

NOUS VOUS RAPPELONS QUE LA DIFFUSION ET LA MISE À DISPOSITION DE NOTES DE COURS D'ÉTUDIANTS EST UNE ACTION BÉNÉVOLE ET QUE CE N'EST EN AUCUN CAS UN DÛ POUR LES ÉTUDIANTS.

LE BUT PREMIER DE CES NOTES DE COURS EST D'AIDER DES ÉTUDIANTS SALARIÉS OU DE CONSTITUER UN COMPLÉMENT AU COURS.

CES NOTES DE COURS NE REMPLACENT EN AUCUN CAS LES COURS DISPENSÉS À LA FACULTÉ.

DE PLUS, CES NOTES DE COURS PEUVENT COMPORTER DES ERREURS, DES CONTRESENS ET DES FAUTES D'ORTHOGRAPHE.

LES COURS SONT ANCIENS VOIRE OBSOLÈTES À L'HEURE ACTUELLE, ET ÉTANT DONNÉ LE MANQUE D'ÉTUDIANTS ACCEPTANT DE PARTAGER LEURS COURS, NOUS NOUS VOYONS DANS L'INCAPACITÉ DE VOUS TRANSMETTRE DES COURS PLUS RÉCENTS OU PLUS COMPLETS. DE CE FAIT, CELA SIGNIFIE QUE NOUS ACCEPTONS ÉVIDEMMENT LES COURS QUE VOUS POURIEZ ACCEPTER DE PARTAGER.

MERCI

EPSYLON

TD 1 : Difficultés à l'Adolescence

1. Difficultés scolaires

L'entrée dans l'adolescence se fait en moyenne vers l'âge de 12 ans (lors des transformations/pubertaires). Cela coïncide avec l'entrée au collège = diminution des évidences scolaires. En primaire, l'enfant avait une relation duelle privilégiée avec un enseignant. Au collège, ce n'est plus le cas, l'élève va pouvoir comparer ses différents enseignants (« Je préfère ce professeur à celui là ») = modification de la relation avec le professeur. Au collège, l'adolescent se pose aussi la question de l'utilité des études, le sentiment d'utilité n'est plus aussi manifeste qu'en primaire.

Explications : Les enseignements du collège sont en décalage avec les attentes de l'élève (les meilleurs résultats sont observés dans les matières qui intéressent l'élève et/ou dans la nouveauté). De plus, la nécessité des diplômes sont encore éloignés pour le collégien.

- ➔ Système éducatif qui ne répond pas aux attentes du collégien
- ➔ Être reconnu en tant qu'individu – mettre en place des relations de réciprocité avec l'enseignant = **relation individu-individu** = glissement vers des relations plus égalitaires. L'adolescent expérimente déjà ce genre de relation dans son groupe ou sa famille.

S'il se sent dévalorisé à ses propres yeux et aux yeux de ses propres camarades (mauvaises notes par exemple) = inadaptation. Certains adolescents vont se retrouver avec une :

- 🚩 Inadaptation au travail scolaire : échec scolaire, refus au travail
- 🚩 Inadaptation au groupe scolaire : l'adolescent va avoir des comportements qui perturbent le fonctionnement de la classe – très mal accepté par le professeur et les

autres collégiens Certains élèves vont chercher à se faire reconnaître par le groupe via des comportements atypiques.

L'inadaptation au travail scolaire peut être combinée avec l'inadaptation au groupe scolaire, ils peuvent aussi se manifester indépendamment l'un de l'autre. Les élèves en échec scolaire auront tendance à se replier sur eux même pour ne pas le montrer au groupe et à ses parents.

A quoi peuvent être du ces difficultés scolaires ? De nombreuses explication, pour certaines liées à l'enfance et qui se manifestent à l'adolescence.

- Catégorie médicale : Dysfonctionnements cérébraux et/ou somatiques. L'enfant puis l'adolescent ayant une pathologie va mener l'adolescent à des difficultés qui ne lui permet pas d'acquérir de nouvelles connaissances.
- Critiques institutionnelles : La finalité de l'école est remise en cause par les parents qui n'acceptent pas de savoir leur adolescent en difficultés scolaires. Pour eux c'est la faute de l'école qui n'a pas su faire ce qu'il fallait. On remarque aujourd'hui que les parents se préoccupent de moins en moins de la scolarité de leur enfant.

Aujourd'hui : 1/3 des enfants bénéficie exclusivement de l'école, c'est-à-dire que l'enfant n'acquiert du savoir qu'à travers l'école. 1/3 des enfants ont accès à d'autres sources comme les bibliothèques ou internet. Le dernier tiers des enfants sont considérés comme étant en échec scolaire (jusqu'au niveau 3^{ème} : 2 ans de retard.)

- Situations sociales/familiales problématique : L'enfant n'a plus comme priorité l'école. Il est beaucoup plus préoccupé par sa situation familiale ou sociale. Préoccupations d'adulte qui viennent se heurter aux préoccupations d'adolescent.
- Conséquences d'un vécu pathologique : Adolescent ayant subi un traumatisme à l'enfance. Vécu pathologique qui va fragiliser encore plus l'adolescence. Parfois cela se déclenche 6 mois – 1 ans après. Reviviscence de vécu pathologique lié à l'enfance. Reconstruction identitaire à l'adolescence va faire remonter des souffrances de l'enfance (souvent lié au milieu familial).

Au moment de l'adolescence on peut observer un fléchissement des résultats scolaires mais parfois on peut aussi observer une hyper investissement scolaire.

- ✚ Hyper investissement scolaire : Intérêt quasi exclusif pour les activités scolaires = réussite. Elle peut être **normale** : n'est que passager et revient à la normal. Elle peut être aussi **pathologique** : difficulté à sortir de l'enfance, difficultés à contrôler leur monde pulsionnel. L'élève se réfugie dans l'hyperactivité scolaire = moyen de contrôler leurs pulsions. Maturité scolaire qui compense l'immatunité sur d'autres dimensions.
- ✚ Fléchissement scolaire : Il est **normal**, car il s'observe chez à peut près tous les adolescents (Explications : Le programme de 4^{ème} devient plus difficile. Il y a aussi d'autres préoccupations – période sensible. Des adolescents ne s'expliquent pas ce fléchissement scolaire, diminution des résultats puis stabilité. Il n'y a pas de

causes apparentes). Il est **pathologique** : Ce fléchissement va s'accompagner d'absentéisme scolaire, du retrait du milieu familiale plus de réactions parfois assez brutale envers l'entourage. L'adolescent se focalise sur ce fléchissement scolaire et il construit une image se soi négative en lien avec ce fléchissement scolaire. Cela peut amener à une **névrose d'échec** : cercle vicieux des névroses (auto alimentation par l'adolescent lui-même).

