traduit par le respect de: - la personnalité du sujet

- ses

appartenances sociales, religieuses, culturelles, professionnelles...

- ses

aménagements défensifs: la défense a une fonction subjective. Elle permet par exemple de gérer les conflits momentanément.

4) Le temps de l'entretien

a. Le temps logique et le temps chronologique

L'entretien se déroule dans une durée limitée, néanmoins durant l'entretien, un temps logique est effectif. Et ce, du fait de l'intemporalité des processus inconscients. "Les processus du système inconscient sont intemporels, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas ordonnés dans le temps, ne sont pas modifiés par l'écoulement du temps, n'ont absolument aucune relation avec le temps." (Freud)

b. L'effet rétroactif des souvenirs

Aussi appelé notion "d'après-coup".

D'une façon générale, le temps logique prime au temps chronologique. Un sujet pourrait avoir du mal à respecter la durée de l'entretien => il faut donc prendre en compte le temps propre à chacun -> temps subjectif, logique subjective.

La durée des séances est donc une question essentielle de l'entretien.

3°) Le transfert

I) Transfert et défense

Le transfert est un phénomène clinique qui a été mis à jour par Freud au même moment qu'il fonde la psychanalyse, c'est-à-dire que le transfert apparaît à Freud en même temps qu'il découvre les processus inconscients.

Dans la représentation clinique, la représentation du clinicien vient s'ajouter à l'ensemble des représentations psychiques du sujet. Cette idée du clinicien est souvent préférée par le sujet à la place des idées désagréables qui pourraient faire surface => le transfert de l'attention du clinicien permet de ne pas s'occuper de ses propres pensées => "**fausse association**".

Le transfert va donc servir comme mécanisme de défense, il est donc une formation de l'inconscient, au même type que le symptôme, les rêves, les actes manqués. Et donc, il obéit aux loi **du déplacement et de la condensation**.

II) Le transfert et actualisation d'affects inconscients

Le sujet s'intéresse d'emblée au clinicien autant qu'à ses propres associations (déplacement). Le sujet déverse par le transfert un trop plein d'affects sur le clinicien (affects aimables ou hostiles). Un affect extrêmement marqué et excessif ne peut exister dans une relation qui commence.

Le sujet réactualise dans la relation clinique un fragment de vie affective resté inconscient.

L'intensité de ces affects (amour dévoué ou haine sans répit) met en danger le travail clinique => l'objectif

du traitement est remplacé par celui d'aimer ou haïr le clinicien.

Importance de la formation du clinicien: analyse et maniement du transfert afin de le transformer en transfert de travail. Sans transfert il n'y a pas de travail clinique, mais il peut en être un frein s'il est trop prononcé.

"Le transfert s'établit spontanément dans toutes les relations humaines" (Freud) => le travail clinique ne crée pas le transfert, il le dévoile et s'en sert comme moteur.

"Toute relation entre deux sujets, particulièrement quand l'un est en position d'attendre quelque chose de l'autre implique la mise en place du transfert. Entre autres raisons parce que cette attente d'aide active des situations de dépendance à l'autre et du désir de l'autre rencontré dans le passé." (Nougué)

Une des caractéristique de l'approche de Rogers est qu'il ne tient pas compte du transfert => limite de son approche psychothérapeutique. Analyser le transfert c'est aussi respecter la liberté du sujet.

III) Transfert, répétitions et résistance

Le transfert est déplacement d'affects inconscients, mais aussi mise en acte de ces affects.

Dans le travail clinique, la répétition agit (des demandes, des comportements...) va apparaître à la place du souvenir, c'est une forme de transfert. Le patient répète au lieu de se souvenir.

"Ce n'est pas sous forme de souvenir que le fait oublié réapparaît, mais sous forme d'action. Le patient répète évidemment cet acte sans savoir qu'il s'agit d'une répétition." (Freud).

IV) Le contre-transfert

Freud met l'accent sur le transfert et non pas sur le contre-transfert (utilisé une seule fois), se sont plus ses successeurs qui ont abordé la question.

Lorsque l'inconscient du clinicien est touché par les affects du sujet et laisse passer son propre transfert => **contre-transfert**.

Il s'agit donc de prendre en considération ce contre-transfert pour faire avancer le travail.

Le clinicien peut être en cause d'un arrêt du travail clinique par les **expressions contre-transférentielles** comme: - l'angoisse (l'affect du sujet peut réveiller l'affect du clinicien)

- l'attitude surprotectrice

- l'agressivité

- la fermeté et la distance => expression excessive chez certains cliniciens

- les préjugés et à priori => lorsque le clinicien essaie d'imposer ses idées au sujet.

ENTRETIEN CLINIQUE
TDs

TD1

2 auteurs :

- NOUGUE
- JACOBI

Reformulation du CM du matin

- Silence bienveillant
- Ne pas répondre à la question
- Pourquoi de la philo dans la psycho alors qu'un entretien clinique doit avoir un cadre ?
 - 1. Un entretien clinique se fait dans un cadre éthique
 - 2. La psychologie a des fondements philosophiques
 - 3. La philosophie permet une réflexion utile à l'exercice objective de l'entretien clinique
- L'attitude du clinicien est un Etat d'être d'une neutralité bienveillante
- 3 éléments : l'amour, la mort, l'identité
du côté de ce qu'on pourrait objectiver (objectivation)
cerner
cadrer
- Question philosophique par excellence et intéressante :
avez-vous l'assurance de la réalité ?

Nous ne l'avons qu'à travers ce que nous vivons, parlons et de ce que nous nous
représentons. Tout savoir (y compris scientifique) est une construction de l'esprit.

La représentation est un concept en SHS qui signifie une idée que l'on se fait à propos de ce qui est.

- Rien n'est suffisamment nouveau
- Travail de perte, de deuil, de transformation
- La « fureur de soigner » ; concepts : réel, guérir mais ici, le but 1er de l'entretien clinique n'est pas de guérir (cf. travail de perte, de deuil)
- notion de Sujet

Entretien clinique

C'est un échange de paroles (cf. dictionnaire) et une interlocution (aussi) c'est-à-dire qu'il s'agit de :

parole

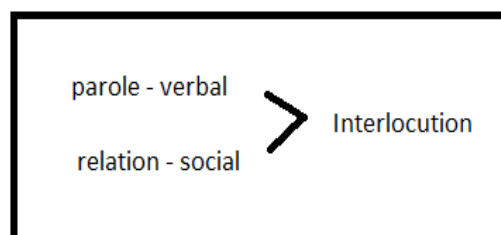
et de relation

L'ensemble formant une interlocution (inter : entre deux personnes et locution : fonction de parler).

- Rencontre entre 2 personnes qui se causent
- 2 personnes en présence ce qui suppose une relation

=> La dimension de la relation est consubstantielle de l'entretien.

La réalité n'existe pas en soit, elle n'existe que dans la mesure où l'on la perçoit ; de même, un individu n'existe pas. Dans l'individu, le sujet disparaît (n'est pas sous-entendu). L'individu n'existe pas en tant que tel. Le sujet existe et sa condition c'est sa relation. On ne peut pas ne pas être en relation : c'est la condition du sujet pour qu'on envisage d'emblée la relation. Relation interpersonnelle/intersubjective. Aristote disait « L'Homme est politique » → La relation, la société précède le sujet. C'est ce qui spécifie le langage humain c'est le fait que l'Homme parle en relation. Poser la question de l'entretien c'est s'intéresser au langage humain :



Si c'est un entretien **clinique**, c'est que:

ce n'est pas une discussion, ni une conversation, ni un débat d'idée, ni une controverse, ni une diatribe.

Il s'agit d'un scénario social et verbal particulier impliquant une prise de position dans l'entretien clinique.

L'entretien clinique répond à plusieurs sortes d'exigences :

- *à des exigences éthiques* (morales → notion de rapport bien/mal dans la relation à l'autre)
 - statut de pouvoir → cf. prise de position
 - respect
 - prise en compte du point de vue de l'autre qui est irréductible ; il n'y a pas une vérité à laquelle on doit se rallier plus qu'une autre, il n'y a que des points de vue de vérité
 - règle de non agression : l'entretien clinique ne doit pas être un lieu de violence.
 - règle d'abstinence (interdiction du passage à l'acte pour les 2 sujets)
 - règle de confidentialité
 - exigences éthiques : pour le clinicien, il s'agit de:
 - la reconnaissance de la valeur inconditionnelle de l'autre
 - créer des obligations → selon le philosophe Emmanuel Levinas « lorsqu'il apparaît le visage de l'autre m'oblige. »

- *à des exigences déontologiques*

Elles renvoient à l'exercice du métier et sont fonction du Code de Déontologie des psychologues cliniciens. Comment les mettre en œuvre ? Elles vont se décliner selon le contexte institutionnel.

- *à des exigences épistémologiques*

Épistémologie : science de la connaissance qui consiste en l'étude sur les modalités d'étude; le savoir sur le savoir correspond à l'Épistémée.

Il s'agit de donner un statut au savoir que l'on a sur le sujet: ce cadre épistémologique permet d'élaborer une certaine conception du sujet humain. Mais attention, il s'agit d'un point de vue sur l'humain car la connaissance absolue sur l'être humain n'existe pas. Nous pouvons mettre en évidence la division du sujet par le fait que nous ne connaissons qu'une petite partie du monde/de soi: le sujet est divisé par son ignorance partielle ainsi que par son regard. Il se passe des choses qui échappent à notre conscience claire, que nous ne pouvons contrôler ou maîtriser. En effet, « quand je dis quelque chose, ça se peut bien que ça en dit une autre chose. » Et ce que l'autre dira sur nous sera la partie de vérité qu'il a sur nous car en réalité, personne ne peut définir qui nous sommes (chacun). Toutes ces petites défaillances que nous appelons erreurs pourraient bien être un effet de sens.

- à des exigences méthodologiques (25% des exigences)

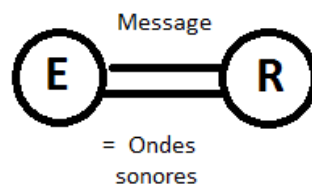
Il existe là un certain savoir faire, des modalités de mise en œuvre. La complexité de mise en œuvre d'un entretien clinique tient à ceci : la rencontre entre 2 sujets est insaisissable, inobjectivable, imprévisible d'où l'importance de non directivité de l'entretien. Les appréhensions du sujet rentrent dans les exigences épistémologiques du clinicien (connaissance sur le sujet humain et qu'il doit anticiper sans préjugé). Le caractère insaisissable du sujet fait que l'entretien clinique est imprévisible.

TD2

Reformulation du CM du matin :

- subjectivité
- patient/clinicien
- Freud
- Langage comme manière de manifestation
- bidule
- truc
- chose
- machin
- Acte en entretien clinique → acte réfléchi ? Il y a des réflexions préalables mais l'acte en lui même n'est pas « calculé ». La réflexion c'est pour que le clinicien adopte une attitude adéquate face aux réactions du patient. En ce sens, les préliminaires sont tout aussi utiles que l'acte lui-même.
- Ce que l'on déconstruit ce sont des représentations.
- Plainte du Sujet: il faut comprendre qu'il nous manque quelque chose. Nous ne sommes pas complets. Ce manque à être fait que nous sommes chacun un Sujet divisé (à soit tout seul on ne forme pas un → « nous sommes chacun un « un barré »). C'est comme si « nous cherchions chacun notre moitié ».
- Le changement c'est de devoir faire le deuil d'une partie de soi : il se fait au prix d'une perte. Il se peut que cela soit difficile au départ car il est possible que nous puissions regretter une partie de sa vie (par exemple par une expulsion ou une sensation d'expulsion).
- La demande d'aide c'est la condition à la parole mais cette demande d'aide constitue même le paradoxe de l'entretien clinique. En effet, cette demande d'aide est paradoxale/ambivalente : c'est une tension (entre 2 pôles pas forcément opposés), un **entre-2**, un « tiraillement ». L'ambivalence est constitutive de la demande d'aide et n'implique pas forcément de choisir entre 2 ou plusieurs choix. « Choisir c'est renoncer ». Il s'agit d'une demande ambivalente de changement et de confirmation dans ce qu'on est, adressée au clinicien. C'est ambivalent car lorsqu'un Sujet demande de l'aide, dans le même temps il n'en veut pas. Cela signifie que le Sujet veut être autrement et en même temps resté le même d'où l'ambivalence de la demande (cf. Platon, Le Cheval Blanc et le Cheval Noir).

Il y a un décalage/écart entre ce que la personne pense et ce qu'elle dit.



Dans le message (cf. schéma), il y a des ondes sonores mais aussi du sens (signe = SA/SE, SA = signifiant et SE = signifié).

L'écriture phonétique transmet un signifiant :

SA (signifiant) -phonétique-	SE (signifié) -signifiés possibles-
mēr	mer
	maire
	mère
	l'amer

Cet exemple démontre que l'interlocution est basée sur un malentendu. => Le sens ne va pas de soi. Il échappe aussi à celui qui l'énonce.

- Histoire d'un Monsieur allemand (Mr Katzman) allant en France qui va voir un rabbin

KATZMAN signifie « CHAT L'HOMME » en français. La polysémie des mots démontre qu'une expression phonétique a plusieurs sens.

- Autre histoire : cf. 2 psys qui logent dans un hôtel luxueux et leur portier qui leur dit : « Beau temps n'est-ce pas ? ». Après avoir rejoint leur étage, ils se demandent : « Qu'a-t-il voulu dire par là ? » - question typique que se posent les psys en général.-

Cette question est le point de démarrage d'un entretien clinique. L'énoncé est une boîte qu'il va s'agir d'essayer d'ouvrir.

Résumé:

- Il n'y a pas d'égalité et de complémentarité entre l'un et l'autre.
- La rencontre est toujours basée sur un désaccord, un malentendu.
- Ce désaccord tient à la consistance et à l'opacité du Sujet (consultant et clinicien).
 - L'émetteur (Sujet) en dit toujours un peu plus qu'il croît
 - L'émetteur ne sait pas réellement ce qu'il dit
 - Le récepteur (Clinicien) ne sait pas exactement ce que l'autre dit
 - Le récepteur ne sait pas non plus exactement ce qu'il entend

C'est donc un malentendu au quadruple qu'il s'agit → il y a donc forcément une ambiguïté.

En reprenant l'exemple de la 2ème histoire, le portier demandait de la reconnaissance, fondamentalement, de l'attention, de la sollicitude, de « l'Amour »... En général, la demande est toujours une demande de reconnaissance ou d'attention ou d'Amour (cf. Platon et Socrate, Le Banquet. Qu'est-ce que c'est que l'Amour ? → un discours d'Aristophane parmi les 6 discours existant dans le livre).

Texte 1: *L'entretien : outil du clinicien* (Y. Nougé)

1^{er} § : caractère imprévisible de l'entretien

→ C'est l'avis/la vie de chacun qui ressort dans le discours (verbal + non verbal) car l'écoute de ce qui s'est dit va au-delà de qui s'énonce.

→ le clinicien doit avoir les oreilles ouvertes à l'inattendu (importance de l'ouverture)

3^e § : les opérateurs sont les mécanismes en jeu dans l'entretien clinique

4^e § : le principe de singularité de l'entretien clinique (l'entretien clinique est unique).

5^e § : Idée de réinvention (cf. déjà énoncé dans le §1 du texte) → « perdre l'instant pour avancer ».

6^e § : La logique psychanalytique implique 3 opérateurs :

-division du Sujet

-subjectivité

ou rapport à la subjectivité

- exigences à respecter dont l'exigence éthique (Ne pas abuser du pouvoir qu'on a sur l'autre)

7è § : il existe un paradoxe dans ce paragraphe : même en s'effaçant, le clinicien a un silence actif. Son silence n'est pas une absence mais une présence (cf. Etat d'Etre).

11è § : ce § montre qu'il existe plusieurs psychologies : la psychologie (en général) est composite, multiforme.

13è § : il ne doit pas y avoir de gêne dans l'entretien clinique (le psy ne doit en aucun cas juger). On va au-delà de ce qui devrait se dire ou de ce qui doit être exclusivement entendu.

15è § : Ce § démontre que le clinicien est/reste un filtre malgré tout et que ces limites de son entendement proviennent par ce qu'il est.

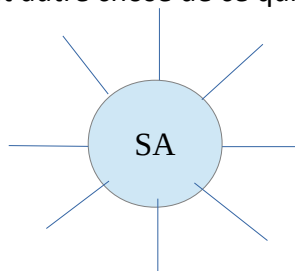
16è § : contrairement aux conditions ordinaires où « l'on s'arrête » sur le malentendu, les conditions de l'entretien clinique l'accepte d'emblée ce qui implique que dans ce dernier. Il n'y aucune gêne (première) à se débarrasser: Lacan dans ce § veut dire que l'entendement commence par le consentement.

17è § : le signifiant va venir polariser les signifiés (le signifiant est une sorte de « ton » donné au contenu des signifiés) : il existe un décollement/un écart entre le mot et la chose. → cf. §22

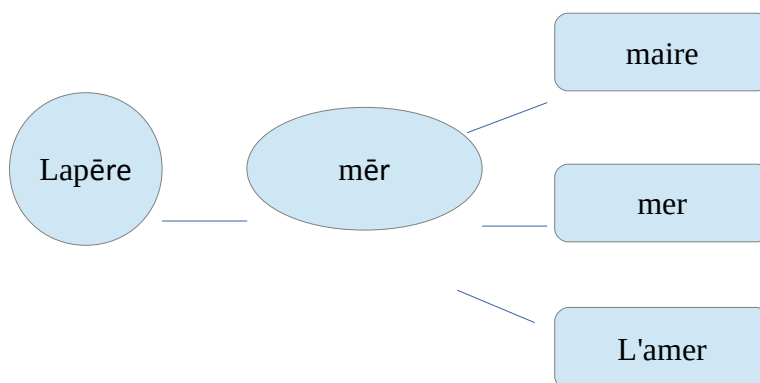
18è § : ce § traite du dérobage/déplacement du sens (cf. histoire KATZMAN)

19è § : « il est autre chose de ce qui est dit »

22è § :



23è § :



« Ce qui cherche à se dire va au-delà de ce qui se dit . »

26è § : → le risque de se tenir à ce sens là.

TD3

La reformulation permet à celui dont elle est destinée de s'entendre dire ce qu'il a dit. C'est un excellent moyen de voir comment l'information est comprise à travers dont cela a été entendu.

Dans les sociétés occidentales, le Ying et le Yang forme un Tout tandis que dans les sociétés orientales, le Ying et le Yang sont séparés par le Vide médian. Il s'agit d'un équilibre à 3 pôles avec une double polarité normalement soutenu par le vide médian (le 3è pôle étant neutre). En cas de rupture de l'équilibre, il y aurait soit une déviance vers la pulsion de mort (cf. dépression, mélancolie) soit une déviance vers la pulsion de vie (cf. manie). Alors, finalement ce serait ce vide médian qui constituerait Le désir serait alors la pulsion de vie alors que l'absence de désir serait relatif à la pulsion de mort.

L'exemple de l'*anorexie mentale* démontre un ascétisme extrême régi par la pulsion de mort et pouvant aller jusque la mort. L'ascétisme c'est le lien avec les Yogies dont nous avons parler la dernière fois : c'est le renoncement à un certain rapport au monde à distinguer d'un renoncement au monde. Mais la différence entre les Yogies et l'anorexie mentale par exemple, c'est qu'ils ne se placent pas du côté de la pulsion de mort. Par ailleurs, Sylvain Tesson, fils du journaliste Philippe Tesson du journal Le Figaro et qui se définit comme écrivain aventurier, décrit assez bien son ambivalence dans son rapport à la vie.

Freud disait: « On ne renonce jamais à rien, on ne fait que remplacer quelque chose par quelque chose d'autre ».

Le travail que le Clinicien doit faire pour garantir sa qualité d'écoute s'appelle la *Supervision* : cela suppose que sa condition d'écoute soit écoutée par un autre -clinicien- car le contrôle de sa subjectivité doit être mise au travail. Sa subjectivité ne doit pas être ôtée.

L'entretien clinique : le travail du clinicien n'est pas de conseiller, d'aider, d'éduquer, de commander. Son travail doit être un silence bienveillant actif, il doit habiter son silence: « Un silence plein que le parole vide ».

L'écoute n'est pas de l'indifférence, c'est quelque chose d'actif. C'est un engagement de Soi dans la rencontre, cela suppose de se « coltiner », notamment lorsque le Sujet sera en plein transfert.

Le travail en entretien clinique est une manière d'Être là dans une rencontre engagée. Il est d'ailleurs bien plus difficile d'écouter que de dissuader ou d'orienter.

Le demande d'aide est ambivalente. L'écoute dans l'entretien c'est Être là.

Exemple d'une patiente suicidaire et qui a énuméré au téléphone l'ensemble de ces problèmes depuis son Enfance. Selon le clinicien, elle raisonne bien sur le fait que sa vie soit dure à éprouver (c'est un véritable psychotraumatisme au vu de l'intensité des événements et de leur répétition). Cela signifie que le Clinicien pour la soutenir et l'empêcher de passer à l'acte ne devra absolument pas chercher à expliquer sa situation car cette patiente sait l'expliquer d'elle-même. Il ne faut pas réduire le Sujet à son manque en lui disant quoi faire (car lui dire quoi faire c'est le réduire à ce qu'il n'est pas; rappel : ne nous pouvons pas définir les autres) puisque ça le marquera encore plus: alors comme en tant que Clinicien nous devons nous abstenir de faire des recommandations ou des conseils (importance de l'absence de ces derniers), nous devons habiter cette écoute en restant là. Ainsi cette patiente a pu se raccrocher à cette présence, celle d'Etre là et s'est déjà ça.

Le but n'est pas de faire taire le Sujet afin de le laisser s'exprimer librement afin de lui offrir une écoute complète : d'ailleurs, le fait de chercher à relativiser ou rassurer est justement tout ce qu'il faut pour faire taire un Autre. Il faut donc se montrer humble et manquant pour que l'Autre accepte sa condition. Le Clinicien n'est pas là pour lui donner de réponse puisqu'il n'y en a pas ! Devant cette épreuve du manque, le Clinicien est supposé supporter lui-même le manque (le terme « supposé » apporte une nuance car le Clinicien arrive à Être là sans rassurer/relativiser ou encore sans donner de réponse ou de conseil, pour la personne qu'après avoir lui-même été supervisé dans son écoute et après avoir accepté sa condition). Le Sujet peut avoir de la difficulté à le supporter au départ : c'est pour cela que nous pouvons quand même parler par intermittence (en faisant quelques relances à des moments adéquats). Cependant cette parole ne doit être ni donner de réponse, ni chercher à être rassurante ou recommandante, elle doit permettre à l'Autre de s'exprimer et de montrer que nous écoutons. D'ailleurs, nous ne sommes pas obligés d'avoir les réponses à toutes les questions, nous devons respecter les silences.

Explication du pourquoi le Clinicien ne doit pas chercher à rassurer:

Pour cela, reprenons l'exemple de cette patiente suicidaire → supposons que le Clinicien lui dise « Ça va aller madame, ne vous inquiétez pas. Je vais appeler les urgences pour vous etc. »

Ce n'est pas une parole adaptée puisqu'en réalité cette patiente est allée n fois aux urgences pour tentative de suicide et qu'elle ne sait pas sentie écoutée dans sa souffrance et c'est pour ça qu'elle veut chercher à recommencer. Tant qu'elle n'aura pas été entendue véritablement dans sa souffrance, elle fera un appel à l'aide jusqu'au jour où elle voudra en finir pour de bon car personne ne lui aura fourni de communication vraie/authentique. C'est pour cette raison qu'il ne faut pas rassurer car cette patiente raisonne bien quand au fait que sa vie a été dure à éprouver (elle a eu un tas d'événements négatifs qui fait que le Clinicien ne peut pas lui dire que « ce n'est pas grave »). Et rien que le fait de considérer cette souffrance sans chercher à y mettre de définition dessus ni en cherchant à la manipuler (ex : « prenez tel médicament » ou « allez voir tel médecin » ; ou encore « ça vous passera »), c'est cette attitude précisément qui fera que cette personne se dira que c'est déjà ça, que c'est déjà « bien » de recevoir une écoute non jugeante et considérante car c'est cela qui la rend active et authentique. D'ailleurs, la plupart des gens qui souffrent n'ont pas vraiment besoin de quelque chose en particulier, si ce n'est que nous soyons là pour eux pour écouter leurs états d'âme. Communiquer ce n'est pas uniquement parler, c'est aussi

savoir se taire (langage non verbal ++++). Même quand on parle, les gens retiennent 10% des mots, 90% du ton donné. Alors là nous pouvons comprendre que « un silence plein » -plein d'humilité et de respect et d'écoute- peut avoir plus de sens « qu'une parole vide » -vide où son sens où elle cherche à définir/réduire l'autre sans le considérer dans son intégrité-.

