

**Session de Janvier 2017**

**PSYCHOLOGIE – L3**

UE1 Majeure fondamentale : Psychologie du développement

Durée : 1 heure

**Aucun document ni matériel ne sont autorisés**

Auteurs du Sujet : Lucie Corbin (tel : 39 67) et José Favrel (tel : 90 25)

**Attention : une réponse concise est attendue pour chaque question !**

**Partie Apprentissage de la lecture et de l'écriture (José Favrel)**

- 1- Décrivez en quoi consiste la stratégie alphabétique d'identification des mots écrits puis exposez les principales limites de cette stratégie pour la compréhension en lecture.
- 2- Exposez les apports de l'écriture précoce pour l'apprentissage de la lecture (Frith, 1985 ; Ellis, 1997).
- 3- Définissez la notion de conscience phonologique puis décrivez une activité permettant de tester la conscience phonémique d'un enfant.

**Partie Acquisition des habiletés numériques (Lucie Corbin) :**

- 1- McCrink & Wynn (2009) testent les capacités arithmétiques des bébés. Les résultats de leur étude nous permettent de dire que chez des bébés de 9 mois : «  $5 + 5$  ne fait pas  $10$  ! ». Après avoir présenté succinctement le type de protocole utilisé, expliquez ce que signifie cette affirmation (6 points).
- 2- Expliquez le fonctionnement du dénombrement. De quoi les habiletés de dénombrement sont-elles ensuite la base (4 points) ?

# Université de Bourgogne Franche-Comté

## Examen de spécialisation Psychologie Clinique A – Licence 3

Session de Janvier 2017

Cours de A. Masselin-Dubois

**Durée : 1 heure**

**Aucun document autorisé**

### **ETUDE DE CAS : Madame S.**

Madame S est âgée de 43 ans. Elle est mariée, mère de 3 filles (16, 14 et 8 ans). Elle travaille en tant qu'employée administrative. Elle présente un problème d'alcool depuis la naissance de sa dernière fille, alors qu'elle se sentait seule, relativement déprimée (doute sur un diagnostic dépression post natale). L'alcool lui servait alors à "*oublier les problèmes*" et à se sentir plus à l'aise avec les autres. Elle buvait seule, en cachette de son entourage. Elle a commencé à prendre conscience de son problème d'alcool il y a un peu plus de deux ans et a alors consulté un médecin alcoologue qui l'a accompagnée dans sa prise de conscience de son problème, en favorisant notamment la fréquentation d'un groupe de parole. Elle est décrite par son alcoologue comme étant une personne souffrant d'une jalousie pathologique à l'égard de son mari et d'un complexe d'infériorité par rapport à sa belle-famille. Le médecin a reçu son époux, qui a relaté des comportements très agressifs « sous alcool » et une situation à l'époque si conflictuelle, que Monsieur envisageait une séparation si le problème d'alcool ne se réglait pas. Madame S a effectué une cure de sevrage en ambulatoire, et a suivi un module de 6 séances de TCC (prévention de la rechute) : "*cela m'a beaucoup apporté*". Cependant, à distance du sevrage, une symptomatologie dépressive a nécessité la prise d'antidépresseur. En dépit de l'abstinence, les relations conjugales ne s'amélioraient pas totalement. Son alcoologue, de formation comportementale et cognitive, a progressivement pointé à la patiente ses difficultés de communication, ses tendances passives agressives et son incapacité à recevoir des critiques. Après un an l'obtention de l'abstinence, (sans aucune consommation), suivant le conseil de son alcoologue, elle souhaite suivre le module de TCC "*affirmation de soi et développement des compétences relationnelles*". Et le médecin nous

l'adresse pour confirmer l'indication et voir si d'autres prises en charges psychologiques seraient nécessaires.

Lors du premier contact avec nous, elle se décrit comme timide, « dérangée » par le regard des autres et se sentant aujourd'hui plus en difficultés sociales que lorsqu'elle buvait. Elle dit ne pas savoir quel comportement adopter face aux autres et se décrit comme étant ambivalente face au fait de parler à ses proches (collègues, amis) de son problème d'alcool (notamment expliquer qu'elle a choisi de s'abstenir totalement).

Par ailleurs, lorsqu'elle est en situation de groupe, et qu'elle doit prendre la parole, elle perd tous ses moyens : *"je n'arrive plus à canaliser mes pensées, avant, sous alcool, je me laissais aller, ça m'angoissait beaucoup moins"*. Madame S rapproche ceci à un manque de confiance en soi depuis l'enfance et elle désire adopter un nouveau comportement. (Elle n'évoque spontanément ni la composante agressive ni la jalousie).

Les relations avec son mari se sont améliorées depuis son abstinence, mais elle décrit que cela *« peut rester problématique »*.