2. Comportements déviants : la délinquance

Comment les adolescents perçoivent eux même les comportements délinquants des autres adolescents ? Fasse au passage à l'acte l'adolescent a le choix : agir ou non. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer son choix, notamment sont jugement moral (**KOHLBERG**). Différentes études ont montré qu'au moment de l'adolescence, ceux-ci font une confusion entre ce qui est permis, ce qui est bien, ce qui échappe aux sanctions, ce qui est mal et ce qui est interdit. **COSLIN** s'est intéressé à ce que pensaient les adolescents des comportements délinquants. Il a constaté que quelque soit la gravité, un acte peut être plus ou moins excusable selon celui qui commet l'acte ou suivant les circonstances de l'infraction. Il constate aussi que le statut du délinquant, son âge, son sexe, ses origines sociales interviennent dans l'attribution de sanctions.

- Les adolescents de milieu défavorisé jugent moins sévèrement les conduites délinquantes que les adolescents de milieu plus aisé.
- L'attribution de circonstances atténuantes est plus fréquente si celui qui juge et celui qui commet l'infraction appartiennent au même milieu.
- L'attribution à la victime d'un part de responsabilité et notamment c'est comme cela que certains adolescent délinquant justifient le passage à l'acte.

Il y a quelques variations selon le sexe de l'adolescent même s'il y a un jugement assez similaire, il y a une relative indulgence pour les filles délinquantes. Les filles, elles, jugent plus sévèrement les violences sexuelles. **COSLIN** a constaté pour un même acte de délinquance, l'adolescent sera jugé moins sévèrement que l'adulte – identification qui se mettait en place des jeunes sur d'autres jeunes (on peut dire qu'ils font parti d'une même catégorie sociale). Les justifications apportées pas les adolescents délinquants sont de diverses natures notamment le désir de nier une certaine réalité, pour d'autres, agir sur la réalité. Ca peut être aussi le besoin de se valoriser envers le groupe de paire.

Si les adolescents font preuve de compréhension ne veut pas dire qu'ils acceptent. Les atteintes aux personnes sont nettement différenciées aux atteintes aux biens qui sont perçus avec beaucoup plus d'indulgence. L'indulgence est beaucoup plus marquée lorsque c'est l'individu qui est jugé et non pas son acte. Certains actes de délinquance sont parfois là pour « punir » la société car elle ne répond pas aux atteintes. La délinquance s'est féminisée, beaucoup plus d'agression. Les actes délinquants sont commis de plus en plus jeune.

D'un point de vu psychologique, on constate que bon nombre d'adolescents peuvent adopter à un moment ou à un autre des comportements délinquants, cela ne veut pas dire pour autant qu'ils deviendront de vrais délinquants. La délinquance fait parti des troubles du comportement. Les adolescents ont des actes de brutalité, de provocations, de désobéissances, l'adolescent délinquant

commet des infractions par rapport aux lois. On constate des actes non sociaux chez l'enfant, cela ne veut pas dire qu'ils vont devenir des délinquants. Ces comportements non sociaux se retrouvent en maternelle, collège mais beaucoup moins au lycée. Ce sont des adolescents ayant des difficultés à avoir des conduites empathiques (du mal à évaluer la souffrance des victimes = mauvaises appréciations des effets qu'ils commettent).

- Comportement délinquant présents dès l'enfance : **Haut degré d'agressivité persistant**. Ce sont souvent des jeunes qui sont **solitaires** ayant **peu de conscience morale** et **peu de sentiment de culpabilité**. Souvent, ils **n'aiment personne**, ce qu'ils aiment se sont les **conflits**, ils n'ont **confiance en personne (Erikson = méfiance fondamentale)**. Ils ont **développé un attachement non sécurisant**, bien souvent très jeune on constate de nombreux conflits avec les parents. Si les parents n'arrivent pas à contenir ces comportements déviants, ceci vont s'accroître, vont à un moment donné apparaître des **agressions** envers les autres qui va avoir pour effet **un rejet de la part du groupe des pairs** qui va aggraver le problème, parce que l'adolescent agressif va se tourner vers d'autres adolescents qui vivent des problèmes similaires. On constate souvent une combinaison de différents troubles comportementaux avec en plus une consommation de stupéfiants, d'alcool et un échec scolaire ponctué fréquemment d'absentéisme.
- Comportements délinquants apparaissent à l'adolescence : Les comportements sont généralement **moins violents** et surtout leur comportement est davantage **l'expression d'un processus groupal**. Ce sont des jeunes qui vont commettre des actes de délinquance en groupe notamment pour tester l'autorité. Isolement, l'adolescent ne va pas commettre d'actes de délinquances. Cause : **Manque de supervision parental, les amitiés individuelles de ces jeunes n'offrent pas une stabilité suffisante**.

L'adolescence est un temps de **remise en cause** de beaucoup de choses et on va voir notamment un **désinvestissement des objets parentaux**, nouveaux **investissements d'objets extra-parentaux**. Trouver des groupes de pairs suffisamment solides pour compenser le rejet des objets parentaux. Certains psychologues disent que les violences de ces adolescents délinquants sont surtout l'expression de **conflits psychiques** (angoisse, crise identitaire...)

TD 2 : Adolescence et Famille

Les familles traversent l'adolescence relativement bien contrairement aux idées reçues

1. Autonomie

Durant l'adolescence, le type de **relation parents/adolescent** est fortement lié à la relation affective durant l'enfance. Les relations des adolescents avec leurs parents préparent la qualité des relations ultérieures (à l'âge adulte).

Souvent, on associe l'autonomie à l'indépendance. **STEINBERG** (2011) définit l'autonomie à la « capacité de penser, de ressentir, de prendre des décisions et d'agir de son

propre chef ». Cette autonomie va se prendre vis-à-vis de sa famille mais aussi en dehors du cercle familial = **modifications des relations familiales et sociales (OVERBEEK – 2007)**. C'est autour de **16-17 ans** que le **pic d'autonomie est le plus grand** et c'est aussi à ce moment là qu'on fait des différences entre les filles et les garçons. On a pu constater que les filles avaient moins d'autonomie laissée par les parents (dans une famille traditionnelle). Une étude réalisée par **FLEMMING** en 2005 montre que les garçons seraient beaucoup plus désobéissants que les filles, cette autonomie serait liée à cette désobéissance.

