

Chapitre 1.

Qu'est-ce qu'une émotion ?

Beaucoup pensent qu'il est difficile de définir le concept d'émotion. La raison en est sans doute que l' 'émotion' n'existe pas, du moins, comme entité psychologique. Tout comme pour le psychologue, la 'mémoire' n'existe pas en tant que telle. Dans les deux cas, le concept recouvre une multitude de phénomènes que le sens commun a regroupés dans une large catégorie. Pour l'émotion, ces phénomènes peuvent comprendre une sentimentalité romantique à la lecture d'une histoire d'amour, une crise de colère explosive ou un rougissement lors d'une prise de parole en public. Pour la mémoire, il peut s'agir du souvenir de nos expériences passées (mémoire autobiographique), de notre capacité à apprendre du vocabulaire (mémoire sémantique) ou à maintenir à la conscience une liste de mots (mémoire de travail). Pour le psychologue, ces différents phénomènes, même s'ils sont regroupés par le sens commun sous le label 'émotion' ou 'mémoire', sont sous-tendus par des processus très différents.

Cette diversité de phénomènes a fait dire à certains qu'il était difficile de donner une définition claire et précise de l'émotion (Oatley & Johnson-Laird, 1987), ce qui, si cela s'avérait correct, constituerait un handicap sérieux pour une étude scientifique de l'émotion. Si on se restreint à une définition catégorielle classique où l'appartenance à une catégorie est déterminée par un ensemble de conditions nécessaires et suffisantes, c'est certainement vrai pour l'émotion, tout comme pour la mémoire. Cependant, si on opte pour une définition plus probabiliste, en termes d'ensembles flous, il devient tout à fait possible de définir l'émotion (Shaver, Schwartz, Kirson & O'Connor, 1987). Dans cette perspective, le degré d'appartenance à une catégorie est défini par le nombre de caractéristiques que le phénomène possède avec le prototype théorique de la catégorie (Rosch & Mervis, 1975). Ainsi, on peut dire, par exemple, qu'un objet est une chaise en fonction du nombre de caractéristiques qu'il possède avec le prototype de la chaise : une surface horizontale de 40 cm de côté, soutenue par quatre pieds de 45 cm et ayant un dossier à 80 cm. Plus un objet possède ces caractéristiques prototypiques, plus il a de chance d'être appelé « chaise ».

La recherche a montré que cette définition convient parfaitement au phénomène 'émotion'. Les émotions sont en effet constituées d'un ensemble de processus plus ou moins coordonnés et plus ou moins présents selon la nature de l'émotion. Si on définit ces processus et la manière dont ils interagissent, on obtient alors une définition précise et opérationnelle du concept 'émotion', définition qui le rend tout à fait apte à l'étude scientifique la plus rigoureuse, définition pratique et concrète qui rend le concept opérationnel pour les applications et interventions cliniques. Le but de ce premier chapitre est donc de définir les différents processus (ou facettes) qui constituent l'émotion et leurs interactions.

LES FACETTES CONSTITUTIVES DE L'ÉMOTION

Dans la première partie de ce chapitre, nous examinerons chacune des facettes qui constituent l'émotion en suivant le déroulement temporel prototypique du phénomène émotionnel. Celui-ci est représenté de manière schématisée dans la Figure 1.1. Après un survol rapide du schéma, nous aborderons en détails chaque facette.

En un premier temps, une situation ou un élément particulier de celle-ci se voit conférer une signification émotionnelle. Cette étape est désignée par l'expression « évaluation émotionnelle » (en anglais, *emotional appraisal*). Elle est évidemment capitale et incontournable. Elle est également particulièrement pertinente pour la clinique. En effet, une caractéristique souvent rencontrée chez les personnes souffrant de troubles psychologiques est que des situations ou objets particuliers vont susciter chez ces personnes des réponses émotionnelles importantes alors que ces mêmes situations ou objets laisseront la plupart des autres personnes indifférentes. Le cas des phobies simples est particulièrement exemplaire à cet égard : un élément anodin, par exemple, un pigeon, provoquant une peur extrême chez le phobique.

Quand une signification émotionnelle est activée, l'organisme réagit immédiatement et dans toutes ses composantes pour faire face au défi que constitue le caractère émotionnel de la situation. Il peut s'agir d'une opportunité à saisir, d'un danger à éviter, d'un obstacle à détruire. Quoi qu'il en soit, notre organisme se prépare à interagir d'une certaine manière avec son environnement : fuir, se cacher, aller vers, aller contre, etc. C'est la tendance à l'action. Pour le phobique, la tendance à l'action est clairement la fuite et l'évitement de l'objet phobogène.

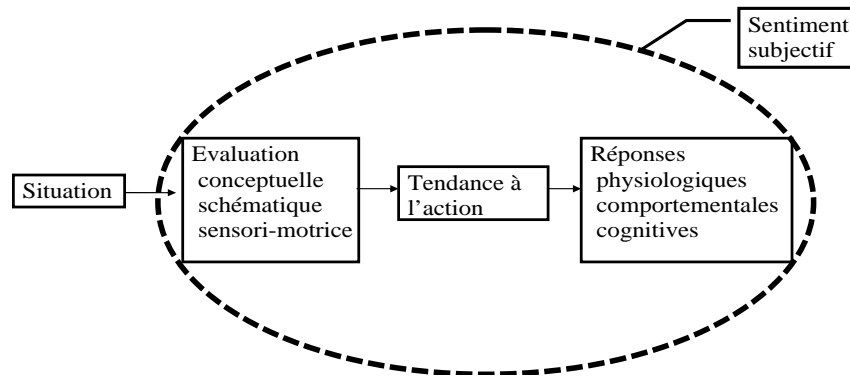


Figure 1.1. – Les composantes du processus émotionnels

Si la tendance à l'action est suffisamment activée, un ensemble de réponses émotionnelles sont alors déclenchées. Il peut s'agir de changements physiologiques (le cœur va battre plus vite), expressifs (l'expression du visage va changer), comportementaux (le phobique va avoir un mouvement de recul) ou cognitifs (l'attention du phobique va se focaliser sur l'objet phobogène). Toutes ces composantes ne sont pas toujours activées, mais plus elles le sont, plus on considérera qu'il s'agit d'une émotion prototypique.

Enfin, la dernière facette est le sentiment subjectif. Il s'agit de la coloration subjective de l'expérience par l'émotion. L'individu émotionné se sent et se vit dans un état différent. Dans l'exemple de la phobie, l'individu phobique confronté à un pigeon éprouvera un sentiment d'anxiété et de peur intense. Nous opérerons un premier développement de ce concept dans ce chapitre, et nous l'élaborerons plus dans le Chapitre 2.

Les différentes facettes constitutives de l'émotion vont maintenant être examinées en détails.

L'évaluation émotionnelle

La vague cognitive des modèles du traitement de l'information, initiée au début des années 1960 en psychologie expérimentale, n'a touché qu'assez tard l'étude des émotions. C'est à la fin des années 1970 et au tout début des années 1980 qu'apparaissent les premières théories cognitives des émotions (Lazarus, Kanner & Folkman, 1980 ; Leventhal, 1979 ; Mandler, 1980). Ces théories sont essentiellement focalisées sur l'évaluation émotionnelle,

c'est-à-dire, sur les processus qui confèrent une signification émotionnelle à une situation ou à un stimulus particulier. Elles abordent les questions de savoir quelles sont les dimensions pertinentes pour l'évaluation émotionnelle et quels types de processus sont mis en jeu ; par exemple, les processus d'évaluation sont-ils automatiques et implicites, ou contrôlés et conscients ?

Une série de théories de l'évaluation ont été proposées (e.g. Scherer, Schor & Johnstone, 2001 ; Smith & Kirby, 2001 ; Roseman, 1991). Une synthèse particulièrement intéressante de différents modèles a été effectuée dès 1987 par deux auteurs : Howard Leventhal et Klaus Scherer. Le modèle qu'ils ont proposé reste remarquablement d'actualité et reprend les dimensions centrales des autres théories. De plus, ce modèle est très didactique et permet une application clinique directe.

Leventhal et Scherer avaient chacun proposé une théorie cognitive personnelle des émotions. La théorie de Scherer (1984) était essentiellement basée sur les dimensions de l'information pertinentes pour l'évaluation émotionnelle, par exemple, les dimensions de nouveauté ou de valence : se passe-t-il quelque chose de nouveau dans l'environnement de l'individu et ce qui se passe est-il agréable ou désagréable ? La théorie de Leventhal (1984) décrivait trois niveaux de traitement de l'information émotionnelle, différant en terme d'automatisme et de conscience : certaines évaluations pouvant s'effectuer automatiquement et non consciemment, d'autres nécessitant d'importantes ressources cognitives et étant tout à fait volontaires et conscientes. Ces deux théories se complètent de manière particulièrement heureuse : les différentes dimensions de la théorie de Scherer pouvant être traitées aux différents niveaux proposés par Leventhal. Leventhal et Scherer (1987) ont donc décidé de fusionner leurs théories. Avant de présenter cette synthèse, nous allons exposer séparément les éléments principaux des théories de Scherer et de Leventhal.

Les dimensions d'évaluation émotionnelle dans la théorie de Scherer

Klaus Scherer (1984, 1999) postule cinq dimensions fondamentales dans l'évaluation émotionnelle. Il s'agit des dimensions d'évaluation de la nouveauté, de la valence, du rapport aux buts, du potentiel de maîtrise et d'accord avec les normes. