

Emotion et Comportement

Composante comportementale de l'émotion :

Conduites et actes émotionnels :

- **Très variées** selon la nature de l'émotion
- **Davidson** : 2 types d'émotion
 - **Comportement d'approche** : colère, joie. Associé à l'activation de l'**hémisphère préfrontal gauche**
 - **Comportement de retrait** : peur, dégoût, tristesse. Associé à l'activation de l'**hémisphère préfrontal droit**
- Expression mimique :**
- **Darwin** :
 - Dresse la **liste des expressions faciales** de l'être humain et des animaux
 - Il insiste sur la **nature universelle** de ces expressions
 - Intégrées dans un **système de communication propre à chaque espèce**
 - Théorie confirmée par les travaux d'éthologie
- Les émotions sont un élément fondamental des **régulations individuelles de l'action**
- L'expression faciale permet la **transmission d'informations aux congénères de la même espèce**
- Chez l'homme, **chaque émotion correspond à une expression mimique qualitativement spécifique**
- L'activation de l'émotion débute par un événement interne ou externe, qui **change le niveau d'activation électrochimique du système nerveux et provoque un pattern mimique propre à chacune des émotions**
- **L'évocation** en imagination de situations affectives peut provoquer des **patterns émotionnels faciaux, avec ou sans contracture musculaire complète**
- Le contrôle de l'expression mimique joue un rôle dans la **régulation du ressenti émotionnel** :
 - Inhiber une émotion, en inhibant les mouvements expressifs de son visage ou son corps
 - L'exagération de l'expression faciale augmente le vécu émotionnel
- Il existe une **rétroaction faciale qui régule le ressenti émotionnel**
- **La réponse physiologique dépend de l'expression mimique**
- L'intensité des expressions faciales diminuent quand les sujets sont seuls, mais sans disparaître totalement

Rôle des facteurs cognitifs :

- Les processus cognitifs sont les processus par lesquels un **individu évalue et comprend la situation**
- Pour certains auteurs, les facteurs cognitifs interviennent à deux niveaux :
 - **Évaluation des phénomènes physiologiques**
 - **Évaluation de la situation émotionnelle**
- Un individu **a besoin d'expliquer l'augmentation de son activité physiologique** : cela permet la **catégorisation de l'expérience**
- Un état émotionnel résulte de **l'interaction entre l'activation physiologique, et les activités cognitives qui s'y rapportent**
- **La qualité d'une émotion dépend de l'interprétation de la situation par les systèmes cognitifs internes**
- **L'évaluation et l'interprétation des événements déterminent les réponses émotionnelles**
- **Deux individus qui évaluent différemment le même événement**, y répondent de manière différente.
- Par ailleurs, un individu qui évalue différemment un même événement à des moments différents, peut y répondre de manière différente.
- Il existe des différences interindividuelles dans les évaluations cognitives liées à des **prédispositions** :
 - **Les extériorisants** :
 - **Expriment fortement leurs émotions**
 - **Présentent des patterns physiologiques faibles**
 - **Les intériorisants** :
 - **Expression mimique faible**
 - **Activité physiologique élevée**

Conditions de la définition d'une émotion de base :

- Signaux émotionnels universels : reconnus, quel que soit le contexte ethnique ou culturel
- Chaque émotion de base s'appuie sur un contexte physiologique spécifique
- La survenue est spontanée, leur déclenchement rapide, provoqué par un inducteur précis
- Perception automatique des émotions de base
- Durée limitée

Théorie périphérique :

Défenseurs :

- **W. James**
- **C. Lange**
- **Damasio**

Idée défendue : la perception émotionnelle serait basée sur la perception des **modifications corporelles, des mouvements et des réactions physiologiques. Les réactions périphériques différencient les émotions.** On a peur parce qu'on fuit.

Limites :

- **Faible spécificités des réponses physiologiques**, contrastant avec la grande richesse et la grande diversité des émotions
- Les personnes souffrant **d'une déconnexion médullaire ne peuvent percevoir de sensations, mais ont leurs émotions conservées**

Développement affectif

Affectivité :

- Ensemble des **émotions et sentiments**
- **Agréables et désagréables**
- Qui animent les **pensées** et les **actes**, et **orientent notre comportement et notre vie relationnelle, interpersonnelle ou sociale**
- Ces émotions sont ressenties **très précocement**, probablement dès la vie **anténatale**

Expériences de Harlow :

- Constitue un argument en faveur d'une **pulsion d'attachement indépendante du besoin de nourriture**
- Le but étant **d'observer les effets de la séparation** chez les jeunes singes rhésus
- 2 mères artificielles : **une avec un biberon** servant à alimenter le bébé, une autre sans biberon, mais **recouverte de tissus et de fourrure**, son contact est chaud et agréable
- Résultats :
 - o Tous les bébés singes **passent plus de temps avec le mannequin en fourrure**
 - o Certains vont de **temps en temps**, s'alimenter sur le mannequin métallique
 - o Mais d'autre **s'agrippent de façon permanente au mannequin chaud et doux et vont jusqu'à se laisser mourir**

Apport des travaux de R.Spitz :

- Travaille sur les **conséquences des séparations prolongées** chez les bébés placés en pouponnière, provoquant **une carence d'affection maternelle**
- Il existe une véritable **dépression anaclitique**, chez les jeunes enfants de **plusieurs mois à 2/3 ans**, **séparés brutalement et dans de mauvaises conditions** de leur mère
- Les symptômes sont d'abord **actifs** : agitation, trouble du sommeil, refus alimentaire
- Pour **passifs si la séparation se prolonge** : hypotonie, indifférence, immobilité, désintérêt pour l'extérieur, absorption des activités, monocorde de balancement, troubles somatiques
- On parle alors d'**hospitalisme** qui peut entraîner la mort
- Les effets sont **d'autant plus marqués que la séparation intervient tôt et qu'elle est durable**
- Ils sont **réversibles pendant un temps** de façon spectaculaire, mais deviennent irréversibles dépassée une certaine période.