→ Autonomie dans la gestion de l'argent de poche, gestion des activités sportives et culturelles.

Vers 16-17 ans, les adolescents se laissent beaucoup moins influencer par les choix parentaux qu'entre 12 et 15 ans. Au sein de la famille, c'est ce désir d'autonomie qui va être source de **négociation, de conflits ou de discussion**. On peut constater que l'autonomie est une composante importante car quelque part, l'adolescent doit faire le deuil de l'enfance. A 12,13 ou 14 ans, l'adolescent est encore cocooné par ses parents, un espace sécurisant d'un côté et de l'autre l'autonomie. **M. MALHER** évoque la 2^{ème} phase de processus de « **séparation-individuation** » (la 1^{ère} phase étant la « crise » des 3 ans et la 3^{ème} phase, la « crise » de la quarantaine).

Concept d'individuation : On estime que c'est le déficit principal qu'ont à relever les familles.

Ce concept réfère aux transformations des relations familiales à travers la **renégociation des rôles** au sein de la famille. Cette renégociation doit aboutir à mettre sur un pied d'égalité de pouvoir l'adolescent et ses parents. Tout l'enjeu va être de renégocier les rôles et les statuts. L'adolescent va tendre à être reconnu comme individu. A l'enfance, les parents ont tout autorité sur l'enfant = pouvoir unilatéral. A l'adolescence, c'est une **relation plus égalitaire, plus individualisée** de la mère et du père. Les parents sont perçus comme individu et non plus, uniquement, comme parents. L'adolescent va aussi avoir une perception de la relation d'individu à individu entre son père et sa mère.

Les modifications cognitives vont agir sur les relations. L'adolescent va expérimenter les relations égalitaires avec ses pairs. Il va falloir concilier cette augmentation de l'individualité et le maintien du lien émotionnel au sein de la famille. Cette montée d'individualité peut créer des conflits car l'adolescent va tester les limites de l'autorité parentale. On a pu montrer la réciprocité des relations au cours de l'adolescence. On constate qu'au milieu de l'adolescence (autour de **15 ans**) c'est là où **l'unilatérité des relations est la plus forte = on peut le mettre en lien avec l'accélération des transformations pubertaires = plus de conflits**. Ce phénomène est présent sur plusieurs générations. Au sein de la famille, on constate les mêmes phénomènes il y a 20 ans et aujourd'hui. Certains comportements apparaissent au sein de la famille à l'adolescence.

GROTEVAN et COOPER ont montré qu'il y avait beaucoup de **comportements d'accords** entre l'adolescent et les parents, **peu de comportements négatifs** et vont se mettre en place des **comportements de suggestions indirects** (ils vont limiter les comportements négatifs – système de donnant/donnant). Les adolescents maintiennent et déclarent avoir de bonnes relations avec leurs parents (bonnes relations émotionnelles) et apprécient les conseils parentaux.

RODRIGUEZ-TOME a montré que les adolescents s'adressent à leurs parents pour des **difficultés matérielles** mais aussi pour des **difficultés morales**. Néanmoins, ils sont moins sollicités pour des problèmes sentimentaux. Les conflits vont culminer au milieu de l'adolescence pour diminuer ensuite jusqu'à 17-18 ans pour ensuite ré-augmenter un petit peu. Ces conflits tournent en générale autour de questions terre à terre, ils ne présentent aucun risque pour les liens familiaux. **SMETANA** (2008) a montré que les conflits portent sur la chambre, le choix des activités, le travail scolaire, l'habillement, l'argent, le couvre-feu, les relations amoureuses et amicales. **BRILAUD** en 2009 a montré que les jeux vidéo sont une des principales causes de tension/conflits à l'adolescence parce que les parents se sentent dépassés par rapport au monde virtuel et ils ont le sentiment de ne plus exercer leur rôle de contrôle. Cela peut être un moyen de pression pour les parents.

Une étude belge a montré que les adolescents sont plus disposés à révéler des informations les concernant lorsque les parents entretiennent un climat familial chaleureux et réceptif, lorsque les adolescents peuvent s'exprimer librement auprès des parents. **SOENENS** en 2006 a montré que le style démocratique au sein de la famille permet d'éviter les conflits car il y a plus d'échange. Une étude a montré que les adolescents peuvent se confier davantage à la mère (paradoxe : il y a plus de conflits avec la mère).

MONTEMAYER : « Ces conflits concernent toutes les familles de temps en temps et quelques familles la plupart du temps ».

Cette notion de conflit implique une opposition entre deux personnes. A l'adolescent ce n'est pas le cas, les **conflits sont unilatéraux** car l'adolescent va subir l'**autorité parentale** sans forcément exprimer leur désaccord. Pour les adolescents, le conflit est modéré, c'est seulement pour 20% des familles que le conflit est plus intense. C'est avec la mère que les adolescents disent avoir le plus de conflits, ensuite les amis, le/la petit(e) copain(e), la fratrie et le père. Si les conflits sont pour le jeune un moyen de tester les limites de l'autorité parentale, certaines études montrent que c'est aussi un moyen de protection car il annonce un mouvement de séparation = ces **conflits sont nécessaire pour la prise d'autonomie de l'adolescent**. Dans certaines familles, on peut avoir des conflits éludés alors que dans d'autres on va avoir des conflits permanents (deux extrêmes). Lorsque le conflit est permanent, on peut se demander si ce n'est pas un moyen pour les parents de **maintenir une relation** avec leur adolescent (échange avec l'adolescent). Ce conflit **empêche la distance de s'établir/l'autonomie**. C'est pourquoi l'adolescent ne va pas gagner son autonomie en entrant en conflit et va rester très dépendant de son milieu familial. C'est aussi le cas lorsque le **conflit est éludé**. Dans ce cas de figure, le parent protège son enfant, et décide tout à sa place (ou toujours d'accord avec lui) = consensus permanent. L'adolescent n'est pas mit face à ses **responsabilités**. L'adolescent va résister encore plus par exemple en ayant des comportements excessifs = pour savoir jusqu'où il faut aller pour que les parents disent « stop »

2. Puberté et processus familial

D'un point de vue traditionnel, ces conflits, s'ils ont lieu, sont du aux **sauts d'humeur** de l'adolescent. Augmentation de l'agressivité = point de vue psychanalytique. Les processus biologiques induisent des conflits et ces conflits seraient nécessaires pour que l'adolescent devienne adolescent sur le plan émotionnel. Cela va permettre à l'adolescent la recherche de partenaire intime en dehors de la famille. Ce qui pose problème pour les développementalistes est d'estimer que les conflits viennent des sauts d'humeur de l'adolescent. *Comment la puberté peut influencer les relations familiales ?*

Etude de **PAIKOFF et BROOKS-GUM** sous la forme d'une méta-analyse - Ils ont fait la synthèse de toutes les recherches qu'ils ont pu trouver dans ces domaines. A partir de là, ils proposent 3 modèles possibles discutant de ce lien.