Elle décrit une relative bonne entente, mais *« on vit un peu chacun de notre côté »*. Par exemple, Monsieur a beaucoup d'activités sportives le week-end avec son frère, frère que la patiente apprécie par ailleurs, mais elle souhaiterait passer plus de bon temps avec son mari. C'est parfois source de disputes entre eux. Par exemple, Monsieur S rentre le samedi soir, elle fait *« un peu la tête »* et lui dit :

Me : *« Tu m'as laissé toute seule (ton plaintif, voix de petite fille)... »*,

Mr. : *« Mais non, tu pourrais t'occuper, je ne suis pas ton père ! »*,

Me : *« Non bien sûr, mais je me suis ennuyée sans toi »*

Mr : *« Encore une fois, tu devrais plus t'occuper ! »*

Me : *« Mais je ne sais pas quoi faire... »*

Mr : *« Appelle tes copines, sors, va faire les boutiques ! »* etc...

alors Madame S précise, *« j'ai tendance à bouder dans mon coin ... puis ça passe, mais avant, sous alcool, je pouvais....je pouvais être... je pouvais...être un petit peu dure avec lui »*

D'autres fois, c'est plus conflictuel, comme par exemple, lorsque Monsieur S trouve que Madame s'imisce trop dans la vie de sa fille aînée, qui a depuis quelques mois un petit copain. Par ailleurs, Mme S. dit qu'elle tente de se rapprocher de ses deux filles cadettes, mais *« elles sont encore un peu jeunes, et puis elles sont plus proches de leur père que de moi, surtout la dernière, mais ça c'est aussi parce quand je buvais, j'étais pas très.... Et celle du milieu, elle est très effacée, reste souvent dans sa chambre, au téléphone avec ses copines »*.

En recherchant des événements traumatiques, Madame S. évoque deux choses : sa grand mère maternelle, dont elle était très proche, est décédée brutalement sous ses yeux, d'une crise cardiaque alors qu'elle était « *en pleine forme* », quand elle avait 6 ans. Elle ne présente pas d'état de stress post traumatique, mais décrit : « *ça m'a bouleversé, depuis, je sais qu'on peut mourir à tout moment et c'est pour ça que je m'inquiète autant pour mes filles, quand elles ont du retard ...et là maman a bu de plus belle, quand à mon Papa, il était là, pas méchant, mais sans jamais être vraiment là, il travaillait beaucoup...et puis c'était comme ça à l'époque, les pères ne s'occupaient pas des enfants* ». Elle précise : « *et puis, c'est ma Mamie qui s'est vraiment occupée de moi, elle me prenait quand ma mère n'était plus capable d'assumer, quand elle avait trop bu (elle pleure en évoquant cela), elle me disait souvent : « quand t'étais bébé, ta mère était souvent malade, alors ton père m'appelait et je venais pour m'occuper de toi »... mais je n'en veux pas à ma mère, pas du tout* ».

Concernant sa demande elle voudrait être moins timide, plus à l'aise en relation et gagner en confiance en elle, en autonomie et avoir moins peur pour ses proches.

### **Evaluation psychométrique partielle :**

Au MINI<sup>1</sup>, Madame S. présente un diagnostic de phobie sociale primaire (début à l'adolescence). Elle dit avoir été fortement gênée par sa phobie lors de ses études.

Elle semble présenter un épisode dépressif majeur à la naissance de sa dernière fille (son mari avait à l'époque des difficultés professionnelles et lui aussi déprimé). Depuis le sevrage, elle ne se sent plus déprimée, mais elle souffre beaucoup depuis que sa mère, "*alcoolique depuis toujours, non reconnue comme telle par les médecins*", dit Madame S, a débuté une maladie d'Alzheimer, il y a environ 8 mois. Non ne retrouvons aucun autre trouble actuel (pas d'épisode dépressif majeur, pas d'autre trouble anxieux). Elle ne présente pas tous les critères de l'anxiété généralisée, mais se montre pourtant très anxieuse pour tout ce qui concerne ses filles (leur avenir, imagine le pire dès qu'elles ont 5 minutes de retard, ...) et sa mère malade. Elle est actuellement toujours sous antidépresseur.

A la Leibowitz (échelle qui quantifie l'anxiété sociale et le degré d'évitement), elle présente scores relativement élevés : anxiété à 33, évitement à 26.

---

<sup>1</sup> Entretien diagnostique structuré pour l'obtention de diagnostics DSM-IV axe 1

A l'échelle de Rathus (évaluant l'affirmation de soi), elle obtient un score de 86, ce qui est dans la norme, mais les réponses sont souvent extrêmes : cotées 1 ou 6; ce qui laisse penser qu'en certaines circonstances, Madame S n'a effectivement pas de difficulté à se montrer assertive, alors qu'elle est se trouve très en difficulté dans d'autres circonstances (attitudes très inhibées en groupe, peur de blesser, de paraître stupide).