Evolution du lien entre la mère et l'enfant :

- La mère est la **première personne** que le bébé **rencontre** et avec qui il **noue une relation**
- Au sein du **triangle primaire père-mère-bébé** et dans l'environnement familial
- La vie affective est **centrée sur cette relation** :
- Il dépend totalement d'elle pour sa survie et la **satisfaction des besoins physiologiques et psychologiques**
- Vers le **8ème mois**, apparaissent la **peur de l'étranger** et **l'angoisse de la séparation**
- La relation **va s'intérioriser** :
 - o Elle peut **se poursuivre dans le psychisme** de l'enfant (même en l'absence de sa mère)
 - o Et progressivement se déplacer vers **d'autres objets d'amour**
 - o L'enfant accède au « **non** » **vers 12-18 mois**
 - o Et au « **j e** » **à 3 ans**
- La **phase œdipienne** : l'enfant comprend que **son père constitue un objet central des préoccupations et du désir de la mère**

Comportement d'attachement :

- Existence d'un **besoin primaire inné** d'attachement
- Caractérisé par :
 - o **Phylogénétiquement programmé** pour maintenir la **proximité entre le bébé et celui qui l'élève**
 - o **Pulsions en soi indépendantes des désirs et des besoins alimentaires**
 - o Assure une fonction de **survie de l'espèce**, en favorisant la socialisation
 - o S'appuie initialement sur des **comportements innés** : réflexes d'agrippement, froufrou, succion, poursuite, cris, sourires
 - o Et **s'enrichit de nouveaux comportements** quand l'enfant grandit : **sourire social, extension des bras vers la mère**
 - o Il a une **régulation interactive** : il est activé par certains **états du bébé** (faim, froid, fatigue) et par **certaines réactions de la mère** (éloignement, indifférence, rejet, gronderie)
- Le comportement va évoluer vers **l'autonomisation**, avec acquisition de **comportements plus sophistiqués qui supplantent les comportements primitifs**
- De la **qualité d'attachement précoce** entre le bébé et la figure d'attachement maternelle dépendent **les sentiments de confiance basale et de sécurité interne nécessaires à son bon développement et son adaptabilité sociale**

Développement intellectuel

Définition de l'intelligence :

- Terme **psychologique**
- Capacité de l'esprit **humain** à :
 - o **Se représenter le monde**
 - o **A en comprendre les lois de fonctionnement**
 - o **A en prévoir les événements et**
 - o **A communiquer ces connaissances à autrui**
- La psychologie scientifique montre que cette capacité prend en compte des **opérations mentales complexes** résultant d'un ensemble **très varié d'aptitudes**
- Les fonctions prises en compte pour parler d'aptitudes intellectuelles :
 - o Organisation de la perception des données
 - o Organisation des informations à mémoriser
 - o Organisation de la rétention mnésique et des stratégies de rappel et de reconnaissance
 - o Le raisonnement
 - o La planification des actions
 - o Les capacités d'apprentissage
 - o Les capacités d'argumentation et d'échanges sociaux

Test de QI chez l'enfant :

- Mis en place par **Binnet et Simon**
- Pour **chaque âge**, un ensemble d'épreuves dont **chacune explore une aptitude différente**
- Chacune des **6 épreuves** est construite de telle façon que :
 - o **50 à 80% des enfants de la classe d'âge** considérée répondent avec **succès**
 - o Un **petit nombre des enfants de la classe d'âge inférieure** sachent répondre
- Par un **artifice de calcul**, on affectera 2 mois à chacune des 6 épreuves ;, afin d'attribuer un âge mental au sujet
- **QI = âge mental / âge réel x 100**
- Le **QI moyen est égal à 100** :
 - o **QI < 100** : l'enfant est **retardé**
 - o **QI > 100** : l'enfant est **doué**
- Chez l'enfant, l'intelligence se caractérise par des **aptitudes qui progressent avec l'âge**

Pensée pendant la période de l'intelligence préopératoire :

1. Animisme
2. Finalisme
3. Artificialisme
4. Réalisme
5. Dominance du percept
6. Egocentrisme

Développement psychomoteur :

- Chez le bébé : la **motricité** est l'instrument essentiel **d'expression, d'exploration et de maîtrise de milieu**
- Elle est étroitement **liée à l'intelligence et l'affectivité** : c'est le **développement psychomoteur** :
 - o **5 mois la préhension**
 - o **7 mois la position assise**
 - o **10 à 18 mois la marche**
- Plus tard les fonctions se **spécialisent** :
 - o Développement moteur, affectif, intellectuel constituent **3 domaines séparés**, mais qui restent toujours fortement **interdépendants**.

Sources du désir :

- **Freud** :
 - o Le désir de connaître dérive d'une **curiosité sexuelle**
 - o **Pulsion épistémophilique** qui porte d'abord sur **les choses**, puis se déplace sur les **symboles et les signes**
- **Bowlby**
 - o Il existe une pulsion de connaître plus **antérieure et primitive que la curiosité sexuelle** : **pulsion d'emprise ou d'attachement**
 - o **Pulsion épistémique** : envie de prendre, posséder, détruire... plus proche de la **pulsion agressive que sexuelle**

Accommodation et assimilation :

L'assimilation :

- **Incorporation d'éléments du milieu à la structure de l'individu**
- Les données de l'expérience et les objets de connaissance sont **intégrés dans les schémas d'action**, susceptibles de se reproduire et de se généraliser

L'accommodation :

- **Modification de la structure** à laquelle l'individu doit recouvrir devant les **modifications du milieu**
- Lorsque la tâche à accomplir **résiste à l'assimilation simple**, il faut développer d'autres stratégies et faire appel à d'autres moyens, qui peu à peu **modifient et perfectionnent les structures**

Période de l'intelligence sensorimotrice :

Premier mois : schémas sensori-moteurs réflexes innés : la succion

1 à 4 mois :

- Le bébé acquiert des **habitudes sensori-motrices à partir des réflexes innés**
- Le réflexe est **reproduit par assimilation, pour le plaisir qu'il procure, en dehors de tout besoin biologique** : le bébé tète dans le vide
- **Réaction circulaire primaire** : reste **interne** au corps de l'enfant et ne se dirige pas vers des objets extérieurs

4 à 8-9 mois :

- **Réaction circulaire secondaire dirigée vers des objets extérieurs**
- **Répétition intentionnelle** d'un schème moteur, à partir d'une **découverte fortuite**
- L'enfant cherche à **répéter un geste** qui a eu une action intéressante, et progressivement établit le lien entre son geste et le résultat

9 à 11-12 mois :

- Lien clairement établi
- Utilise **des schèmes déjà connus** dans un **but nouveau et les associe entre eux**
- L'objet commence à acquérir une **individualité propre**

12 à 18 mois :

- L'association de schèmes moteurs devient une tactique d'expérimentation active
- **Réaction circulaire tertiaire** : réaction « pour voir », associe et gradue les gestes par **tâtonnement**, dans une **recherche intentionnelle de nouveauté**

18 à 24 mois :

- **Transition** entre une intelligence purement sensori-motrice et le **début d'une intelligence représentative capable d'opérations de pensée**
- L'enfant découvre **les lois qui régissent le déplacement d'un objet**
- **Il ne procède plus par tâtonnement, mais examine de façon soudaine et immédiate les schèmes d'action, pour parvenir au résultat**

Opérations concrètes :

1. La réversibilité logique :

- Possibilité **d'annuler en pensée** une action ou une transformation, par l'action inverse
- Accès aux **opérations de classification et de sériation**

Dominance du percept diminue

- L'image mentale n'est plus subordonnée aux perceptions, à sa configuration, mais aux **opérations qu'on peut lui appliquer**

2. La conservation des quantités :

- Condition nécessaire à toute activité de **pensée rationnelle**
- Les différents types de conservation obéissent à une **chronologie : conservation des substances, puis du poids et enfin du volume**

3. La pensée devient opératoire : elle agit essentiellement sur le concret, sans pouvoir envisager d'hypothèses

Définition du QI :

- Artifice de calcul
- **Age mental/âge réel x 100**

Opérations formelles :

1. L'enfant se dégage du concret

- Il devient capable de **penser le possible**, et non seulement le réel, et **de raisonner abstraitement**

2. Apparition de la pensée formelle

- Elle opère sur du **matériel symbolique**
- Le raisonnement ne porte plus seulement sur des objets, mais sur des **opérations mêmes qu'on peut leur appliquer**

3. Apparition du raisonnement hypothético-déductif : il propose une action et tire des conclusions en fonction des hypothèses, et non plus seulement des observations concrètes

4. Le possible n'est plus un prolongement du réel, mais le réel est subordonné au possible

Notion de schème selon Piaget :

- C'est ce qui est **transportable, généralisable, ou différentiable** d'une situation à la suivante
- Les schèmes s'enrichissent **progressivement** à partir de leur propre **fonctionnement et du résultat de ce fonctionnement**

Relation patient / soignant

Différents temps de la communication :

1^{er} temps : la communication informative :

- **Le patient parle de lui**, l'attention porte sur les **informations données par le patient** : souvenirs, fantaisies, interprétations, anticipations, descriptions de situations réelles ou imaginaires, de rêves ou d'affect : les émotions

2^{ème} temps : la communication interactive

- **Le patient vous parle**
- C'est **une injonction : notion d'acte de langage**
- Le patient veut obtenir un **effet sur son interlocuteur**
- **La dimension informative est subordonnée à la dimension interactive**
- Le clinicien et le thérapeute sont **impliqués** et ce qu'ils observeront sera **tributaire de la réponse, ou de l'attitude du patient**
- Il est nécessaire de **prendre conscience des effets sur soi de ce que dit le patient**
- **Eviter d'entrer en interaction** par sa réponse

3^{ème} temps : la métacommunication

- Le patient **vous parle de lui**
- Il donne des informations sur un discours interactif intériorisé, donc sur **son fonctionnement mental**
- **L'alliance thérapeutique est déjà établie**
- En **psychanalyse**, lorsque le **processus analytique** aura été enclenché, on parlera de **communication d'insight**

Adaptations :

Adaptation satisfaisante :

- Le désir de tout savoir et la maîtrise de la situation
- La satisfaction d'un savoir minimal, confiance au médecin

Adaptation perturbée :

- La dépendance avec passivité
- Le sentiment de fatalité
- L'attitude revendicatrice
- La réaction persécutrice
- Le déni de la maladie
- La recherche d'un statut de malade

Symptôme en médecine et en psychiatrie :

En médecine

- Révèle une **maladie**
- **Objectivable directement**
- Accompagné de **signes biologiques** qui le confirment

En psychiatrie

- Symptôme d'un **trouble psychopathologique**
- Symptôme est une **conduite pathologique**
- **N'est pas objectivable directement** par l'examen clinique
- Passe par :
 - o **Le langage** : récit du malade
 - o **L'observation directe** de la vie relationnelle
 - o **L'observation de l'entourage recoupée avec l'observation directe**
- Il est plus difficile à objectiver : **plus subjectif**, il n'y a pas de signes paracliniques qui le confirment.