🌈 1^{er} modèle : **Modèle basé sur les fluctuations hormonales** : Ces fluctuations vont affecter directement ou indirectement sur les relations avec les parents. Ils discutent cette hypothèse psychanalytique comme quoi ces fluctuations seraient responsables de l'augmentation de l'agressivité. **L'augmentation des taux d'androgène** chez les garçons seraient associé à l'augmentation des affectes agressifs et des comportements sexuels. Chez les filles, il serait associé à l'augmentation des affectes dépressifs et des comportements sexuels. 1^{ère} critique : Cela ne se vaut pas chez tous les adolescents. 2^{ème} critique : D'autres études scientifiques ont montré qu'au lieu de comportements dépressifs chez les filles, il y aurait des affects agressifs comme chez les garçons. Une autre étude, elle, a montré qu'il n'y avait pas de comportements négatifs, uniquement des comportements sexuels.

🌈 2^{ème} modèle : **Caractère sexuels secondaires** : Transformations physiques qu'on peut observer au moment de l'adolescence. Ces transformations sont observables aussi bien par l'adolescent que par autrui et en particulier les parents. On estime qu'ils ont aussi une valeur de stimulus social, ils marquent la maturité physique de l'individu = capacité de reproduction naissante = très **lourdement chargé se sens** pour les parents et pour l'adolescent. **STEINBERG et KRACKE** ont mené des études auprès d'adolescents. Les mères prenaient conscience d'une distance croissante avec leur fils quand celui-ci commence à murir. Chez les garçons, le plus important avec leur relation aux parents était l'augmentation de leur taille = davantage d'égal à égal. Dans ces recherches, le rôle des transformations physiques ont montré que les conflits mère-fils culminent au moment où la vitesse de croissance pubertaire est maximale (vers 14-15 ans). On constate aussi qu'une fois cette phase passée, il y a une diminution des conflits. Les conflits père-fils sont peu nombreux car la hiérarchie de dominance est respectée. Pour les filles, les changements de comportements semblent liés à l'âge d'apparition des 1^{ères} règles. Au cours de cette période, les filles se sentent moins bien acceptées par leur mère et elles sentent aussi que l'influence maternelle est moins bien perçue. **HILL** : on retrouve une moins bonne perception de la mère par la fille, chez les adolescentes où la maturité pubertaire est précoce. Entre 6 mois et 1 an après, on retrouve un niveau de conflit au même niveau qu'avant les 1^{ères} règles mais en même temps on ne retrouve pas les mêmes relations. Ne sont pas pris en compte dans ces études le mode de fonctionnement parental ni le niveau de conflit pendant l'enfance. Dans les familles à style démocratique, les conflits sont moindres et de ce fait, la maturation pubertaire est moins visible.

🌈 3^{ème} modèle : **Interactionniste** : Il propose que les changements des relations familiales soient en interaction avec les changements biologiques mais également les changements cognitifs, les relations familiales seraient en lien avec les relations sociales et de manière plus générale la construction identitaire/l'image de soi.

STEINBERG : sur l'adolescence. Il a voulu tester l'hypothèse que la maturité pubertaire seraient fortement lié aux changements des relations familiales. Ces relations familiales agiraient sur les changements biologiques = les filles qui percevaient une relation intime avec leur mère auraient un développement plus lent que les autres. A l'inverse, les filles ayant eu beaucoup de conflits avec leur mère auraient une maturité pubertaire plus rapide que les autres. On observerait aussi ce phénomène chez les garçons

TD 3 : Concept de soi à l'adolescence

1. L'identité à l'adolescence

Il existe 4 types d'état identitaire selon la **théorie de MARCIA**, différent selon la présence – ou l'absence – de crise et d'engagement au moment de l'adolescence.

- Identité en réalisation
- Identité surdéterminée
- Identité en moratoire
- Identité diffuse

Attention : Ce ne sont pas des stades. Certains vont passer par les 4 états alors que d'autres ne vont passer que par quelques uns.

Les travaux de **KROGER** (2003) vont apporter de nouveaux éléments à cette théorie.

a. L'identité en réalisation

Il se caractérise par des **engagements pris à la suite de réflexions** à des questionnements. Les parents sont généralement en phase avec leur adolescent, ils l'encouragent et acceptent ses choix. A travers des questionnaires, KROGER a remarqué que ces adolescents ont un **niveau d'égo important**, un **bon raisonnement moral** et surtout qu'ils ont des **certitudes à propos d'eux même**, ils savent ce qu'ils valent.

b. L'identité surdéterminée

Ce sont des adolescents pour qui des **personnes extérieures font des choix à leur place** (en général, les parents) ≈ Etouffe l'adolescent. Le style parental ne **laisse pas assez d'autonomie**, on remarque, par la suite chez l'enfant un **haut niveau d'autoritarisme et un haut niveau d'obéissance à l'autorité**. Ils ont des **pensées stéréotypées** et n'ont pas de pensées personnelles. Pour finir, ils ont un **faible niveau d'anxiété**.

c. L'identité en moratoire

L'adolescent **réfléchit aux différentes possibilités qui s'offrent à lui mais sans prendre de décision**. Cela lui permet de reculer sa prise d'engagement par la suite. Ces adolescents se questionnent beaucoup sur leur avenir. On va remarquer **une très forte anxiété car ils ont une crainte de l'échec** (Ex : « Est-ce que c'est vraiment ce que je voulais faire ? »)

d. L'identité diffuse

L'adolescent va **s'essayer à différents style**. Ils ne s'engagent pas et ils ne se questionnent pas tellement non plus ≈ adolescents qui manquent un peu de maturité psychologique. **KROGER** remarque que le style parental est plutôt un style non interventionniste mais dans certains cas, des chercheurs rajoutent, des parents qui ne prennent pas le temps ou ceux qui vont rejeter leur adolescent. On retrouve chez ces adolescents un **faible niveau d'égo** et ce sont aussi des adolescents qui ont peu de certitude sur eux même = **estime de soi assez faible**.

En règle générale, à la fin de l'adolescence, ils sont plutôt dans un état **identitaire en réalisation ou en moration**. Très vite dans la vie de jeune adulte, ceux étant passé par un état identitaire surdéterminé, vont reconsidérer leur choix, ceux de leurs parents. Pour se construire cette identité, on va utiliser les nombreuses connaissances sur nous même, ce qui va nous emmener à plusieurs conceptualisations de soi. De ce fait, on va pouvoir jouer plusieurs rôles suivant les situations (HARTER – 2006 et DONNELLAN – 2009) = plusieurs facettes d'un même concept de soi (différents avec les parents, les amis, les collègues etc.)

La notion de **concept de soi** implique deux composantes :

- Une composante descriptive/cognitive du soi
- Une composante évaluative du soi/L'estime de soi.

2. Le concept de soi

L'individu dispose de plusieurs représentations de soi qui ne sont pas neutres. Elles sont **chargées de valeurs plus ou moins positives ou négatives**. Ce sont des représentations (descripteurs) qui peuvent toucher différents aspects de l'individu (physiques ou psychologiques). On a des descripteurs qui sont plus centraux que d'autres, qui sont plus importants aux yeux de l'individu que d'autres. D'après **RODRIGUEZ-TOME**, le concept de soi repose à la fois sur :

- **L'image de soi : La façon dont on se perçoit**. La personne qui se décrit va se référer à un ensemble de caractéristiques (goût, qualités etc.) mais également des caractères sociaux liés aux rôles et aux valeurs auxquels on adhère. En générale se sont des valeurs que l'on s'attribue.
- **L'image sociale de soi : L'image que se fait autrui de nous**. L'image que l'on se fait de soi à partir de ce que nous renvoi autrui de nous même. Ce que l'on interprète du regard d'autrui. On interprète les indices fournis par autrui. Cette image sociale s'élabore à travers tous les rapports qu'on a avec autrui. Cela influence nos comportements d'interaction avec autrui.

Au moment de l'adolescence, il y a une évolution du concept de soi car, au début de l'adolescence, se sont essentiellement **des descripteurs physiques** alors qu'à la fin de cette période, se sont plutôt des **descripteurs de traits de personnalité** (= capacités métacognitives plus importantes). Au début, l'adolescent est ancré dans le réel, la description va être très concrète = il est au début de la pensée formelle (« Qui suis-je ? » = réponse en terme « agir » et « être physique »). Ces **descripteurs physiques vont diminuer jusqu'à 14 ans**. Jusqu'à **16-18 ans**, on trouve encore des **descripteurs physiques mais beaucoup plus de descripteurs en terme d'être existentiel** = beaucoup plus large

évaluation sur eux même. On peut voir que les descriptions sont fortement liées aux relations sociales/qualité de la relation sociale (« Comment suis-je perçu par les autres ? ») mais également en traits de personnalité. La préoccupation de l'adolescent, la plus importante est de **savoir ce que les personnes importantes à ses yeux pensent de lui**. S'attribuer des traits de personnalité nécessite un processus d'abstraction de toutes les régularités observées de ses propres conduites mais également les réactions à autrui (son comportement). Lorsque l'on a autrui qui a la même description de soi, on va pouvoir s'attribuer ce trait de personnalité. L'adolescent va pouvoir **comparer l'image de soi à l'image sociale de soi**. Cette comparaison va donner à l'adolescent une certaine valeur de lui-même (composante évaluative = estime de soi).

3. L'estime de soi

Appréciation qu'un individu se fait de lui-même. Il nous montre dans quelle mesure chacun s'accepte et se respecte en tant que personne. Très jeune, les enfants identifient les opinions d'autrui et vont par conséquent **ajuster leur comportement pour plaire à ces personnes** (= « **miroir social** »). Peu à peu, toutes ces opinions deviennent des **idéaux, des buts intériorisés de soi** et donc l'enfant va commencer à incorporer comme s'il s'agissait de ses propres évaluations. Le Soi se construit et se développe à travers notre expérience. Au début, c'est l'approbation des parents le plus important. A l'adolescence, c'est celui des pairs, même si le regard parental garde son importance. L'approbation parentale diminue lorsque le jeune adulte quitte le foyer familial et se substitue à l'approbation des collègues. Tout au long de la vie, **l'approbation des pairs** est très importante. L'estime de soi augmente si autrui a une haute opinion de nous & à l'inverse, elle diminue si les autres ont une faible opinion de nous = **Attention** : Le **regard des autres n'est qu'une perception** ! Au cours de l'adolescence, l'adolescent peut avoir des sentiments de valorisation ou de dévalorisation dans des situations spécifiques, par exemple, il peut avoir une bonne estime de soi dans le milieu scolaire et une mauvaise estime de soi avec les copains = **l'estime de soi est multidimensionnelle**.

En France : ETES = **Echelle Toulousaine de l'Estime de Soi**. Développé par **OUBRAYRIE**. Il s'est inspiré de différentes échelles pour constituer celle-ci. Cette échelle est intéressante car elle peut être administrée de 12 à 20 ans. Elle est composée de 60 items différents dans 5 domaines différents :

- **Le soi émotionnel** : Représentations des émotions, contrôle des impulsions, de l'anxiété etc.
- **Le soi social** : Représentation de toutes les interactions avec autrui.
- **Le soi scolaire** : Représentation des comportements et performances dans le cadre scolaire.
- **Le soi physique** : Représentation de l'apparence corporelle et vis-à-vis du regard d'autrui sur notre apparence physique et sur nos performances physiques et sportives.
- **Le soi futur/projectif** : Représentation sur les rôles d'adulte, sur l'avenir.

= **Mesure du soi globale**.

D'une façon générale, cette estime de soi globale tend à être plus stable entre l'enfance et l'adulte. On va avoir une **consolidation de l'estime de soi au cours de l'adolescence** et notamment vers la fin. Toutes les études s'accordent pour trouver une plus faible estime de soi chez les filles dut aux modifications/pubertaires (elles sont moins satisfaites de leur image corporelle = soi physique). **OUBRAYRIE** a montré que les filles se déprécient beaucoup plus que les garçons. Elles présentent des scores inférieurs pour le soi physique et émotionnel mais des scores supérieurs pour le soi futur. Cette appréciation varie aussi en fonction de l'âge.

Entre **17 et 20 ans** = score supérieur pour le soi social. A l'inverse les adolescents les plus jeunes ont un score plus faible pour le soi futur.