Être là s'éprouve là où il n'y a plus rien à faire. La présence authentique de l'Autre par son absence de réponse à la question incite le Sujet à assumer son existence. C'est dans cette condition qu'il pourra faire l'expérience d'une mutation subjective et de maturation.

Étude sur l'Hystérie, Freud (1895) → début de la théorisation de la psychanalyse

- renoncement à exercer un pouvoir sur l'Autre

A partir des patientes hystériques, la psychanalyse a été inventée et nous leur avons attribué le titre de noblesse de la psychanalyse. A la fin du 19^e siècle, les hystériques étaient traitées de « sorcières ». Ceci s'explique en partie parce que la science médicale était mise en échec, elle ne pouvait expliquer cela (sous entendu la cause qui n'était pas visible). De plus, la majorité des médecins de l'époque étaient des hommes et ne supportaient pas (cf. Esprit de rationalité) d'être mis en échec (en ne trouvant pas la cause de cette « maladie ») par des femmes (la plupart des hystériques étaient des femmes).

Charcot a été le seul médecin à essayé de dépasser cela avec la prétention de dire « Je vais réussir là où les autres ont échoué ». Le côté positif c'est qu'il a usé de son pouvoir dans l'intérêt des patientes. Malgré elles, ils voulaient les soigner, les guérir.

L'hypothèse de Charcot était la suivante : le trouble dont il est question est un trouble réel dont la cause ne se voit pas. **C'est la première hypothèse de la causalité psychique**. Comment agir ce sur ce trouble selon lui ? Par l'hypnose. Charcot leur a ordonné de se débarrasser de leur symptôme et cette suggestion hypnotique va marcher. Le fait que « **les mots agissent sur les maux** » est une découverte extraordinaire sauf que ça ne dure pas car le trouble finit par revenir/réapparaître une fois que l'état de transe hypnotique s'arrête.

L'autre hypothèse qui se pose alors est : quelque chose résisterait à l'hypnose, dans le sens les personnes hystériques n'en gardent pas le moindre souvenir de cette parole prononcée par le médecin une fois sorties de leur transe. Freud en fait l'hypothèse qu'il existerait un réservoir où se déposerait des pensées séparées de la conscience c'est-à-dire sans que le Moi en ait conscience et qui fait qui ne soit pas capable d'intervenir. Freud comprend en ce sens qu'il existe une résistance naturelle au fait de se laisser hypnotiser et que l'état de transe hypnotique serait induit chez des personnes hypnotisables (et en particulier les hystériques). Le patient hystérique se laisserait hypnotiser justement parce qu'il est facilement hypnotisable au vue de sa structure psychique (structure névrotique): cela signifie que ses symptômes névrotiques et en particulier hystériques le font inconsciemment accepté d'être manipulé par la suggestion de l'Autre (un des symptômes hystériques étant la labilité émotionnelle en lien avec une volonté séductrice -comportement séducteur en public-).

Ce n'est pas donc tant les effets de la transe hypnotique induite par le médecin qui comptent mais plutôt l'impact de sa force suggestive.

Les personnes hystériques sont particulièrement suggestibles et la ***suggestibilité, c'est l'aptitude à être influencé par une idée acceptée par le cerveau et à la réaliser*** (cf. critique de la méthode d'hypnose suggestive de Charcot par Bernheim). Selon Bernheim, les phénomènes hypnotiques ne sont en réalité que des phénomènes de suggestibilité et ***«tous ces procédés se réduisent en réalité à un seul : la suggestion. Impressionner le sujet et faire pénétrer l'idée du sommeil dans son cerveau, tel est le problème»***. L'hypnose n'est pas un état pathologique propre aux hystériques, elle peut être induite chez beaucoup d'individus, tout particulièrement chez ceux habitués à obéir. D'ailleurs, un peu plus tard, Bernheim proposa d'abandonner le mot « hypnose » et de ne parler que de « suggestion » et « psychothérapie » : ***« Il n'y a pas d'hypnotisme, il n'y a que de la suggestion ; c'est-à-dire, il n'y a pas un état spécial, artificiel, anormal ou hystérique qu'on peut qualifier d'hypnose ; il n'y a que des phénomènes de suggestion exaltée qu'on peut produire dans le sommeil, naturel ou provoqué.»***

Il existerait quelque chose de la mobilité émotionnelle des patientes qui ferait apparaître/disparaître le symptôme: c'est la « catharsis », **indépendamment de l'état de transe hypnotique.**

Nous pouvons l'illustrer avec la méthode de l'hypnose cathartique de Breuer avec sa patiente Anna O. (à distinguer avec l'hypnose suggestive de Charcot). Breuer constata quelque chose d'original: lors de ses états hypnotiques, Anna se mettait inconsciemment à raconter une histoire à propos des troubles qui l'avaient tourmentés pendant la journée. Après quelques mois de consultation, Breuer fit une autre observation: les symptômes disparaissaient chaque fois que la patiente parvenait à se souvenir des circonstances pour lesquelles ils étaient survenus pour la première fois. Ce traitement cathartique de remémoration sous hypnose n'est pas moins douloureux puisqu'il évoque et ravive des affects ressentis lors de ces événements traumatiques.

Freud vérifie son hypothèse sur la valeur de la parole et son impact. Il pense alors que le résultat cathartique résulte moins de l'hypnose elle-même que de l'impact de la parole douée de pouvoirs thérapeutiques.

N.B :

Catharsis = libération émotionnelle, une sorte de purification des affects/passions.

C'est-à-dire que le fait d'exprimer ses émotions/affects [maux] avec des mots permettrait de les libérer et cela aurait en conséquence une sorte de purification par la libération d'un poids inconscient.

La résistance = manifestation de refus du changement.

d'où l'idée d'une autre hypothèse : la résistance est d'autant plus forte que le pouvoir du médecin augmente.

L'hypnose réduit à néant la subjectivité des patients tandis que le procédé cathartique permet à ces derniers, ici des femmes hystériques, de renverser du rapport de domination existant entre eux et leur hypnotiseur, ici notamment pour renverser le rapport de domination homme/femme (c'est comme la personne hystérique disait « Taisez-vous, écoutez-moi. ». A la faveur de la remémoration du moment où les symptômes sont apparus, nous constatons que ceux-ci disparaissent malgré les affects de la scène traumatique. A partir de cette parole là, le Sujet se reconstruit et c'est ce qu'on appellera par la suite le « **Talking cure** ». **Le symptôme est un message qui tient lieu de représentant du conflit intrapsychique.**

COMPLEMENTS Tds (cours de Mme C. de l'année dernière)

1°) INTRODUCTION GLOBALE, L'ENTRETIEN OUTIL DU CLINICIEN (Y. NOUGUE)

L'entretien clinique implique une acquisition de connaissance, mais c'est également un questionnement constant sur l'entretien lui-même puisque chaque entretien est unique. Un questionnement permanent sur lui-même comme sur le sens de ses interventions => on ne peut pas appliquer de méthode, pas de protocole -> seulement des opérateurs et le maniement de ces opérateurs (qu'est ce qui se joue dans cet entretien?)

Cette rencontre entre deux individus est une interaction => **parole** => du point de vue de la psychanalyse, le langage est le point de vue de l'inconscient. Le psychisme de l'homme est en partie conscient mais plus encore inconscient => "iceberg".

-> Formation de l'inconscient, rêves, lapsus, actes manqués... qui fait rupture dans la vie psychique et irruption dans la vie courante du sujet à son insu.

Lacan nous met en garde à l'égard d'une représentation réductrice "Il ne s'agit pas de passer d'un étrange inconscient plongé dans l'obscur, à l'étage conscient, siège de la clarté par je ne sais quel mystérieux ascenseur."

Freud -> métapsychologie -> appareil psychique = moyens d'élaborer des hypothèses, des principes fondamentaux -> théorie -> approche clinique => cure analytique -> processus inconscients -> constitution du symptôme => exemple différents mécanismes de défense (pathologiques et inconscients) qui sont témoins des structures (névroses, psychoses et perversions).

Cette notion de défense englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers internes, c'est-à-dire le conflit intrapsychique entre des forces antagonistes et les dangers externes. D'une manière très générale, au quotidien tout comportement est lieu d'un conflit entre l'individu et le monde extérieur. Lorsqu'une poussée pulsionnelle risque de rencontrer un interdit externe, réactivité, exigences sociales etc... ou interne, instances morales intérieures du Surmoi. Les interactions et oppositions de forces vont déclencher la mise en place de mécanismes de défense qui aboutissent à un compromis entre la satisfaction du désir et le respect de l'interdit.

Pour conclure sur cet aspect métapsychologique, la construction psychique dépend de la construction propre à son histoire => culture et époque. Donc, pour avancer dans l'entretien clinique, on à l'usage d'un appareil conceptuel proposé par la psychanalyse et adapté à la psychologie clinique et à la psychopathologie. La psychanalyse est aussi une éthique, elle fixe une certaine règle -> respect du clinicien même s'il sait s'effacer pour écouter.

Donc la théorie donne un cadre à une pratique clinique -> cette pratique va faire un retour à la théorie. Un cadre lié avec les opérateurs conceptuels.

Demande -> "ça ne va pas" -> savoir

-> clinicien -> dispositif, mais il doit se dégager de tout jugement, conseil, affirmation. Il convient de démarrer chaque entretien comme si c'était le premier, cela correspond à consentir à s'engager vers quelque chose qui est du non savoir -> soutenir un sujet dans l'émergence de son dire, ce qu'il ne parviendra pas à faire si on l'enferme dans une logique de l'explicite. Pour que le sujet puisse s'aventurer au delà de ce qu'il semble vouloir dire de ses représentations, de ses opinions. Dans ce fonctionnement sans

idée préconçue, le psychologue qui oriente malgré tout l'entretien peut lui aussi se laisser surprendre. Son écoute est flottante mais néanmoins attentive. Par cette relation intersubjective, un sujet appréhende son vécu au travers de son témoignage, mais pour que son dire se manifeste, il faut qu'il puisse trouver en face de lui quelqu'un qui l'écoute vraiment, c'est-à-dire quelqu'un qui puisse être en mesure de l'entendre, sans qu'il y ait d'interférence avec sa propre histoire.

A l'instar de Freud qui encourageait ses patients à tout dire, si nous encourageons un tout dire, cela implique en miroir de tout entendre. Cela n'a de sens et d'effet que par le **transfert**. Tout entretien ne s'appuie que sur l'énonciation et suppose un sujet au delà de l'interprétation immédiate de la narration et du déroulement de son histoire.

2°) ELOGE DE LA CLINIQUE DANS L'ENTRETIEN (B. JACOB)

Trois axes => conceptualiser un entretien: - la parole -> l'expression du singulier

- effet de symbolisation -> élaboration psychique

- création d'une relation intersubjective -> inconscient.

=> relation au langage.

Du point de vue de la psychanalyse, le langage est le lieu même de l'inconscient => parole qui dépasse le sujet -> malentendu => langage équivoque.

Freud: "Il s'agit donc de ne pas anticiper pour laisser la place au sujet, le laisser trouver le chemin de la symbolisation, de la mise en mot." => offre du clinicien: - pas de position de maîtrise

- engagement.

Réponse = accusé de réception -> parole du sujet à entendre.

Demande = plainte -> savoir insu = inconscient.

Evolution de la demande => recherche du sens -> cause.

Pour la psychanalyse, on ne traite pas directement le symptôme. Le clinicien devra se questionner sur la place qu'occupe ce symptôme, et se demander quel en est sa fonction? => chercher le bien à tout prix de celui qui vient le rencontrer.

Le symptôme est avant tout à entendre comme une formation de l'inconscient.

Il y a deux modalités pour recevoir une demande: - comme un énoncé

et/ou - énonciation

=> mise en place du transfert.

Exemple clinique: Une jeune femme va chez un psychologue pour un bilan professionnel => elle parlera de son anxiété => fille, père, soeur => larmes -> changement d'humeur = passage de l'intersubjectif à l'intrasubjectif.

3°) LE TRANSFERT

Exemple 1: Le psychologue s'identifie à l'enfant et non pas à son interlocuteur => il prend parti => pas de neutralité bienveillante. Discours fermé sur le sens => plaqué sur la réalité.

4°) LA DYNAMIQUE DU TRANSFERT

1) L'étymologie du mot transfert

Transférer = porter au delà -> translation, transport.

Le terme psychanalytique original est *umbertagun*. Les terme transfert n'est pas propre à la psychanalyse, il fait référence à un autre domaine => déplacement ou encore phénomène de substitution, avec la particularité que cela ne porte pas atteinte à l'intégrité de l'objet concerné par le déplacement.

Freud utilise ce terme la première fois dans *L'Interprétation des rêves*. Il accentue surtout à l'idée de déplacement une opération psychique caractérisée par le fait qu'une quantité d'affects se détache de la représentation inconsciente à laquelle elle est liée et qui va se lier avec une autre qui n'a avec la précédente que de faibles liens d'associations.

Le transfert renvoie donc à la **notion de déplacement** et plus particulièrement, on peut parler de double déplacement. Il est en effet un déplacement de **temps**, dans la mesure où l'affect est revenu du passé et revécu dans le présent mais aussi un déplacement de **personne** car cela se dirige sur le thérapeute.

Cette représentation du transfert souligne le fait que l'actualité d'une perception sert de support à l'émergence et à l'expression de mouvements affectifs du passé.

Dans l'entretien clinique, nous dirons tout d'abord que nous sommes dans un présent où se transposent les relations infantiles passées dans un conflit actuel.

Ainsi, la parole d'un sujet, bien qu'elle soit singulière n'est pas une première édition, ni même l'édition originale.

Nous pouvons considérer le transfert comme un **processus d'actualisation des désirs inconscients**. Un affect se déplace d'une représentation à une autre et la personne du clinicien peut en être l'objet, prenant la place de l'une des figures impliquées dans le complexe d'Oedipe, ce qui fait dire à Freud que "le patient répète au lieu de se remémorer". C'est-à-dire que le sujet peut-être conduit à répéter une nouvelle édition de ses fantasmes, de certaines tendances, dont la première édition infantile a été refoulée. Pour Lacan, le transfert est la mise en acte de la réalité de l'inconscient.

La théorie psychanalytique donne un sens important au transfert, en particulier dans la cure, puisque les comportements actuels sont en accord avec les expressions du passé.

Le transfert révèle au patient par la relation affective qu'il établit avec le psychanalyste, tout un nombre inconscient d'attitudes amicales ou hostiles établies dans son enfance. **Un imago** peut se dévoiler, non seulement dans les images qui seront perçues de l'autre, mais aussi dans les sentiments éprouvés à son égard ou les conduites susceptibles de se développer à son endroit.

STATISTIQUES

Statistiques appliquées à la sociologie

Licence de Sociologie
2013-2014

Université de Bretagne Occidentale
Anca Pascu

Statistiques appliquées à la psychologie

Licence de Psychologie
2013-2014

Université de Bretagne Occidentale
Anca Pascu

Objet du cours ; Contenu.

- Statistiques descriptives : résumer, donner une vue synthétique d'un ensemble de données
- Statistiques "mathématiques" : distributions théoriques
- Corrélation linéaire, Test du χ^2 , échantillonnage.

Pourquoi faut-il étudier les statistiques ?

Les statistiques sont-elles utiles au sociologue ?

Etude des phénomènes quantifiables ; l'interprétation de ces phénomènes par des notions "globalisantes".

Les statistiques, il y a des calculatrices et des logiciels pour faire cela ?

Les machines exécutent des programmes, le spécialiste du domaine donne l'interprétation.

Introduction – Vocabulaire

Collecte des données

Sur qui ?

Population : ensemble d'unités élémentaires, d'individus, sujets, observations.

Unité statistique : individu statistique, sujet, observation.

A propos de quoi ?

Propriété de la population : attribut, caractère, **variable statistique**

Modalités d'une variable : valeur de la propriété

Modalités : exhaustives - exclusives

exhaustives : les modalités doivent couvrir tous les individus statistiques (chaque individu doit avoir une modalité)

exclusives : chaque individu doit avoir une seule modalité.

Champ ou domaine de variation : ensembles des valeurs prises par les modalités.

Exemple :

Groupe d'âge	Réussite des tests	Class. selon la vitesse de réalisation	Impression de réussite	Composition
jeune	50	5	3	Jacques, Michel, Louis
adulte	25	3	5	Fabienne, Marc, Patrick
vieux	20	10	10	Suzanne, François, Marie
vieux	45	8	4	Daniel, Annie, Jean
adulte	60	6	6	Pascale, Sabine, Louise
vieux	50	2	8	Jean, Philippe, Simone
jeune	70	4	4	Loïc, Maïwen, Sophie
jeune	40	7	3	Pierre, Géraldine, Frédéric
jeune	45	1	10	Estelle, Samuel, Marc
adulte	33	9	2	Henri, Jeanne, Françoise

Nature d'une variable statistique

Variables nominales – échelle nominale

Variables ordinales – échelle ordinale

Variables numériques : discrètes ou continues

Echelles d'intervalles, échelles de rapports.

Exemple

Variables nominales

Couleur des yeux (a_i)	Effectif (n_i)
bleu	50
noir	25
vert	25

Variables ordinales

Classement(a_i)	Effectif(n_i)
1	1
2	2
3	1
4	1
5	2
6	3
7	1
8	1
9	1
10	1

Exemple

Variables numérique

Discrète

Nombre d'enfants(a_i)	Nombre de familles(n_i)
1	55
2	45
3	15
4	10
5	10
6 et plus	5

Continue (répartie en classes)

Classe d'âge($[a_i, a_{i+1}]$)	Effectif(n_i)
[20,25[	100
[25,30[	150
[30,35[	75
[35,45[	75
[40,50]	50

Recueil et présentation d'un ensemble de données

Individus : s_1, s_2, \dots, s_N

Variables étudiées : X, Y, \dots

Tableau protocole :

	X	Y
s_1	x_1	y_1
s_2	x_2	y_2
\dots	\dots	\dots
s_N	x_N	y_N

Recensement ou tri à plat : **tableau d'effectifs**

Modalités	Effectifs	Fréquences
a_1	n_1	f_1
a_2	n_2	f_2
\dots	\dots	
a_k	n_k	f_k
	N	1 (ou 100%)

Variable regroupée en classes :

Classes	Effectifs	Fréquences
$[a_1, a_2[$	n_1	f_1
$[a_2, a_3[$	n_2	f_2
\dots	\dots	
$[a_k, a_{k+1}[$	n_k	f_k
	N	1 (ou 100%)

Tableau protocole :

	<i>Yeux</i>	<i>Cheveux</i>
<i>Jean</i>	<i>bleus</i>	<i>noir</i>
<i>Georges</i>	<i>verts</i>	<i>blond</i>
...
<i>Anne</i>	<i>marrons</i>	<i>roux</i>

Tableau d'effectifs :

Couleur	Effectifs	Fréquences
<i>bleu</i>	25	25%
<i>noir</i>	50	50%
<i>vert</i>	25	25%
	100	1 (ou 100%)

Etude conjointe de deux variables :

tableau de contingence

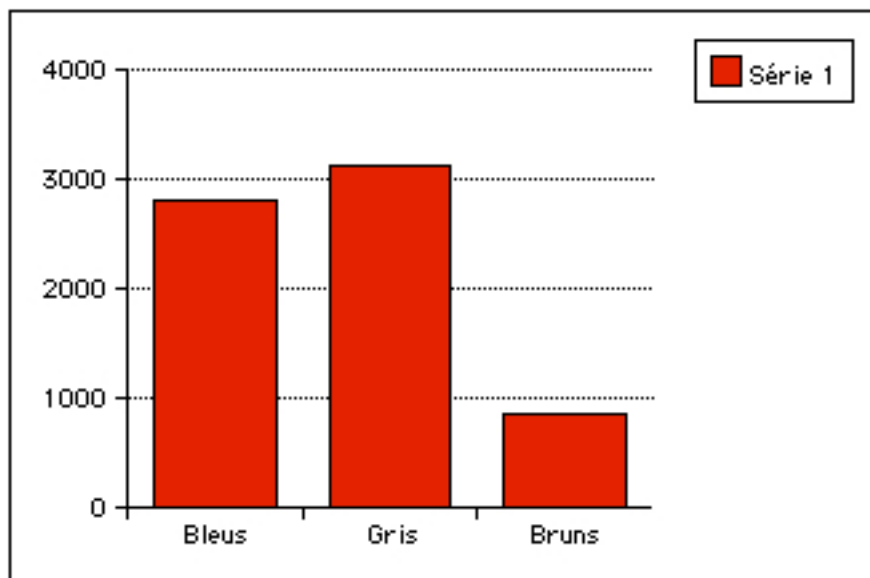
$X \setminus Y$	b_1	b_2	\dots	b_j	\dots	b_l	
a_1	n_{11}	n_{12}		n_{1j}	\dots	n_{1l}	
a_2	n_{21}	n_{22}			\dots		
\dots							
a_i	n_{i1}	n_{i2}		n_{ij}	\dots		
\dots							
a_k	n_{k1}	n_{k2}			\dots	n_{kl}	
	$N_{.1}$						N

Représentations graphiques

Variables nominales

Mod.	Eff.	Freq.	%
Bleus	2811	0,41	41%
Gris	3132	0,46	46%
Bruns	857	0,13	13%
Total	6800	1	100%

Diagrammes à bandes



Diagrammes circulaires ou semi-circulaires

Méthode de construction : construire un tableau de proportionnalité

Modalités	Bleu	Gris	Bruns
Fréq.	0,41	0,46	0,13
Angle	74	83	23

Diagramme circulaire

Calcul de l'angle :

100% ————— 360°

41% ————— x°

$$x^{\circ} = \frac{(41 \times 360)}{100}$$

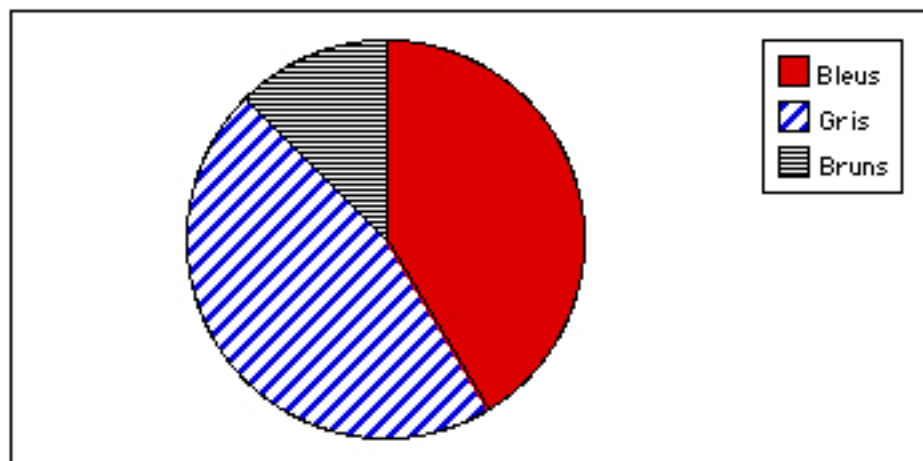


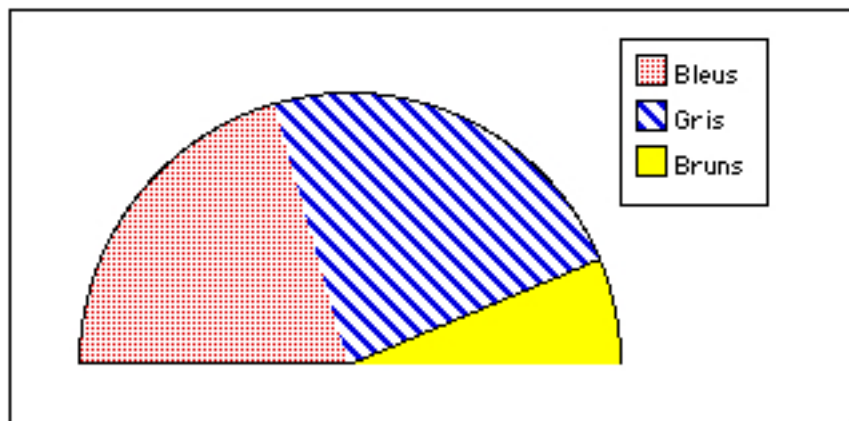
Diagramme semicirculaire

Calcul de l'angle :

100% ——— 180°

41% ——— x°

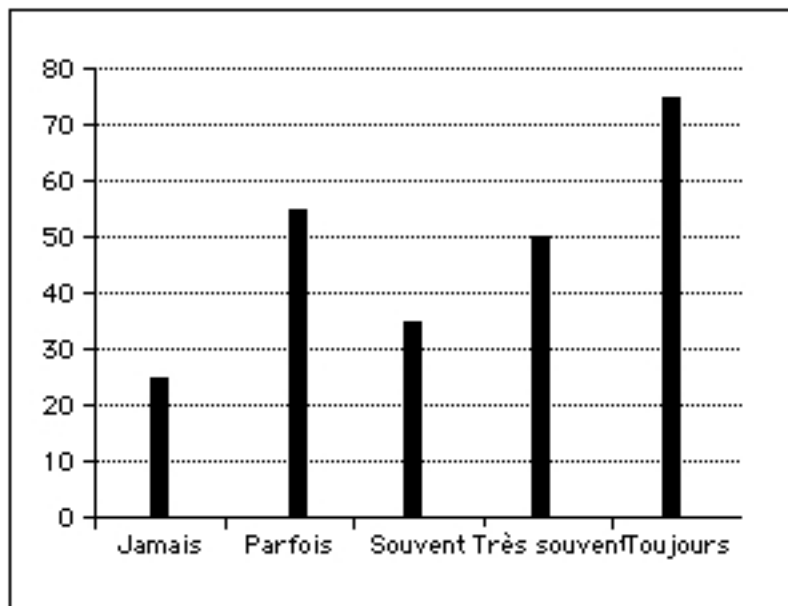
$$x^{\circ} = \frac{(41 \times 180)}{100}$$



Variable ordinale : diagramme en bâtons

On a demandé à 240 sujets s'ils fermaient à clef la porte de leur appartement.

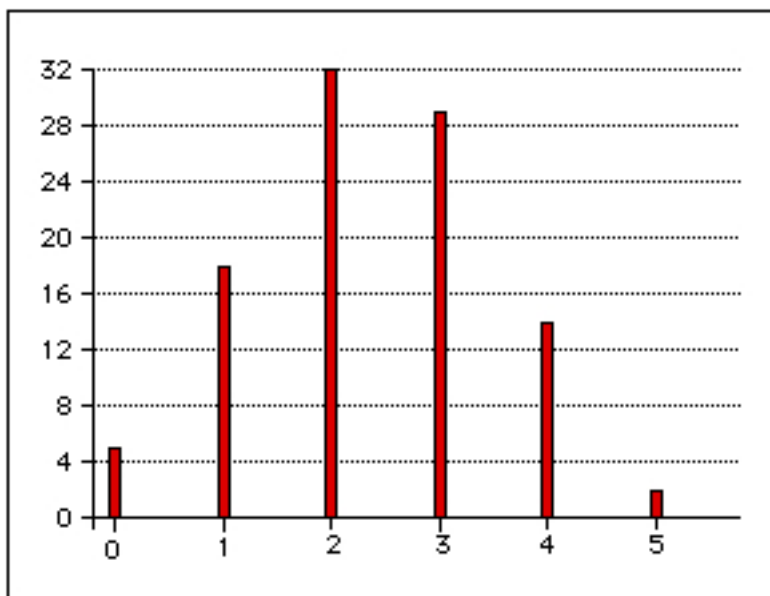
	Jam.	Parf.	Souv.	T. souv.	Tjrs
Eff.	25	55	35	50	75



Variable numérique discrète : même type de construction ; graduation régulière sur l'axe des abscisses.

Exemple : nombre de garçons dans des familles de 5 enfants

Mod.	0	1	2	3	4	5
Eff.	5	18	32	29	14	2

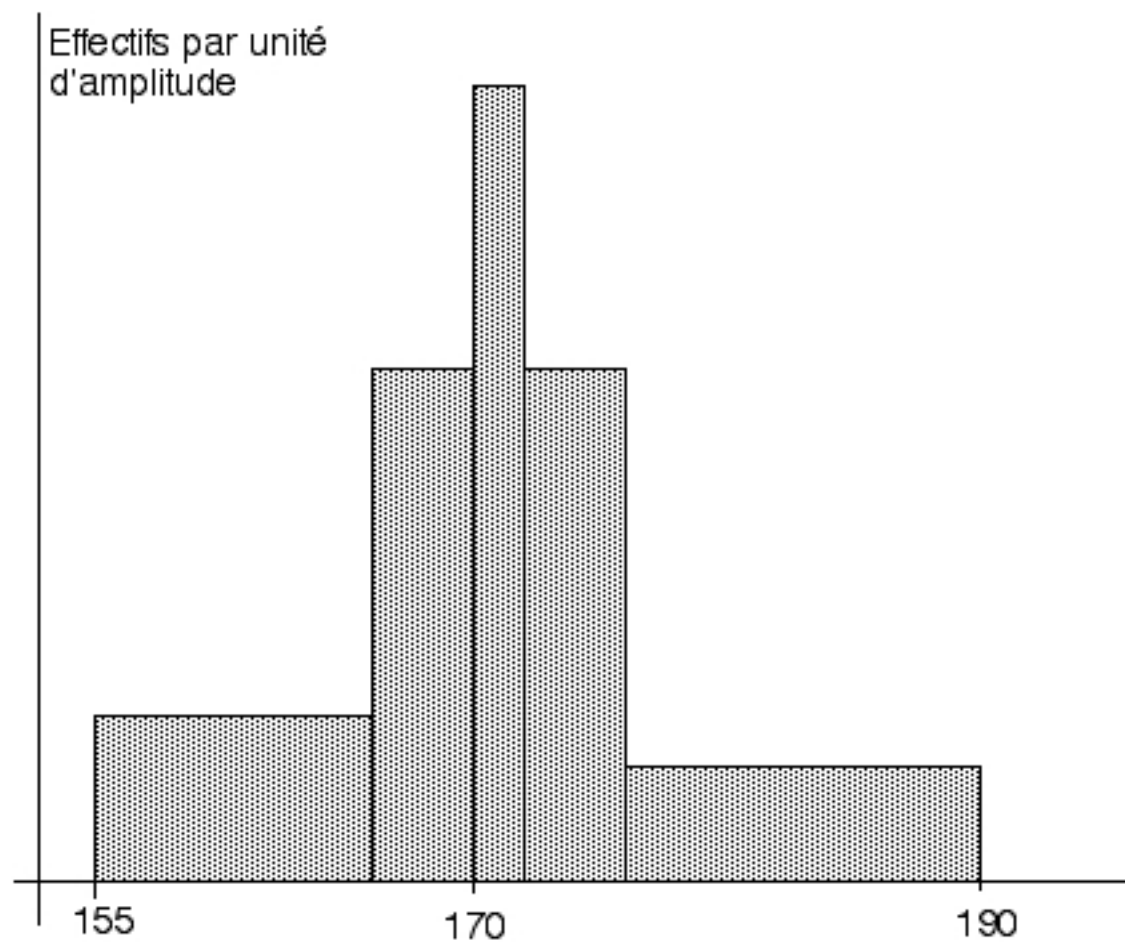


Variable numérique regroupée en classes : histogramme.

Un histogramme est formé de rectangles adjacents :

- dont la base est proportionnelle à l'amplitude de la classe ;
- dont l'aire est proportionnelle à l'effectif de la classe.

Classe	Eff.	Amplitude	Densité
[155, 166[	8	11	0.73
[166, 170[	9	4	2.25
[170, 172[	7	2	3.5
[172, 176[	9	4	2.25
[176, 190]	7	14	0,5



Fonction de répartition

Définitions

X une variable statistique numérique
Population d'effectif total N .

Effectif cumulé croissant d'une valeur numérique x *quelconque* : nombre d'individus $n_c(x)$ pour lesquels la variable X est *strictement inférieure* à x .

Fréquence cumulée croissante :

$$F(x) = \frac{n_c(x)}{N}$$

Fonction de répartition : fonction numérique F telle que, pour tout x ,

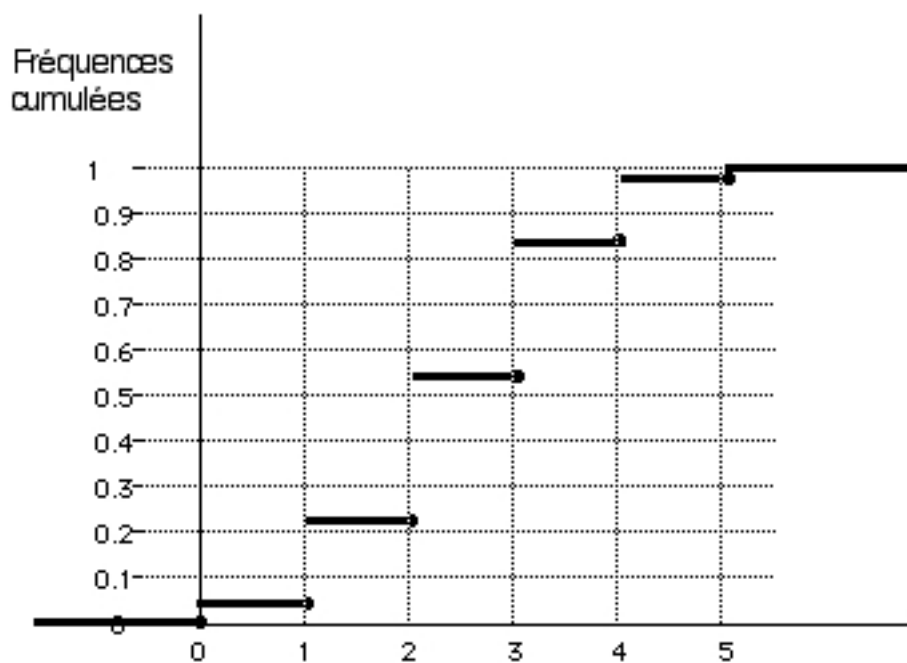
$$F(x) = \frac{n_c(x)}{N}$$

Représentation graphique, cas d'une variable discrète

Exemple : nombre de garçons dans des familles de 5 enfants

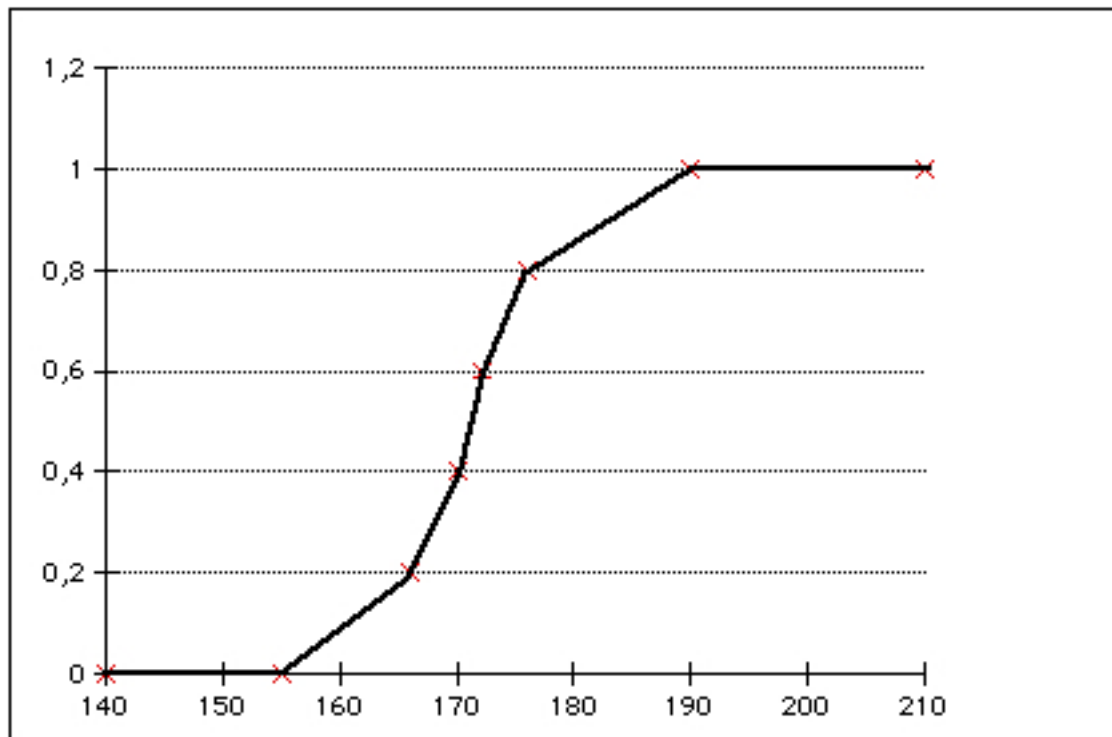
Mod.	0	1	2	3	4	5	
Eff.	5	18	32	29	14	2	
Eff. Cum.	0	5	23	55	84	98	100
Fréq. Cum.	0	5%	23%	55%	84%	98%	100%

Si $x \leq 0$	$F(x) = 0$
Si $0 < x \leq 1$	$F(x) = 0.05$
Si $1 < x \leq 2$	$F(x) = 0.23$
Si $2 < x \leq 3$	$F(x) = 0.55$
Si $3 < x \leq 4$	$F(x) = 0.84$
Si $4 < x \leq 5$	$F(x) = 0.98$
Si $x > 5$	$F(x) = 1$



Cas d'une variable répartie en classes : hypothèse d'équirépartition des effectifs à l'intérieur d'une classe.

Classes	Effect.	x	$n_c(x)$	$F(x)$
[155, 166[	8	155	0	0
[166, 170[	9	166	8	20%
[170, 172[	7	170	17	40.25%
[172, 176[	9	172	24	60%
[176, 190]	7	176	33	80.25%
Total	40	190	40	100%



Caractéristiques de position

Mode, classe modale

Mode d'une série statistique (nominale, ordinale ou numérique) : modalité correspondant à l'effectif le plus élevé.

N.B. Une série statistique peut admettre plusieurs modes.

Classe modale d'une série statistique regroupée en classes : classe qui a la plus forte densité.

N.B. : c'est la classe correspondant au rectangle de hauteur maximale dans l'histogramme.

Médiane

Variable ordinale ou numérique.

Les individus sont *classés par valeurs croissantes de la variable*. La médiane est la valeur du caractère observée sur l'individu "médian", à savoir :

– Si N est impair, la médiane est la modalité observée sur l'individu de rang $\frac{N+1}{2}$

– Si N est pair et si le caractère est numérique, la médiane est la moyenne des modalités observées sur les individus de rangs $\frac{N}{2}$ et $\frac{N}{2} + 1$.

Dans le cas d'une variable regroupée en classes :

- La médiane est l'abscisse du point du diagramme cumulatif correspondant à la fréquence cumulée 50%.
- La médiane peut être calculée par *interpolation linéaire* :

$$Md = a_i + (a_{i+1} - a_i) \frac{0.5 - F_i}{F_{i+1} - F_i}$$

où $[a_i, a_{i+1}]$ est la classe contenant l'individu médian et F_i, F_{i+1} désignent les fréquences cumulées des valeurs a_i et a_{i+1} .

Moyenne arithmétique

Caractère numérique.

- Calcul à partir d'un tableau protocole

$$\mu = \frac{\sum_{i=1}^N x_i}{N}$$

- Calcul à partir d'un tableau d'effectifs

$$\mu = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^k n_i a_i = \sum_{i=1}^k f_i a_i$$

Exemple :

Mod.	Effect.	$n_i a_i$
0	5	0
1	18	18
2	32	64
3	29	87
4	14	56
5	2	10
Total	100	235

$$\mu = 2,35$$

– Cas d'une variable répartie en classes

On considère que la masse de chaque classe est concentrée au centre $c_i = \frac{a_i + a_{i+1}}{2}$ de la classe.

Exemple :

Classes	Effect.	Centres	$n_i c_i$
[155, 166[	8	160,5	1284
[166, 170[	9	168	1512
[170, 172[	7	171	1197
[172, 176[	9	174	1566
[176, 190[	7	183	1281
	40		6840

$$\mu = \frac{6840}{40} = 171$$

Caractéristiques de dispersion

Etendue

x_1, x_2, \dots, x_n : valeurs observées d'une variable statistique numérique.

$$x_{max} = \text{Max}(x_1, x_2, \dots, x_n)$$

$$x_{min} = \text{Min}(x_1, x_2, \dots, x_n)$$

L'étendue de la variable est :

$$e = x_{max} - x_{min}$$

Quartiles

Soit une série statistique numérique de médiane M .

Premier quartile Q_1 : médiane de la série des observations strictement inférieures à M .

Deuxième quartile Q_2 : médiane M de la série complète.

Troisième quartile Q_3 : médiane de la série des observations strictement supérieures à M .

Cas d'une variable continue :

$$F(Q_1) = 0.25 ; F(M) = 0.5 ; F(Q_3) = 0.75$$

F est la fonction de répartition

L'écart interquartile est défini par :

$$Iq = Q_3 - Q_1$$

Représentation graphique permettant de visualiser l'étendue et les quartiles : *boîte à moustaches*.

Généralisation : déciles, centiles...

Ecart moyen

– A partir d'un tableau protocole

$$E_m = \frac{\sum_{i=1}^N |x_i - \mu|}{N}$$

– A partir d'un tableau d'effectifs

$$E_m = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^k n_i |a_i - \mu| = \sum_{i=1}^k f_i |a_i - \mu|$$

Variance et écart type

Définition : La variance est la moyenne des carrés des écarts à la moyenne.

– A partir d'un tableau protocole

$$V = \frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \mu)^2}{N}$$

– A partir d'un tableau d'effectifs

$$V = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^k n_i (a_i - \mu)^2 = \sum_{i=1}^k f_i (a_i - \mu)^2$$

L'écart type est donné par : $\sigma = \sqrt{V}$.

Calcul pratique

"Moyenne des carrés moins carré de la moyenne"

$$V = \frac{\sum_{i=1}^N x_i^2}{N} - \mu^2$$

$$V = \left(\frac{1}{N} \sum_{i=1}^k n_i a_i^2 \right) - \mu^2$$

Remarques

Cas d'une variable répartie en classes : utiliser les centres de classes.

Unités, effet d'un changement d'origine ou d'unités.

Organisation des calculs

– Cas d'une variable discrète

Mod.	Effect.	$n_i a_i$	$n_i a_i^2$
0	5	0	0
1	18	18	18
2	32	64	128
3	29	87	261
4	14	56	224
5	2	10	50
Total	100	235	681

$$\mu = 2.35 ; V = 6.81 - 2.35^2 = 1.29 ; \sigma = 1.13$$

– Cas d'une variable répartie en classes

Classes	Effect.	Centres	$n_i c_i$	$n_i c_i^2$
[155, 166[	8	160.5	1 284	206 082
[166, 170[	9	168	1 512	254 016
[170, 172[	7	171	1 197	204 687
[172, 176[	9	174	1 566	272 484
[176, 190]	7	183	1 281	234 423
	40		6 840	1 171 692

$$\mu = 171$$

$$V = \frac{1171692}{40} - 171^2 = 29292.3 - 29241 = 51.3$$

$$\sigma = \sqrt{51.3} = 7,16 \text{ cm}$$

Introduction à la notion de loi théorique

Etudier une série expérimentale, pour quoi faire ?

- Résumer les observations
- Situer un individu par rapport à son groupe
Ex. : test spatial. Mais se pose alors le problème de la représentativité de ce groupe...
- Comment utiliser les résultats d'une étude expérimentale pour énoncer des lois générales ?

Hasard, aléatoire, variabilité individuelle

- Un physicien qui recherche la valeur d'une grandeur physique, recherche un *nombre*.
Exemple : résistivité du cuivre. Si un morceau de métal n'a pas cette résistivité, ce n'est pas du cuivre...
- En biologie, en psychologie, les résultats obtenus prennent en compte une *variabilité individuelle* plus ou moins importante.
Exemple : le QI moyen de la population humaine est 100. Un être vivant a un QI de 95. Que peut-on en conclure ?

Autre aspect : recherche d'une information dans un bruit de fond.

Modèles théoriques du hasard

Formalisation de l'effet du hasard : probabilités.

Les lois théoriques permettent, dans certaines situations pratiques de justifier des conclusions telles que :

- le hasard suffit seul à expliquer la variabilité
- le hasard ne suffit pas comme explication ; il y a "autre chose".

Deux situations-types de l'effet du hasard :

- Variabilité due à des effets nombreux, de faible amplitude, additifs : loi normale
- Caractère de type dichotomique : succès/échec. Nombre de succès sur N individus tirés au hasard : loi binomiale.

Loi Binomiale

Combinaisons

$n!$ (lire *factorielle n*) désigne : $1 \times 2 \times \dots \times n$

Le nombre de manières de choisir k éléments parmi n éléments est appelé *nombre de combinaisons de n éléments pris k à k* .

Il est noté C_n^k . On a : $C_n^k = \frac{n!}{k! (n - k)!}$.

Epreuve et loi de Bernouilli

Variable statistique à 2 modalités : 1, 0 ou succès/échec

p : fréquence de la modalité "succès"

Caractéristiques : $\mu = p$, $\sigma^2 = p(1 - p)$

Loi binomiale : exemple introductif

Un QCM : 3 questions et 4 réponses dont une seule correcte par question.

Population très nombreuse.

Variable X : nombre de réponses correctes données par le sujet.

Si les sujets répondent au hasard, quelle est la fréquence de $X = 2$?

Loi binomiale

Soit n un nombre entier.

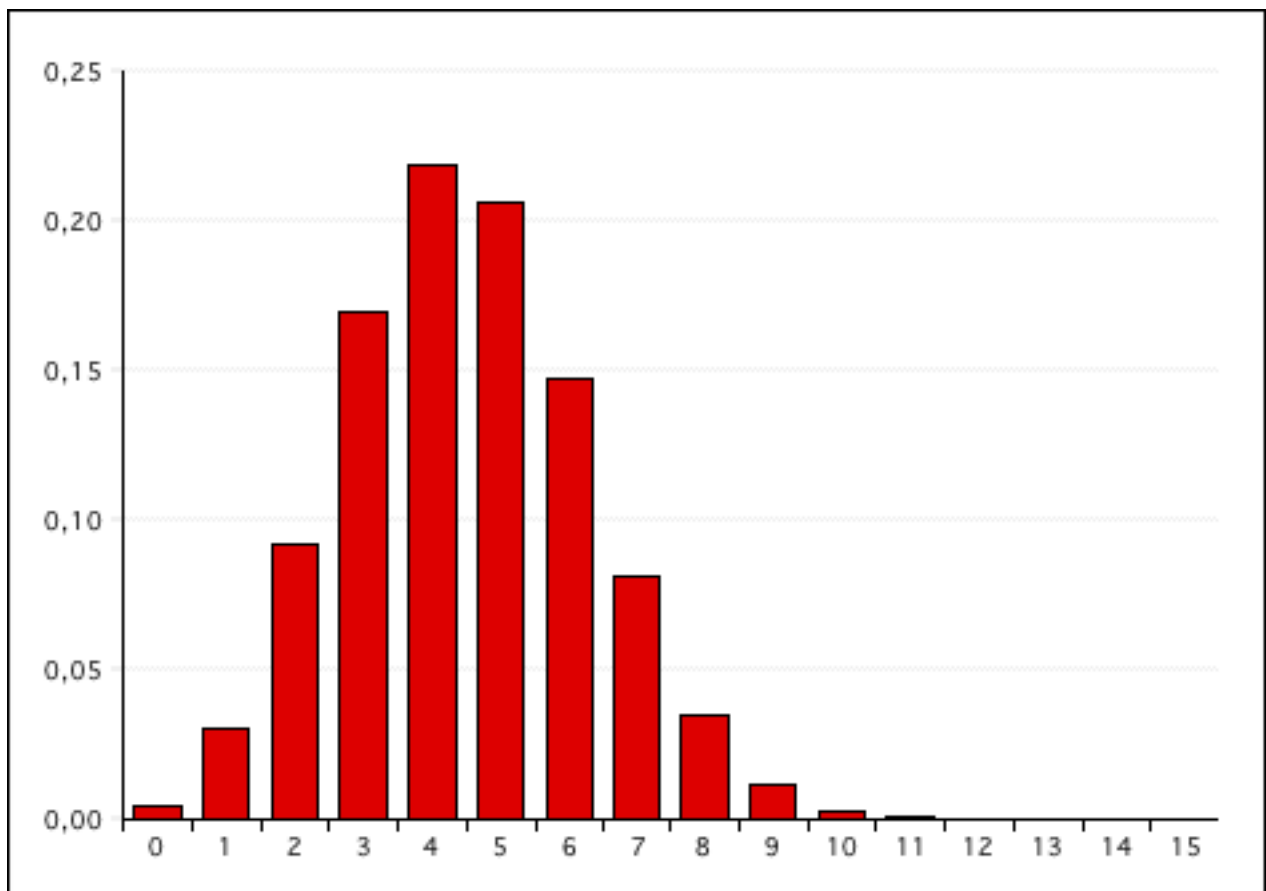
La variable X , "nombre de succès observés lorsqu'on répète n fois, de façon indépendante, une expérience de Bernouilli de paramètre p " suit une *loi binomiale de paramètres n et p* .