Modèles relationnels :

Le modèle technique, objectif :

- Registre de l'**objectivité**
- De la **directivité** qui recherche des **signes somatiques, psychiques et biologiques**
- Pour aboutir à un **diagnostic et un traitement rapide**
- Dans les situations d'**urgences somatiques** qui impliquent des **gestes techniques précis**

Le modèle interpersonnel, subjectif :

- Facilite la **non directivité** de l'entretien
- Privilégie **l'écoute du patient** qui exprime ses **plaintes spontanément avec ses mots et ses émotions**
- Le médecin **reconnaît la représentation** de la maladie élaborée par le patient, la **place qu'elle occupe dans son vécu, dans sa biographie**
- Il évalue son **retentissement** sur le contexte familial et professionnel
- Cette approche **complète l'examen technique, objectif**

Retentissement de la maladie :

Sentiment de vulnérabilité :

- Lié à la **faillite du corps et de l'esprit, perçus jusque-là comme invulnérables**

Dépendance et régression :

- La dépendance est **corollaire de faiblesse** et la **perte** plus ou moins marquée de l'**autonomie habituelle** dans les besoins naturels
- La régression **accompagne la dépendance** :
 - Le **patient désinvestit l'entourage** pour investir son corps et ses **douleurs**, qui **focalisent** ses centres d'intérêts
 - Il cherche **auprès des proches une aide, une réassurance tout en mésestimant parfois leur inquiétude**
 - Elle **est utile au début**, mais peut avoir des **effets négatifs si elle empêche la dynamique** qui aide au processus d'autonomie
 - Le **refus de régression** est possible, avec une **lutte inadaptée** quand le malade redoute la perte de la maîtrise de la situation

L'anxiété :

- **Habituelle**
- Crainte en l'avenir, variable en fonction de la personnalité du patient, de la représentation de la maladie, de l'information fournie, de la qualité de la relation thérapeutique, des alés de l'évolution des troubles, du soutien familial et amical

Dépressivité :

- **Accompagne l'anxiété**
- Pessimisme naissant qui s'accroît en fonction des **alés de l'évolution du trouble**, ou lorsque la représentation de la maladie est **très péjorée et sans rapport avec l'évaluation objective du trouble**

Dépression :

- Symptôme de **dépressivité constant** qui s'aggrave et aboutit à un état **dépressif majeur**
- Perte de plaisir, pessimisme sur son état, sur le monde, dévalorisation de l'avenir, éventuelles idées suicidaires, asthénie qui aggrave celle engendrée par la maladie somatique, troubles du sommeil, de l'alimentation, difficultés d'attention, de mémorisation
- Nécessité d'un **traitement psychologique et médicamenteux approprié**, pour éviter que la dépression se prolonge et agisse de façon délétère sur le désir de guérison

Annonce d'une maladie grave :

- Elle doit **ménager le patient**, être **murement réfléchie dans les mots employés, comme dans le choix du moment de l'énoncé**
- Ce **n'est pas dire la vérité**, c'est informer avec ménagement
- Quand le malade est **capable d'entendre et d'assumer le diagnostic** et la thérapeutique
- Prend en compte :
 - La personnalité du patient, son contrôle émotionnel
 - Les qualités de l'entourage
 - Le degré de sentiment de vulnérabilité
 - Le degré de dépendance et régression
 - Les troubles associés : anxiété, dépressivité, dépression
 - Les modalités d'adaptation : adaptation satisfaisante/adaptation perturbée
 - Attitude du patient : confiance ou rejet

Maladies lors de l'examen :

La maladie objective de la médecine :

- Savoir scientifique médical
- Pratique d'examens approfondis
- Diagnostic rapide
- Propose des indications de soins et une information au patient

La maladie subjective du malade :

- Représentation qu'a le malade de la maladie
- L'écart peut être plus ou moins grand avec la maladie, telle qu'elle est reconnue par la médecine

Stress, Environnement et Psychotraumatisme

Réaction de stress :

- Ensemble des processus **biologiques et psychologiques** mis en œuvre par l'organisme pour **s'adapter à un agent perturbateur ou à une contrainte**
- Phénomène **indispensable à la survie** de l'individu et de l'espèce
- La réaction de stress est bénéfique si :
 - **Se déclenche uniquement lors d'une perturbation**
 - **Ne dépasse pas les capacités d'adaptation du sujet**
 - **Est proportionnelle à l'intensité de l'agent perturbateur**
 - **Est limitée dans le temps**

Personnalité exposée au stress :

- **Personnalités de type A**, exposées aux conséquences physiques du stress
- Risque de **maladies cardio-vasculaires multiplié par deux**, par rapport aux personnalités normales
- Besoin de courir **après le temps, impatience, hyperactivité, esprit de compétition continu, besoin de performance dans tous les domaines, hyper-investissement professionnel**
- Risque plus élevé en cas de **coexistence d'autres facteurs de risques** : hypertension artérielle, tabagisme, obésité, antécédents familiaux...