L'estime de soi n'est pas linéaire. Entre **10 et 16 ans**, on remarque une légère baisse de l'estime de soi vers **12 ans puis vers 15 ans**. A **16 ans**, c'est là que l'estime de soi est la plus basse et notamment chez les filles. Cette estime de soi peut être influencée par des facteurs qui vont affecter positivement ou négativement cette estime de soi. Ces facteurs sont :

- **Intériorisation du jugement d'autrui** : Le soutien parental est lié positivement à l'estime de soi. Le désintérêt des parents est significativement lié à la faible estime de soi.
- **Personne déterminante** : L'importance du regard des autres, opinions de personne déterminante peut avoir des effets prolongés sur l'estime de soi.
- **Style éducatif/parental** : Un style démocratique/ouvert où il y a une communication entre les parents et l'adolescent entrainera chez celui-ci une estime de soi plus élevée que dans les familles où l'on trouve un style autoritaire.
- **Perception des réussites/échecs** : Domaine important pour l'adolescent. L'adolescent va choisir des activités où il se sent capable de réussir. Ils vont s'entourer de personnes qui ont des performances relativement proches des siennes = préserver son estime de soi.
- **Ecart par rapport aux idéaux** : Décalage entre le soi réel et le soi idéal. Il est important que l'adolescent puisse se comparer tout en tenant compte des différences individuelles. Ces écarts peuvent être une source d'angoisse. Quand il y a une discordance entre l'apparence physique et la norme sociale, on peut avoir des évaluations très négatives des adolescentes de leur apparence.
- **Auto-évaluations juste** : Un faible estime de soi peut résulter d'une évaluation de soi trop critique notamment dans le domaine scolaire. Des adolescents ayant des observations positives amènent l'adolescent dans un sentiment de confiance et de sécurité.
- **Internalité** (≠ Externalité (« Locus of control »)) : Lorsqu'un événement nous arrive, on peut dire que c'est notre faute ou que c'est la faute des autres. On a pu montrer qu'une internalité assez importante est souvent liée à une bonne réussite scolaire et donc une bonne estime de soi. Mais à l'adolescence, une externalité permet de sauvegarder une bonne estime de soi. **CHUBBS** a montré que le contrôle est moins

externe pour les filles entre 15 et 16 ans alors qu'il devient un peu plus pour les garçons au même âge. Globalement, au cours de l'adolescence, on observe une internalisation progressive.

Pour conclure, l'adolescence est une période de **prise de rôle** (identité), **transformation pubertaire** etc. peut donner à l'adolescent le sentiment de vivre dans un milieu confus. Construire son identité, interagir avec son environnement, faire face aux exigences du milieu. La manière dont l'adolescent va explorer son milieu, la façon de s'engager va conduire le jeune à **adopter un style identitaire**. Le **concept de soi va se construire** à travers de meilleures connaissances de soi. Alors que le concept de soi englobe des informations objectives, l'estime de soi comprend les dimensions affectives et évaluatives.

TD 4 : Méthodologie en psychologie du vieillissement

L'effet du vieillissement est un **phénomène dynamique** et est de ce fait un phénomène difficile à capter.

1. Approches méthodologiques possibles

Plan d'expérience :

- ✓ **Plans transversaux** : comparer des groupes différents sur une même tâche.

Ex : G1 = 20-30 ans

G2 = 60 ans

G3 = 80 ans

Choisir des classes d'âge représentatives.

Etude de FONTAINE : On a souvent les mêmes courbes de résultats

Ce qui est intéressant avec les plans transversaux est de réaliser un constat des différences de performances.

- ✓ **Plans longitudinaux** : Comparer un même groupe à des âges différents. Ce plan est beaucoup utilisé en psychologie du développement = On étudie le développement d'un enfant à des âges différents/des niveaux scolaires différents.

2 problèmes liés au temps : On peut étudier le développement d'un enfant tous les ans par exemple, à 1 ou 2 ans, l'enfant connaît beaucoup de changements ce qui n'est pas le cas d'une personne de 60 ou 80 ans. On va donc devoir **espacer les intervalles de temps**. Cet intervalle doit être de minimum 5 ans voire 10 ans. Contrainte de temps énorme et contrainte liée à la perte de sujet (décès, maladie, il ne veut plus poursuivre l'étude, autonomie etc.)

+ Grande variabilité individuelle.

Ici, les résultats ne sont valides que pour une génération.

- ✓ **Plans séquentiels** : Comparer plusieurs groupes à des âges différents.

STEINBERG & SCHAIE ont utilisé ce genre de plan. En utilisant une méthode séquentiel, SCHAIE a montré qu'il y aurait une chute des performances non pas à 60 ans mais à 70 ans & non pas à 80 ans mais à 90 ans. Un sujet âgé ne fonctionne peut être pas de la même manière qu'un sujet de 20 et 30 ans.

2. Contrôles expérimentaux

Sexe des sujets.

Pour un groupe de sujets de 20 ou 30 ans il suffit d'équilibrer en mettant 50% d'hommes et 50% de femmes. Seulement **l'espérance de vie** étant de 84 ans pour une femme et de 78 ans pour un homme et l'échantillon devant être représentatif, on ne peut pas mettre 50% d'hommes et 50% de femmes pour un groupe de sujet de 70 ans. Il faut donc se référer à la pyramide des âges.

Seulement : A 70 ans, biologiquement, on peut estimer que l'homme est plus vieux que la femme.

Le vieillissement correspond. Cependant, ceci est vrai si l'homme décède à 78 ans et la femme à 84 ans

En général, on se contente de la pyramide des âges, car l'espérance de vie ne peut être prédite.

Problème sur le terrain : En général, beaucoup de mal à trouver des sujets masculins plus que les femmes qui sont, elles, plus avides de connaissances alors que les hommes, lorsqu'ils sont confrontés à l'échec, ont tendance à vite abandonner.

Niveau d'étude

- ✓ Dernier diplôme obtenu (niveau de scolarité) : En fonction des générations, les pratiques et les contenus pédagogiques ont énormément changés.
- ✓ Nombre d'années d'études : Années pendant lesquelles on a mobilisé nos capacités cognitives.
- ✓ Tests d'intelligence pour contrôler les connaissances : Fortement corrélé au niveau scolaire (intelligence cristallisée, niveau/intelligence scolaire). Contrainte pratique, faire passer le test complet demande 2H à 2H30 pour ensuite pouvoir mettre le sujet dans un groupe ou dans un autre ce qui est épuisant pour les sujets qui n'a pas encore passer l'expérience en elle-même.