- ses modalités sont $0, 1, \dots, n$
- la fréquence de la modalité k est donnée par :

$$f_k = b(n, p, k) = C_n^k p^k (1 - p)^{n-k}$$

Caractéristiques

$$\mu = np ; \sigma^2 = np(1 - p)$$



Loi Normale

**Qu'est-ce qu'une variable théorique continue ?
Pourquoi des lois théoriques continues ?**

- Variables "naturellement" continues (ex. taille)
- Variables regroupées en classes
- Approximation de lois discrètes.

Comment est définie une loi théorique continue ?

Loi d'une variable observée : histogramme, fonction de répartition.

Pour une loi théorique continue :

- densité f ; courbe $y = f(x)$
- Fonction de répartition F ;
courbe cumulative $y = F(x)$

Fréquence de la classe $[a, b[$: $F(b) - F(a)$

Notée aussi : $P(a \leq X < b)$.

$F(a)$: fréquence de la classe $] -\infty, a[$ ou $X < a$

Notée aussi : $P(X < a)$

De même, pour la classe notée $[b, +\infty[$ ou $X \geq b$,
 $P(X \geq b) = 1 - F(b)$.

Une loi théorique intéressante : la loi normale

Problème : Une loi théorique approchant bien les distributions expérimentales dans lesquelles la dispersion de la variable résulte d'effets *nombreux, additifs, indépendants, du même ordre de grandeur*.

Situation type : planche de Galton

Loi normale centrée réduite

Vocabulaire :

centrée : $\mu = 0$

réduite : $\sigma = 1$

Une variable Z suit la loi normale centrée réduite si ses caractéristiques sont les suivantes :

Ensemble des modalités : $] - \infty, +\infty[$

Densité :

$$f(x) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \exp\left(-\frac{x^2}{2}\right)$$

Fonction de répartition

Utilisation de cette loi : tables numériques

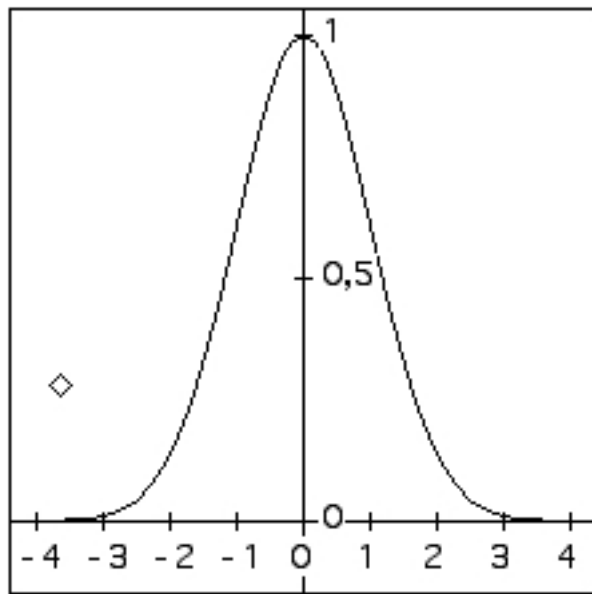
Exemples :

$$P(-1 \leq Z < 1) = 68\%$$

$$P(-2 \leq Z < 2) = 95\%$$

$$P(-3 \leq Z < 3) = 98\%$$

Densité de la loi normale centrée réduite



Loi normale – cas général

Une variable statistique X de moyenne μ et d'écart-type σ suit la loi (est distribuée selon la loi) normale de paramètres μ et σ si la variable Z définie par :

$$Z = \frac{X - \mu}{\sigma}$$

suit une loi normale centrée réduite.

Analyses bivariées - Introduction

Jusqu'à présent : études portant sur une seule variable.

Etude simultanée de deux variables nominales :

Analyse croisée de deux variables (par ex. questionnaire d'enquête)

- Loisir préféré et sexe
- Opinion sur l'immigration et sensibilité politique

Question posée : les deux variables sont-elles *indépendantes* ou *dépendantes* ?

Outil : analyse d'un tableau de contingence à l'aide d'un test du χ^2 .

Etude de la liaison entre deux variables numériques

- Population d'étudiants. Variables : note de février et note de juin. Lien éventuel ?
- Population de sujets : lien entre taille et poids

Question posée : Y a-t-il un lien, une *corrélation* entre les deux variables ?

Outil : étude de la corrélation linéaire entre les deux variables

Analyse d'un tableau de contingence

Test du χ^2

Exemple : préférences des publics masculin et féminin pour le théâtre.

Effectifs observés

	H	F	Total
Comédie	90	75	165
Drame	50	45	95
Variétés	160	80	240
Total	300	200	500

Goûts dépendants du sexe ?

Effectifs attendus (ou théoriques) si indépendance :

- Dans chaque case : effectif = $\frac{\text{total ligne} \times \text{total colonne}}{\text{total général}}$

	H	F
Comédie	99	66
Drame	57	38
Variétés	144	96

- Calcul de la "distance" du χ^2

Mod.	n_{ij}	t_{ij}	$\frac{(n_{ij} - t_{ij})^2}{t_{ij}}$
H.C.	90	99	0.82
H.D	...		0.86
H.V.			1.78
F.C.			1.23
F.D.			1.29
F.V.			2.67
$\chi^2_{obs} = \sum_{i,j} \frac{(n_{ij} - t_{ij})^2}{t_{ij}}$			8.64

Test du χ^2

- 500 personnes : échantillon
- 2 sources de variation : effet du sexe, hasard
- *Si seul le hasard est en cause*, la distance suit une loi du χ^2 à 2 ddl.
- On se fixe un seuil de 5% (par exemple)
- *Si seul le hasard est en cause*, on a seulement 5% de chances d'observer un χ^2 supérieur à la *valeur critique* $\chi_c^2 = 5.991$.
- Or on a observé : $\chi_{obs}^2 = 8.64$.
- Conclusion : différence de goûts selon le sexe.

Résumé

- Tableau de contingence : effectifs observés n_{ij}
- Totaux par ligne : $n_{i.}$ par colonne : $n_{.j}$
- Total général : N ou $n_{..}$
 l lignes et c colonnes
- Effectifs théoriques : tableau (t_{ij}) avec :

$$t_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n_{..}} = \frac{\text{total ligne} \times \text{total colonne}}{\text{total général}}$$

- Distance du χ^2 :

$$\chi_{obs}^2 = \sum_{i,j} \frac{(n_{ij} - t_{ij})^2}{t_{ij}}$$

● Test proprement dit :

- Hypothèse : le hasard est seul en cause. Les variables sont indépendantes.
- On fixe un seuil α (5%, 1%, ...)
- Lecture de la table : valeur critique χ_c^2 pour le seuil α et $(l - 1)(c - 1)$ ddl
- Intervalles d'acceptation et de rejet
- Comparaison de χ_{obs}^2 et de χ_c^2
- Conclusion :
 - Si $\chi_{obs}^2 < \chi_c^2$, indépendance acceptée
 - Si $\chi_{obs}^2 > \chi_c^2$, indépendance rejetée ; les variables dépendent l'une de l'autre.

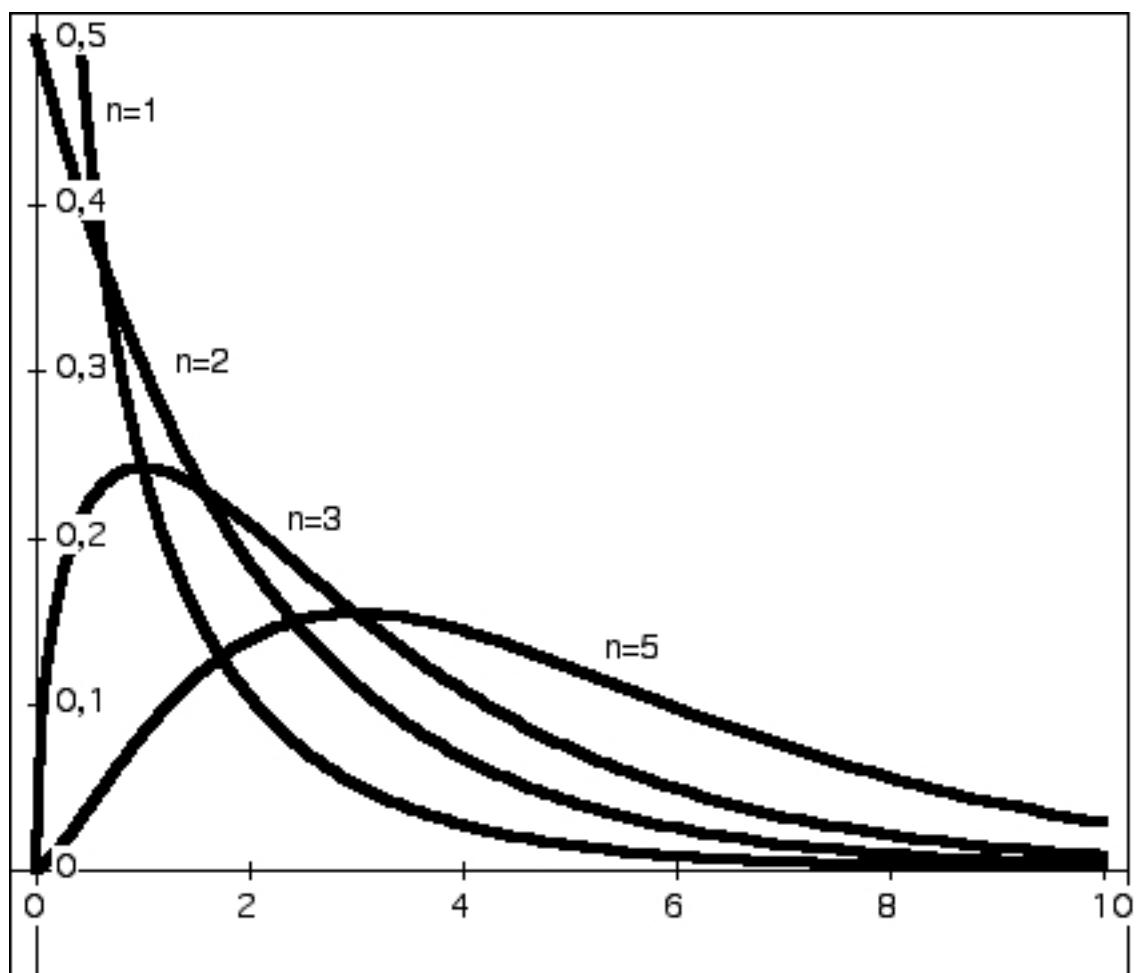
Remarques

- Condition sur les effectifs théoriques minimaux ; regroupement éventuel des modalités.
- Correction de Yates (tableau de 2x2) :

$$\chi_{obs-cor}^2 = \sum_{i,j} \frac{(|n_{ij} - t_{ij}| - 0,5)^2}{t_{ij}}$$

- D'autres utilisations du test du χ^2

La loi de Khi-2



Corrélation linéaire

Exemple :

- Sujets : étudiants s_i
- Variables : note de février x_i , note de juin y_i
- Y a-t-il un lien entre ces deux notes ?

Données :

	X	Y
s_1	x_1	y_1
s_2	x_2	y_2
...

Nuage de points

Covariance des variables X et Y

$$Cov(X, Y) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})$$

ou

$$Cov(X, Y) = \left(\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i y_i \right) - \bar{x} \bar{y}$$

Coefficient de corrélation de Bravais Pearson

$$\rho = \frac{Cov(X, Y)}{\sigma(X)\sigma(Y)}$$

Remarques

- Il existe des relations non linéaires
- Corrélation n'est pas causalité

Echantillonnage

Exemple : échantillon - fluctuations d'échantillonnage

Distribution d'échantillonnage

Population des individus

Caractère X , moyenne μ , écart type σ

Population des échantillons de taille n .

Variable \bar{X} : moyenne observée sur un échantillon.

Distribution de \bar{X} : *distribution d'échantillonnage*.