Facteurs psychologiques pouvant favoriser le développement d'un psychotraumatisme :

Violence de la confrontation avec la mort

- Créer un sentiment persistant de la vulnérabilité

Sentiment de culpabilité

- N'avoir rien pu faire
- Culpabilité du survivant

Mauvaise contextualisation du souvenir et des émotions

- Perturbation du traitement de la mémoire émotionnelle, entre l'amygdale et l'hippocampe

Facteurs biologiques :

- **Débordement des systèmes de stress**
- **Hyperactivité du système sympathique**
- **Alération durable des structures cérébrales du stress et de la mémoire**

Fonctions de la réaction de stress et mécanismes biologiques :

Fonctions :

- **Alerter** l'individu d'une menace potentielle
- Le **préparer** à l'action
- Le **protéger** en s'adaptant
- **Conservé en mémoire** une information qui pourrait être utile ultérieurement, dans une situation identique

Mécanismes biologiques :

- **Réaction rapide** : dans les secondes suivant l'agression
 - Sécrétion d'**adrénaline et de noradrénaline**, produites par les glandes **médullo-surrénales**, qui assurent le fonctionnement du système nerveux sympathique
- **Réaction lente** : dans les minutes suivantes mais pour une durée plus longue
 - Sécrétion de **cortisol** produit par les **glandes cortico-surrénales**, sous le contrôle de l'**hypothalamus et de l'hypophyse**.

Événement post-traumatique :

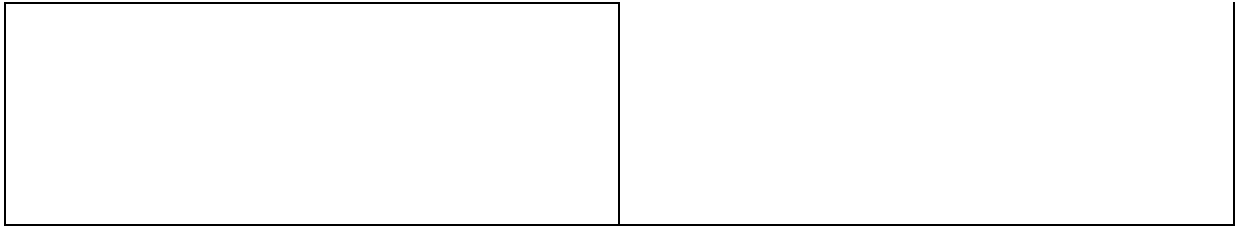
- Un événement traumatique est **brutal, violent et soudain**
- Menaçant la **vie du sujet ou son intégrité physique**
- Ou menaçant la **vie d'une autre personne présente**
- Exceptionnel dans la vie de la victime

Etat de stress post-traumatique :

- Le terme provient des **traumatismes vécus par les vétérans pendant la guerre du Vietnam**
- C'est une **pathologie anxieuse chronique**
- Marquée par des **symptômes anxieux, dépressifs**, et surtout par le **syndrome de reviviscence ou de répétition** :
 - Intrusion **incessante et angoissante** du souvenir sous forme de **cauchemars** la nuit et de **flash-back** le jour
- Il peut durer **des mois voire des années**
- S'accompagne souvent de **dépressions graves, d'alcoolisme ou autres addictions**

Facteurs psychologiques :

- **La violence de la confrontation avec la mort : sentiment de vulnérabilité persistant**
- Sentiment de **culpabilité**
- **Mauvaise contextualisation des souvenirs et émotions**
- **Blessure psychique** ne peut cicatriser



Cerveau, Mémoire et Adaptation comportementale

3 Etapes de la mémoire épisodique :

Enregistrement :

- Dépend des **ressources attentionnelles, capacité à focaliser son attention**
- Etape altérée en cas de :
 - o **Dépression** (attention focalisée sur soi-même)
 - o **Anxiété**
 - o **Prise de certains médicaments**

Stockage/mise en mémoire :

- Construction de **traces mnésiques à long terme**
- Sous la dépendance du **circuit HMT**
- Processus de **consolidation** secondaire à l'encodage permet la **stabilisation de la trace mnésique**
- Etape altérée en cas de :
 - o **Maladie d'Alzheimer**
 - o **D'encéphalites**

Récupération :

- Ensemble des processus permettant l'**accès aux traces stockées**
- **Processus actif** qui dépend de la **qualité d'acquisition et du contexte au moment de la remémoration** => loi d'encodage spécifique
- Dépend du **lobe frontal**
- Etape altérée en cas de :
 - o **Syndromes frontaux**
 - o **Vieillesse normale**

Syndrome amnésique :

- Décrit par **Korsakoff**
- Comme une **atteinte du circuit de Papez**
- Troubles de la mémoire épisodique à long terme **portant sur les faits récents, Mais épargnant les faits anciens**
- Caractéristiques : **oublis à mesure et incapacité à acquérir de nouveaux souvenirs**
- **Symptômes :**
 - o **Désorientation dans le temps et dans l'espace,**
 - o **Fabulation,**
 - o **fausses reconnaissances**

Fonctions « supérieures » :

Fonctions instrumentales :

- Langage, praxie, reconnaissance visuelle...
- Organisée au sein des **aires corticales rétrorolandiques**

Fonctions exécutives :

- Conceptualisation, résolution de tâches complexes, planification comportementale...
- Régions corticales situées **en avant de la scissure de Rolando**

Définition de la mémoire sémantique et défaillances associées :