Santé

- ✓ Maladies chronique ?
- ✓ Maladies < 1 ans ?
- ✓ Suivi psychologique ou neuropsychologique
- ✓ Traitements médicamenteux ?
- ✓ Niveau de santé subjective : niveau de santé ressenti par le sujet lui-même. Comment il se sent par rapport à son âge. Agit sur la motivation et le fonctionnement cognitif su sujet.

Critère d'inclusion ou d'exclusion.

→ Variabilité interindividuelle très forte.

Classer les sujets dans des groupes suivant leur âge n'a aucune pertinence car un sujet de 60 ans peut avoir le même profil qu'un sujet de 70 ans et vis&versa.

Classer les sujets par rapport à leur performances cognitives (bonnes, moyennes ou faibles) permet de construire des profils de vieillissement (rejoint la psychologie différentielle).

TD5&6 : La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer fait partie des démences neurodégénérative = pathologie liée à la dégénérescence des cellules nerveuses.

1. Démence ?

La démence est associée à la folie.

Définition de l'OMS : Démence = Altération du fonctionnement de l'individu. Altération globale/persistante/cognitive suffisamment importante pour avoir des répercutions sur la vie quotidienne.

Définition du DSM IV : Démence = Altération progressive de la mémoire et d'au moins une autre fonction cognitive.

- Il faut qu'on puisse observer ces altérations depuis au moins 6 mois.
- Il y a plusieurs formes de démences possibles (Alzheimer, Démence foto-temporale, Huntington, Parkinson, Démence vasculaire). Toutes ces démences ont un tableau clinique différent.
- Ces altérations sont associées à des lésions cérébrales.
- Faire la distinction entre des troubles mentaux permanents (« organique ») et des troubles mentaux temporaire (« état démentiel temporaire » = folie).

Apparition de déficits cognitifs multiples.

- **Mémoire** (au sens large)

Difficulté soit d'encodage soit de récupération (ou les deux)

- Autres fonctions cognitives

Langage (aphasie), **calcul** (acalculie), **fonctions exécutives** (attention, planification...), difficulté de **reconnaissance** (agnosies), **habileté motrice** (apraxies).

Déficits [a] = vie quotidienne (familiale, professionnelle, sociale...)

Changement dans le mode de fonctionnement de la personne.

Mise en évidence : Anamnèse, examens cliniques, examens complémentaires (IRM)

Les altérations sont liées à une affection médicale (organique)

Pour poser un diagnostic de démence, il faut que les 4 critères soient présents.

Alzheimer : démence dégénérative = détérioration des tissus nerveux, des connexions entre neurones, apparition de plaques séniles (P.S.) = empêchent la communication entre les neurones), dégénérescence neurofibrillaire (DNF).

- PS & DNF sont normal dans le vieillissement normal mais ici, ils sont beaucoup plus importants.
- Zones touchées : **Zone hippocampique et zone parahippocampique** = essentiel dans la mémorisation.
- Démence de type Alzheimer = tableaux cliniques très hétérogènes (gravité des troubles et évolution) ≈ Maladie d'Alzheimer = Au patient, on parle de maladie d'Alzheimer plutôt que de démence de type Alzheimer (démence : processus ultime de la maladie)
- Cette maladie évolue lentement et progressivement. Il y a une prévalence chez les personnes âgées mais elle peut aussi toucher des personnes jeunes.
- La « DTA » représente en moyenne la moitié des syndromes démentiels. Aujourd'hui en France, on compte entre 800 000 et 1 million 200 000 patients. Attention : On pose un diagnostic probable de la maladie d'Alzheimer ≠ Le « tout Alzheimer ».
- Il y a beaucoup de personnes âgées qui ne consultent pas pour une maladie d'Alzheimer et lorsqu'elles viennent consulter, elles sont déjà 5 ou 6 ans de maladie.

Pour des personnes en tout début de maladie, les symptômes majeurs sont des **troubles de la mémoire épisodique** (difficulté de récupération)/mémoire de travail (difficultés d'encodage). Ces mémoires sont sensibles et vont être touchées aussi dans le vieillissement normal.

On va aussi observer des troubles dépressifs assez souvent.

Question : Est-ce une dépression (il y a aussi quelques troubles de la mémoire) ou un début d'Alzheimer ? Si on traite un patient dépressif avec un traitement d'Alzheimer, cela va aggraver ses symptômes et vis&versa.

Diagnostic précoce depuis 2003/2004 : nouvelle classe de patients « Mild Cognitive Impairment » (MCI) = ils se situent à la « frontière » entre le vieillissement normal et pathologique. Par la suite, certains vont déclencher Alzheimer alors que d'autres vont rester stables. Plus le diagnostic est posé tôt, plus le traitement est donné tôt et plus les symptômes seront limités.

2. Outils diagnostic et suivi de la maladie d'Alzheimer (psy)

Bilan neuropsychologique : tester les différentes capacités cognitives et troubles comportementaux.

- **Le MMS-E** (Mini Mental State) – aucune valeur diagnostic

- **BEC 96** (Batterie d'évaluation cognitive) – analyse des différentes fonctions cognitives et perceptivo-motrice (score au début de la maladie : légèrement supérieur à 60 pts, milieu : 30-60 pts et phase terminale : inférieur à 30 pts)
- **ADAS** : échelle construite pour le diagnostic d'Alzheimer + suivi. Il est composé d'une partie cognitive et d'une partie non cognitive + entretien avec la famille.
- **RBMT** : échelle, batterie de mémoire/évaluation ludique. Ex : au début de la consultation, le psychologue pose un rendez-vous pour la prochaine fois et à la fin de la consultation demande au patient de lui rappeler la date prévue.
- **Test du GROBER & BUSCHKE (RL/Ri16)** : Test épisodique de mémoire, il est très utilisé pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Ce test est extrêmement sensible au vieillissement normal et pathologique car on va pouvoir orienter le diagnostic. Les patients n'aiment pas trop ce test car les personnes atteintes sont vite confrontées à leur échec. Pourquoi ce test est-il très utilisé ? Parce qu'en général, la première mémoire touchée dans la maladie d'Alzheimer est la mémoire épisodique.

1) Signes cliniques

a. Phase initiale ou phase d'installation de la maladie.

Cette phase se caractérise par **des troubles de la mémoire et notamment de la mémoire épisodique accompagné de quelques troubles comportementaux** (apathie, désintérêt, démotivation et parfois même irritabilité)

→ Ces troubles peuvent faire penser à un syndrome dépressif.