Théorème de la limite centrée

La variable \bar{X} , moyenne observée sur un échantillon de taille n , a pour paramètres :

$$\text{Moy}(\bar{X}) = \mu ; \quad \text{Var}(\bar{X}) = \frac{\sigma^2}{n}$$

Si n est assez grand ($n \geq 30$), \bar{X} est approximativement distribuée selon une loi normale.

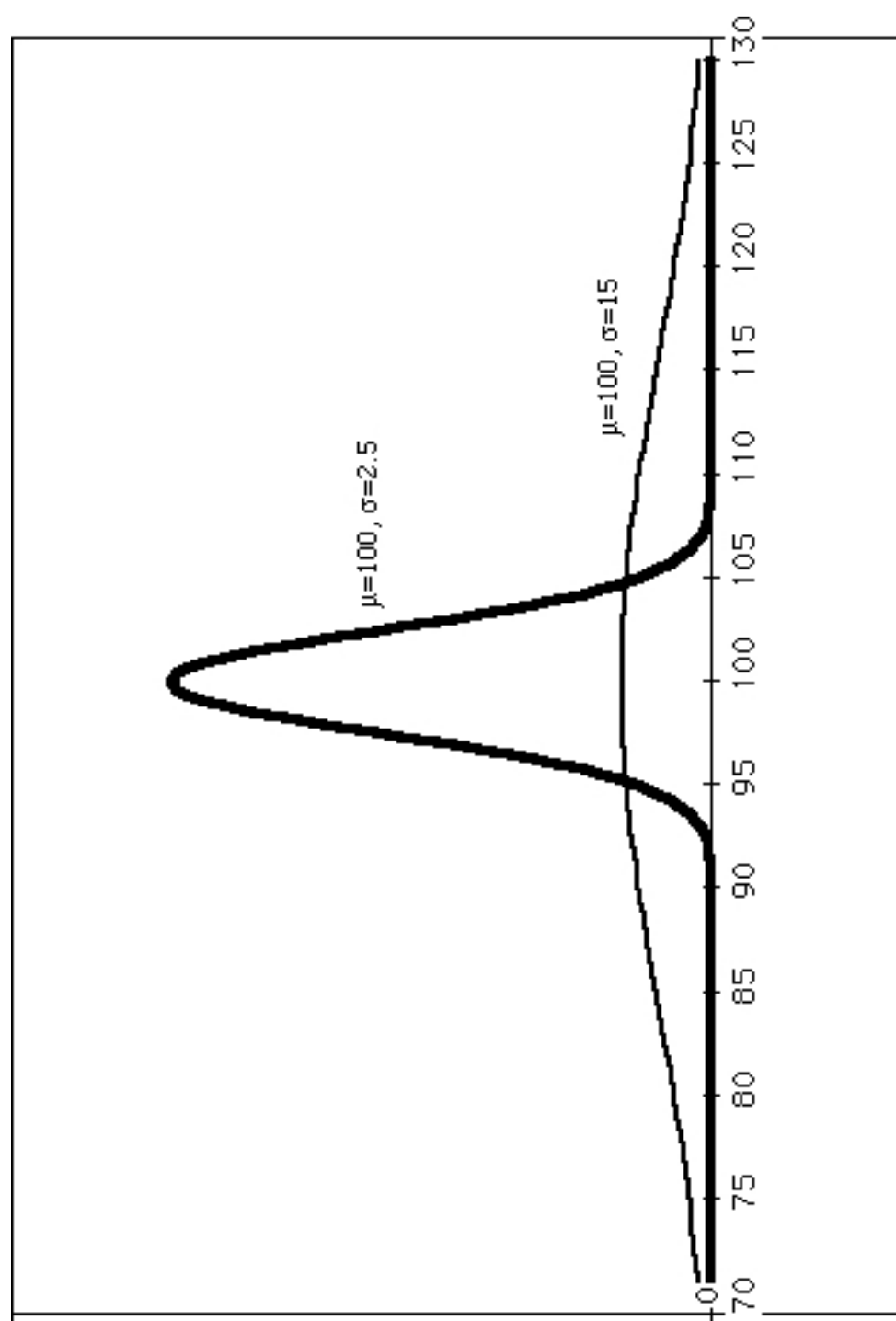
Cas d'une proportion

X : variable dichotomique, modalités 0 et 1

Fréquence de la modalité 1 : p

F fréquence observée sur un échantillon de taille n

$$\text{Moy}(F) = p ; \quad \text{Var}(F) = \frac{p(1-p)}{n}$$



Estimation de paramètres

Variable X sur une population nombreuse
Moyenne μ , écart type σ inconnus

On a tiré un échantillon :

- Taille n
- Moyenne observée sur l'échantillon : \bar{X}_{obs}
- Ecart type de l'échantillon : s .

Estimation ponctuelle de la moyenne

$$\hat{\mu} = \bar{X}_{obs}$$

Estimation ponctuelle de la variance et de l'écart type

Variance corrigée, définie par :

$$\hat{\sigma}^2 = s_c^2 = \frac{n}{n-1} s^2$$

Estimation de la moyenne par un intervalle de confiance

Problème : obtenir une affirmation du type : μ est comprise entre ... et ...

En fait, plutôt : avec 95% de degré de confiance, j'estime que μ est comprise entre ... et ...

Exemple

Test sur une population. Score X .
 μ et σ inconnus

Echantillon :

$$\begin{aligned}n &= 49 \\ \overline{X}_{obs} &= 25 \\ s &= 5.94 ; s^2 = 35.26\end{aligned}$$

Estimation ponctuelle de σ :

$$s_c^2 = \frac{49}{48} \times 35.26 = 36 ; s_c = 6$$

Raisonner sur une observation

Raisonner sur la distribution d'échantillonnage : intervalle de confiance

- \overline{X} : var. "moyenne sur un échantillon de taille 49"
- variable normale, moyenne μ
- Ecart type estimé S tel que : $S^2 = \frac{s_c^2}{n} = \frac{36}{49}$
- Une valeur observée : $\overline{X}_{obs} = 25$

Variable normale centrée réduite associée à \bar{X} : Z

$$Z = \frac{\bar{X} - \mu}{S} ; \bar{X} = SZ + \mu$$

Avec 95% de degré de confiance, on estime que la valeur Z_{obs} associée à \bar{X}_{obs} vérifie :

$$-1.96 \leq Z \leq 1.96$$

Calcul des valeurs extrêmes pour μ :

Pour $\bar{X}_{obs} = 25$ et $Z = -1.96$, $\mu = 23.32$

Pour $\bar{X}_{obs} = 25$ et $Z = 1.96$, $\mu = 26.68$

Conclusion

Avec un degré de confiance de 95%, on estime que :

$$23.32 \leq \mu \leq 26.68$$

Remarques et compléments

– Si on veut donner une formule générale :

$$\bar{X}_{obs} - \frac{s_c}{\sqrt{n}} z_\alpha \leq \mu \leq \bar{X}_{obs} + \frac{s_c}{\sqrt{n}} z_\alpha$$

où z_α est déterminé par :

$$P(-z_\alpha \leq Z \leq z_\alpha) = 1 - \alpha$$

- Normalité de la distribution parente
- Petits échantillons : on procède autrement si $n < 30$.
- Il existe une méthode analogue dans le cas des proportions

Tests d'hypothèse

On reprend l'exemple précédent :

Test sur une population. Score X

μ et σ inconnus

Echantillon :

$$n = 49$$

$$\bar{X}_{obs} = 25$$

$$s = 5.94 ; s^2 = 35.26$$

Problème : Peut-on affirmer presque sûrement que, sur la population tout entière, la moyenne μ est supérieure à 20 ?

- | Hypothèse nulle $H_0 : \mu = 20$
- | Hypothèse alternative $H_1 : \mu > 20$
- Seuil choisi : 1% par exemple
- Statistique de test :

$$Z = \frac{\bar{X} - 20}{E} \quad \text{avec} \quad E^2 = \frac{s_c^2}{n}$$

$$Z = \frac{7}{6}(\bar{X} - 20)$$

- Distribution de la statistique de test : loi normale centrée réduite
- Règle de décision et valeur critique : $z_c = 2.33$
- Mise en œuvre du test et conclusion :
Ici : $Z_{obs} = 5.83$. On rejette donc H_0 .

Séries chronologiques

Définition : L'ensemble des observations ordonnées en fonction du temps d'un caractère quantitatif constitue une série chronologique.

modalité temps	=	valeur de la variable
t_1		y_1
t_2		y_2
...		...
t_N		y_N

Exemples :

- étude horaire du trafic téléphonique ;
- étude journalière du trafic routier ;
- étude mensuelle de l'indice des prix ;
- études annuelle de PIB ;
- étude décennale des recensements de population.

On a recensé régulièrement la population d'une agglomération en distinguant trois catégories : âge scolaire, vie active, troisième âge. Les résultats sont consignés dans le tableau suivant :

	1975	1980	1985	1990
Age scolaire	299	271	265	270
Vie active	320	340	310	350
Troisième âge	162	182	212	241

Problèmes

1) Calculer en pourcentages la part de chaque catégorie pour chacun des recensements.

2) Calculer le taux d'augmentation de chaque catégorie entre 1980 et 1985.

3) Calculer les indices des effectifs de chaque catégorie de la population (base 100 en 1980).

1) Calculer en pourcentages la part de chaque catégorie pour chacun des recensements.

	1975	1980	1985	1990
Age scolaire	299	271	265	270
Vie active	320	340	310	350
Troisième âge	162	182	212	241
Total	781	793	787	861

$$f (\%) = \frac{n_i}{N} * 100$$

$$f = \frac{299}{781} * 100 = 38,28 \%$$

Remarque : Les séries qui forment les colonnes de ce tableau ne sont pas des séries cronologiques ;

2) Calculer le **taux de variation** de chaque catégorie entre 1980 et 1985.

	1975	1980	1985	1990
Age scolaire	299	271	265	270
Vie active	320	340	310	350
Troisième âge	162	182	212	241

$$\text{taux-variation} = \frac{V_{finale} - V_{initiale}}{V_{initiale}} \%$$

diminution :

$$\text{taux-variation} = \frac{(265 - 271)}{271} * 100 = -2,21\%$$

augmentation :

$$\text{taux-variation} = \frac{(212 - 182)}{182} * 100 = 16,48\%$$

Indice

3) Calculer les indices des effectifs de chaque catégorie de la population (base 100 en 1980).

	1975	1980	1985	1990
Age scolaire	299	271	265	270
Vie active	320	340	310	350
Troisième âge	162	182	212	241

	1975	1980	1985	1990
Age scolaire	110,33	100		
Vie active	94,11	100		
Troisième âge	89,01	100		

271.....100

299x

$$x = \frac{299 \times 100}{271} = 110,33 \text{ (\%)}$$

Le découpage du temps :

Série chronologique : n périodes ($i = 1, 2, \dots, n$) ;

p fois sur chaque période ($j = 1, 2, \dots, p$)

	i=1		2005	
	j=1	j=2	j=3	j=4
trimestre t	1	2	3	4
indice y_t	101,3	102,1	88,5	107,3

	i=2		2006	
	j=1	j=2	j=3	j=4
trimestre t	5	6	7	8
indice y_t	101	109	95,4	109,5

	i=3		2007	
	j=1	j=2	j=3	j=4
trimestre t	9	10	11	12
indice y_t	94,5	103,4	89,6	100,1

$$n = 3 ; p = 4$$

$$t = p(i-1) + j$$

$$11 = 4(3-1) + 3$$

L'évolution du phénomène (y_t) dépend de :

- la tendance à long terme – c_t
- fluctuations conjoncturelles :
 - variations saisonnières – (s_t) ;
 - variations accidentelles – (ϵ_t).

Modèle additif :

$$y_t = c_t + s_t + \epsilon_t$$

Modèle multiplicatif :

$$y_t = c_t + c_t * s_t + \epsilon_t$$

Bibliographie

- cours polycopié.
- Patrice Troussel, Jean-François Morin, *Mathématiques pour les sciences de la vie ; 2. Probabilités et statistiques*, EDISCIENCE International, 1994.
- André Massoni, *Initiation aux statistiques descriptives avec Excel*, Vuibert, 2001
- L.Albarelo, E. Bourgeois, J-L. Guyot, *Statistique descriptives*, De Boeck, 2003
- Colin, Lavoie, Delisle. *Initiation aux méthodes quantitatives en Sc. Humaines* CDR. No 310-LAV V2098/A