A la BDI, elle obtient un score de 5, témoignant de la présence de quelques cognitions dépressives résiduelles, confirmant l'absence d'épisode dépressif actuel caractérisé.

## QUESTIONS

- 1) Selon le modèle des thérapies comportementales et cognitives (TCC) , comment comprenez-vous la (ou les) fonction(s) qu'avai(en)t jadis les prises d'alcool au regard de son anxiété sociale et de sa relation de couple ? *(1 page max) (10 points)*
  
- 2) Au delà ou en complément d'une TCC concernant sa phobie sociale, envisageriez-vous d'autres options thérapeutiques, en lien avec ce qu'elle évoque de son histoire infantile et de ce que vous pouvez repérer du fonctionnement de sa personnalité ? (proposez deux options thérapeutiques en les argumentant) *(1 page max) (10 points)*





## **L3 de psychologie - session de janvier 2017**

### **UE5 spécialisation : option psychologie sociale A - durée : 1 heure**

**Enseignante : Mme Brigitte Minondo-Kaghad**

1/ Dans la perspective psychosociale, la notion de contexte peut désigner des faits de langue et des faits sociaux. Dans le cas où elle désigne des faits sociaux de quoi parle-t-on ? (1 point)  
Quels sont les différents niveaux qu'il est possible de distinguer ? (4 niveaux, soit 1 point pour chaque niveau présenté).

2/ Vion (1992) propose un modèle hiérarchique à 6 rangs comprenant des unités dialogales et des unités monologales. Nommer (sans les définir) les unités dialogales en les ordonnant de la plus grande à la plus petite (2,5 points). Faire de même pour les unités monologales (1,5 point).

3/Dans les critères permettant de différencier les interactions à structure d'échange, nous avons parlé de coopération. Donner une définition de cette notion (3 points)

4/ L'étude de Semin et Fiedler (1988) cherche à déterminer les différentes fonctions cognitives des quatre catégories linguistiques de leur modèle. Pour cela dans l'étude 1, ils examinent les propriétés psychologiques de chacune des quatre catégories linguistiques. Ces caractéristiques psychologiques sont ensuite utilisées comme variables dépendantes. Citer les cinq variables dépendantes de l'étude 1 correspondant aux caractéristiques psychologiques mesurées. (5 points)

5/ D'après l'étude de Burguet (2011) qui est une application du modèle de Semin et Fiedler (1988) à la manière dont est perçu un fait divers dans la presse, indiquez :

- d'une part, comment la presse peut influencer sur le jugement de ses lecteurs à propos de ce fait divers (autrement dit, préciser la VI) ? (1 point)
- d'autre part, quels sont les résultats potentiels susceptibles d'être observés sur les lecteurs (autrement dit, préciser les VDs) ? (2 points)

UFR SCIENCES HUMAINES – 3<sup>EME</sup> ANNEE DE LICENCE DE PSYCHOLOGIE

Option Psychologie Cognitive A (cours de Monsieur Brochard)

Durée : 1 heure

Répondez SVP à la question suivante : *Que savez-vous de l'organisation perceptive des scènes sonores en flux auditifs* (vous illustrerez votre réponse, dans la mesure du possible, par des figures et/ou des schémas appropriés).

Licence 3 Psychologie- UE5 SPECIALISATION

"L'écriture chez l'enfant: développement normal et pathologique" (Arnaud Witt)

Session 1 - Janvier 2017

Durée 1 heure

Aucun Document autorisé. Répondre de façon précise et concise.

A. Depuis quelques années, certains états américains ont abandonné l'apprentissage de l'écriture cursive au profit de l'écriture sur ordinateur. Ainsi, Tom scolarisé en Californie apprend l'écriture cursive tandis que John scolarisé dans l'Indiana apprend l'écriture "tapuscrite".

1. En vous appuyant sur le modèle de Van Galen (1991), décrivez les différentes étapes de production de l'écriture, des plus abstraites aux plus concrètes, afin d'illustrer quelles étapes demeurent communes à Tom et John mais aussi à partir de quelles étapes la production de l'écriture diffère entre ces enfants. (8pts)

2. Les parents et enseignants peuvent s'interroger sur le bien fondé de cette évolution de l'enseignement de l'écriture. Quel est votre avis de spécialiste sur cette question de société?

a. Quels arguments théoriques peuvent vous permettre de répondre à cette question? (3pts)

b. Quelles démonstrations expérimentales viennent appuyer ces arguments théoriques? (3pts)

B. Lorsqu'on observe finement l'écriture de l'enfant, c.-à-d. au niveau cinématique, quelles dimensions de l'écriture évoluent et sur quels facteurs essentiels de l'acquisition de l'écriture renseignent ces évolutions? (6pts)