- **Identification du sens** d'un mot, d'un concept...
- **Reconnaissance** d'un visage, d'un objet
- Par confrontation avec le **répertoire de connaissance acquis au cours du développement et propre à une culture**
- **Indépendant du contexte spatio-temporel** de l'épisode d'apprentissage
- Très **développée** chez l'homme en raison de l'apparition du **langage**
- La reconnaissance ne se limite pas aux objets mais englobe les **concepts** permettant des **représentations sémantiques de plus en plus complexes**

Défaillances : se caractérisent par des **dissociations :**

- Modalité **d'accès aux représentations :** compréhension normale, des mots mais déficiences pour les images correspondantes
- **Accès à certaines catégories**
- Altéré dans son ensemble ou de façon isolée : **démence sémantique**

Réseau de la mémoire épisodique à long terme :

Système d'entrée :

- Structures **temporales internes** : hippocampe, noyaux amygdaliens, cortex adjacent à l'hippocampe
- **Les fibres qui en sont issues**
- => **circuit de Papez**

Aires corticales :

- **Stockées**, à des **adresses précises**, les traces ou attributs de l'information
- Ne pourront être évoquées qu'à l'issue d'un **processus de recherche ou de récupération**

<u>Différents tests permettant l'évaluation des fonctions frontales :</u> - Tests de classement de cartes de Wisconsin - Trail making test (TMT) - Test de Stroop - La BREF	Mémoire à court terme : - Mémoire transitoire à capacité limitée : permet de conserver les informations pendant quelques secondes - N'est pas altérée par le syndrome amnésique - On calcule l'empan mnésique : détermine la plus longue séquence d'items que le sujet peut se rappeler dans le même ordre après 1 seule présentation. - Il est généralement égal à 7+/- 2 - Modèle de Baddeley : - o 2 sous-systèmes : ▪ Boucle phonologique : stockage temporaire et manipulation des informations verbales ▪ Registre visio-spatiales : garder de petites quantités d'informations visuelles et spatiales - o Un administrateur central : système attentionnel de gestion des ressources, qui coordonne les opérations des sous-systèmes - La mémoire de travail est une composante active de la mémoire à court terme : elle permet le maintien et la manipulation d'informations, pendant une courte durée - Mémoire à court terme et mémoire de travail permettent l'adaptation comportementale
<u>Processus de l'analyse comportementale :</u> - Analyse de la situation - Sélection des informations pertinentes - Maintien en mémoire de travail de ces informations - Elaboration d'un plan pertinent et adaptation à la situation - Exécution du programme de réponse - Contrôle de sa réalisation - Changement de programme en fonction des messages environnementaux - Inhibitions des réponses non pertinentes liées à des stimuli interférant ou distracteurs	

Cerveau et Langage

Théorie de la phrénologie :

- Initiée par **FJ. Gall**
- A partir des années **1770**
- L'esprit n'est pas une entité unique, mais **l'association de multiples facultés distinctes et relativement indépendantes**.
- **27 facultés différentes**
- Chaque faculté est associée à une **région bien déterminée** du cerveau
- Le plus ou moins grand **développement des facultés** correspond au plus ou moins grand **développement des régions correspondantes** dans le cortex
- Il existe des **prédispositions innées**
- **Une bosse correspond à une région du cortex très développée**

Découvertes majeures de Broca sur le langage :

- **La première découverte :** Tan Tan
 - **M. Leborgne** : patient dont les paroles se limitent à « **Tan Tan** »
 - Ses **autres fonctions intellectuelles sont intactes**
 - Lésion à **l'arrière de la 3ème circonvolution frontale gauche**
 - Responsable de la perte du **langage articulé**
 - La production de la parole repose sur une **région bien définie du lobe frontal**
- **La deuxième découverte :**
 - Chez tous les patients aphasiques : lésions de **l'hémisphère gauche**
 - **Dominance globale de l'hémisphère gauche** dans la réalisation des activités les plus **sophistiquées et les plus spécifiques à l'être humain** :
 - Langage
 - Habilité manuelle (plus de droitiers)

Tests permettant la mise en évidence de la spécialisation hémisphérique dans le langage :

- Observation directe des lésions hémisphériques
- Test à l'amytal ou test de Wada
- Imagerie fonctionnelle cérébrale
- Lésion du corps calleux, déconnexion calleuse

Anomalies du langage résultant d'une section du corps calleux :

- Anomie tactile gauche
- Anomie visuelle gauche
- Anomie auditive gauche
- Alexie gauche
- Agraphie de la main gauche

Devenir de la Phrénologie :

Phrénologie appliquée :

- Grand succès en Europe et aux Etats-Unis au **XIXème siècle**
- Science de l'homme n'ayant **pas de référence religieuse ou métaphysique**, facile à appliquer dans toutes les situations concrètes
- MAIS presque tout était faux et **dépourvu de justifications scientifiques** :
 - Facultés hétéroclites
 - Localisations arbitraires
 - Les bosses ne révèlent pas la forme du cerveau

La spécialisation cérébrale :

- Permet le développement de la **neuropsychologie moderne**
- **On ne peut pas parler de l'esprit en général**
- Il faut **étudier les fonctions séparément**
- Les **différentes parties du cerveau remplissent différentes fonctions**

2 Types d'aphasies :

Broca :

- Arrière de la 3ème circonvolution frontale gauche
- Réduction sévère de la production du langage, difficultés d'articulation, compréhension préservée

Wernicke :

- Arrière de la 1ère circonvolution frontale gauche
- Langage abondant, articulation claire, mots transformés (méconnaissables : on parle de jargon), compréhension réduite

Répartition en pourcentage de la dominance hémisphérique pour le langage :