✓ Troubles cognitifs :

- **Mémoire épisodique** (faits récents)

La personne n'arrive plus à encoder les nouvelles informations. La mémoire des faits anciens va aussi être touchée.

Attention : Faire la différence entre les troubles de la mémoire dans un vieillissement normal et ceux dans un vieillissement pathologique.

- **Troubles de la mémoire de travail** (manipuler plusieurs données en même temps : tâche d'attention divisée/tâche de manipulation de données).
- **Mémoire explicite**

En tout début de maladie, la mémoire sémantique est en générale peu touchée (dans 80% des cas). Dans les 20% restant, la personne à des difficultés à évoquer son histoire de vie.

- **Troubles du langage** (dans 50% des cas).

Le langage écrit est plus souvent touché que le langage oral.

D'un point de vue écrit :

- *Dysorthographe* (difficulté à écrire les mots irréguliers (cf : « femme » va devenir « fame »)
- *Dysgraphie* (utilisation préférentielle des majuscules (La personne ne saura plus faire de « l » minuscule, elle va alors tous les remplacer par « L » majuscule).

D'un point de vue oral :

- *Beaucoup d'hésitation*
- *Utilisation de périphrases*
- La personne aura tendance à *commencer une phrase sans pouvoir la finir*
- *Diminution de la fluence verbale*

➔ Troubles légers, pas de troubles de la compréhension.

➔ Le langage oral est relativement bien préservé.

➔ Certaines personnes s'en rendent compte elles même (elles n'arrivent plus à faire leurs mots croisés par exemple).

- **Troubles d'orientation** (spatiale et temporelle)

Au début de la maladie, la personne souffre surtout de troubles d'orientation temporelle (elle ne sait plus si aujourd'hui c'est mardi ou mercredi par exemple).

➔ Les tableaux cliniques sont très hétérogènes !

- ✓ **Troubles comportementaux** : Ce sont surtout ces troubles qui sont repérés par la famille.

- **Syndrome dépressif** (changement dans le comportement quotidien (la personne ne veut pas voir ses petits enfants alors qu'auparavant elle cherchait à les voir régulièrement par exemple).

➔ Ce syndrome dépressif peut s'accompagner d'irritabilité voire d'agressivité.

a. Phase d'état (atteinte assez généralisée de la maladie)

Les symptômes de la phase initiale vont s'accroître pendant que d'autres vont apparaître.

→ **Syndrome APHASO-APRAXO-AGNOSIQUE**

Diminution progressive et très nette de l'autonomie

- ✓ **Troubles cognitifs** : le syndrome démentiel est avéré

L'atteinte des fonctions cognitives se généralise. Avec l'importance des troubles, certaines personnes ne pourront plus rester à domicile.

- **La mémoire : Trouble majeur**

Les événements récents et anciens sont oubliés par le patient. La personne va perdre la capacité à apprendre de nouvelles informations, même, par la suite, des événements chargés émotionnellement (Ex : Elle va oublier qu'elle a des enfants, des petits enfants etc.)

→ Difficile à vivre pour l'entourage.

- **La désorientation (temporelle et spatiale).**

La désorientation temporelle devient constante et la désorientation spatiale va apparaître : La personne va se perdre dans des espaces qui lui sont pourtant connus (Ex : Elle sera incapable de retrouver sa salle de bain ou sa chambre dans son propre appartement).

- **Le langage.**

Le discours devient très pauvre/peu informatif/incohérent. La personne souffre de troubles de la compréhension et de la production orale (cf : **BROCA & WERNICKE**)

L'oral est très marqué et l'écrit devient illisible (la mémoire où l'on stocke les formes graphiques des lettres ne va plus fonctionner).

Pourtant, la signature est préservée un certain temps ! (problème d'un point de vue légal).

- **Troubles praxiques**

Difficulté à réaliser des gestes quotidiens (apraxie de l'habillage : la personne sera incapable de mettre une chemise correctement ou alors elle mettra son pantalon avant de mettre ses sous-vêtements).

- **Troubles gnosiques**

Troubles de la reconnaissance visuelle essentiellement (**agnosie** visuelle)

→ La personne ne sera plus capable de reconnaître une voiture sur une image mais si on lui fait entendre le son d'une voiture elle saura dire que c'est le son d'une voiture.

+ **Prosopagnosie** = incapacité à reconnaître des visages. Au début, la personne ne sait plus reconnaître des visages connus mais pauvre émotionnellement/affectivement (visages de célébrités par exemple). Puis elle ne saura plus reconnaître des visages chargés émotionnellement, les visages de personnes proches. Puis, au stade final, le patient ne reconnaît plus son propre visage dans la glace.

+ **Anosognosie** = non reconnaissance/puis non conscience de ses troubles. Cela gêne en générale la prise en charge (le patient refuse son traitement/fugue des structures spécialisées souvent accompagné d'agressivité).

- **Fonctions exécutives**

- ✓ **Troubles comportementaux** (motive l'entourage au placement en structures spécialisées)

Traitements médicamenteux pour limiter le problème : dans cette maladie, parfois les traitements sont inefficaces chez certains patients.

- **Troubles de l'humeur** (dépression)
- **Modification de la personnalité** -> syndrome démentiel

Indifférence envers la famille, hypochondriaque..

- **Troubles moteur** (plus ou moins marqués/plus ou moins spectaculaires)

Gestes stéréotypés (sortir ses vêtements de l'armoire, les déplier, les replier puis les ranger dans l'armoire et recommencer.

Gestes répétés (jusqu'à épuisement, se lever de sa chaise, se rasseoir, se relever, se rasseoir...

- **Fugues volontaire** (non reconnaissance de la maladie) ou non volontaire (désorientation)
- **Agitation** -> Agressivité
- **Troubles des conduites élémentaires**

Alimentation (boulimie ou anorexie = dans certains cas, on peut les retrouver dès le début

- ➔ Les centres nerveux qui régissent la soif ou la satiété qui ne jouent plus leur rôle (la personne pense qu'elle a déjà mangé).

L'incontinence

Perturbation veille/sommeil

a. **Phase terminale**

Perte des fonctions cognitives

Perte complète de l'autonomie

Troubles comportementaux : agitation, hallucination auditive et visuelle

Symptômes parkinsoniens

Crise d'épilepsie

- ➔ Syndrome démentiel majeur
- ➔ Le patient peut vivre avec 8 à 12 ans de maladie, en générale le patient de décède pas de la maladie d'Alzheimer mais de complications médicales ou de d'autres maladies.