- Droitiers :
 - Dominance hémisphérique gauche pour la langage dans 95% des cas
- Gauchers :
 - Dominance hémisphérique gauche dans le langage dans 70% des cas
 - Dominance de l'hémisphère droit dans le langage dans 15% des cas
 - Partage entre les deux hémisphères dans 15% des cas

Quatre techniques d'imagerie médicale :

- IRM fonctionnel
- Tomographie par émission de positons
- Electroencéphalogramme
- Magnétoencéphalogramme

Douleurs

Définition de la douleur selon IASP :

- Définie par l'**International Association for study of Pain (ASP)**
- C'est une **expérience émotionnelle et sensorielle désagréable**, associée à un dommage tissulaire **présent ou potentiel, ou décrit en termes d'un tel dommage**.
- Sensorialité et émotion renvoient à une **expérience strictement personnelle**.
Phénomène totalement **subjectif**
- Il n'y a **pas de moyen objectif** pour mesurer la douleur
- **L'expérience et l'apprentissage** de la douleur depuis l'enfance **modulent sa perception**
- La douleur peut être ressentie, **qu'il y ait ou non une lésion tissulaire**
- La **perception, et non la cause, définit l'intensité** de la douleur

Nociception :

- Introduite par **Sherrington**
- Désigne le système **physiologique**, qui permet de détecter les **stimulations intenses susceptibles de menacer l'intégrité de l'organisme**.
- Il s'agit d'un **signal d'alarme** qui détermine les **réflexes et les comportements protecteurs**.
- Cette fonction de signal d'alarme peut **ne pas être fiable** pour les affections **non douloureuses**, telles que le cancer débutant.
- La physiologie nociceptive est **l'étude des mécanismes de transmission et de contrôle des messages nociceptifs**
- 3 grands mécanismes physiopathologiques :
 - o **Mécanisme nociceptif**
 - o **Mécanisme neuropathique**
 - o **Mécanisme psychogène**

Douleur aigüe :

- Récente : <3mois
- C'est un symptôme
- Signal d'alarme qui permet la protection de l'individu

Douleur chronique :

- Persiste : >6mois
 - C'est un syndrome, une maladie à part entière
 - Répercussions marquées sur l'humeur, les activités, le sommeil et le comportement
- La notion de aigüe ou chronique renvoie à la durée de la douleur, et non à son intensité.

Composantes de la douleur :

Composante sensori-discriminative :

- L'activation du système sensoriel nociceptif :
 - o **Informe** sur la **l'intensité, l'étendue, la localisation, la durée et la qualité de la stimulation**
 - o Constitue le **facteur sensori-discriminatif** indispensable à la survie
 - o Détourne les **ressources attentionnelles vers la douleur**, prioritaires sur toute autre activité
- **Réactions de défense, ou de fuites immédiates**, qui se traduisent par **des réflexes somatomoteurs et des réactions neurovégétatives**
- **Mécanismes neurophysiologiques** qui permettent le décodage de la qualité, de la durée, de l'intensité, de la localisation des messages nociceptifs

Composante affective émotionnelle :

- Emotion **désagréable**, pénible, agressive, difficilement supportable, qui renforce la motivation à l'action
- Elle est déterminée par la **cause, mais aussi par le contexte, la signification, l'incertitude de son évolution...**
- De nombreux facteurs modulent le vécu douloureux
- Elle peut se **prolonger par l'anxiété ou la dépression**

Composante cognitive :

- Ensemble des **processus mentaux susceptibles d'influencer la perception et les réactions comportementales qu'elles déterminent**
- Processus d'attention, de diversion de l'attention, interprétation, valeur attribuée à la douleur, anticipation, référence à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées, décision sur le comportement à adopter

Composante comportementale :

- Ensemble des **manifestations verbales et non verbales** observables chez la personne qui souffre
- Constitue un **indice sur la présence et l'importance de la douleur, et sert de base à l'évaluation de la douleur chez une personne ne pouvant l'exprimer**

Prise en charge de la douleur : – Relation avec le patient douloureux – Perception de la douleur d'autrui – Savoir évaluer une douleur – Echelles d'autoévaluation de l'intensité de la douleur – Niveau d'action des traitements pharmacologiques	– Assure également une fonction de communication avec l'entourage. Les réactions de l'entourage peuvent interférer avec le comportement du malade douloureux et contribuent à l'entretien de la douleur Les facteurs sensori-discriminatif, affectivo-moteur et cognitifs s'influencent mutuellement et permettent l'élaboration d'une propriété émergente du système nerveux central : l'expérience subjective de la perception douloureuse.
Echelles d'autoévaluation : – Les échelles d'autoévaluation : ○ Echelles verbales simples ○ Echelles numériques ○ Echelles visuelles analogiques – Dans la pratique : ○ Ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse ○ Ne peuvent servir à comparer 2 patients ○ Permettent des comparaisons intra individuelles uniquement ○ Aident à identifier le malade nécessitant un traitement de la douleur ○ Ont une implication limitée pour la décision thérapeutique ○ Facilitent le suivi du patient – Les échelles d'hétéro évaluation : ○ Quand la description verbale est impossible : jeunes enfants, troubles de la conscience, contexte linguistique particulier... ○ Jugement sur des critères précis d'observation du malade : mimiques, attitudes antalgiques, impossibilité de marcher... ○ Il existe des échelles d'observation validées chez l'enfant et l'adulte non communiquant	Croyances d'un patient souffrant d'une douleur chronique : – Schémas interprétatifs qui conditionnent la perception qu'a le patient de sa situation – Le patient présente parfois des notions dysfonctionnelles pour l'adaptation à sa situation et aux traitements : ○ Dramatisation de la signification des lésions ○ Caractère obligatoirement irréversible ○ Peur du fauteuil roulant, évolution vers la paralysie ○ Attente passive d'un soulagement, qui ne peut être que médicamenteux ou chirurgical – Certaines croyances sont liées aux informations reçues dans le parcours médical, d'autres sont liées à un état anxieux ou dépressif, voire à des troubles de la personnalité – Distorsion cognitive qui lui font voir sa condition sous la vision la plus pessimiste possible. – Le coping est une stratégie du patient pour mieux vivre avec ses conditions – Ces stratégies sont soit adaptées, soit dysfonctionnelles : les stratégies actives (réinterprétation de la douleur, distraction...) sont plus efficaces que les stratégies passives (évitement, catastrophisme)
Information de qualité selon l'OMS : – Elle doit être intégrée aux traitements et aux soins – C'est un processus continu, qui doit être adapté en permanence à l'évolution de la maladie et à l'état de santé du patient et de sa vie. – C'est une partie de la prise en charge au long court	
4 composantes de la douleur : – Sensori-discriminative – Affective émotionnelle – Cognitive – comportementale	

Prévention des conduites suicidaires

Définition de suicide :

- Le suicide correspond à tout **cas de mort** qui résulte **directement ou indirectement qu'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même**
- Le suicide accompli est une **série d'actions intentionnelles, effectuées à l'encontre de soi-même et conduisant à la mort**
- C'est une **conduite pathologique**, mais n'est pas une pathologie en soi

Facteurs de risques généraux de suicide :

- Antécédents personnels de tentative de suicide :
 - 30 à 40% de récurrence
 - 10% des suicidants décèdent dans les 10ans, par suicide
- Antécédents familiaux de tentative de suicide ou de suicide
- Age :
 - Le risque de suicide augmente avec l'âge
 - Les tranches d'âge à risques : 15-24 ans, et plus de 60ans
- Conditions socio-économiques : isolement affectif, emploi précaire ou chômage, professions libérales ou cadres supérieurs
- Situation géographique : pays industrialisé, milieu rural plus que urbain
- Saison : printemps plus qu'hiver
- Maladie chronique douloureuse ou invalidante
- Antécédents de maltraitance ou d'abus sexuel

Définition de suicidaire, suicidant et suicidé :

- **Suicidaire** : sujet manifestant l'intention de se suicider, verbalement ou par son comportement
- **Suicidant** : sujet ayant survécu à sa tentative de suicide
- **Suicidé** : sujet décédé lors de sa tentative de suicide

Différences entre tentative de suicide et suicide accompli :

Tentative de suicide :

- 120 000 cas par an
- Femme
- Moins de 35 ans
- Marié
- Milieu urbain
- Trouble de la personnalité
- Médicaments (benzodiazépine 70%) ++++ en milieu urbain, phlébotomie

Suicide accompli :

- 12 000 cas par an (contre 6182 au RU)
- Homme
- Plus de 60 ans
- Célibataire, divorcé, veuf
- Milieu rural
- Dépression, schizophrénie, alcoolisme
- Armes à feu, pendaison (43%, +++ en milieu rural), noyade (+++ de femmes), défenestration

Modèles cognitifs et évaluation

Organisme doué de bioconscience :

- Un fonctionnement autonome
- Une capacité d'auto-construction
- Des moyens d'autodéfense
- La possibilité de maintenir une homéostasie
- La lutte contre le désordre thermodynamique (autopoïèse)

Différents espaces corporels :

- **L'espace corporel** : proprioception, afférences vestibulaires, mouvements du corps sur le corps
- **L'espace juxta corporel** : contact, vision de proche, actions de préhension
- **L'espace extracorporel** : vision de loin, audition, action de visée
- **L'espace conceptuel** : issu de la perception immédiate, l'image du corps en est la référence implicite

Modèle de Norman :

- Niveau d'entrée (1er niveau) : **dispositif spécialisé de filtrage de l'information**, de type module Fodoriens
- Niveau 2 : **répertoire programmé d'actions mentales et motrices** (Trigger Data Base)
- Niveau 3 : **système de supervision**
- Niveau 4 : deux systèmes subsidiaires :
 - o **Système de codage symbolique**
 - o **Mémoire épisodique**

Présence au monde :

- Ou awareness
- Est un **état d'alerte généralisé**
- Elle fait référence à la **mémoire**
- **Tulving** propose ce concept
- Elle s'oppose à la **présence à l'événement**, qui nécessite une **attention focalisée, une vigilance attentive, témoin d'une présence sélective à l'événement**
- L'attention focale est accessible à la **conscience**
- On distingue la **composante attentionnelle** (le plan d'action) de la **composante dispositionnelle** (de nos activités)

Modèle d'Oakley :

Sous-cortex :

- 1^{er} niveau : **vigilance simple** :
 - o **Réactivité comportementale primaire** : implique une **prédisposition sensori-motrice innée** (système réflexe, système homéostatique) et une **adaptation acquise par l'apprentissage de type Pavlovien**

Cortex :

- 2^{ème} niveau : **état de conscience** :
 - o **Modèles internes de l'environnement**
 - o Constitués dans les mémoires **représentationnelles du système cognitif**
- 3^{ème} niveau : intervention de la **conscience de soi** :
 - o Capacité **d'auto observation**,
 - o **Autocontrôle**,
 - o **Intentionnalité dans le choix des objectifs de l'action**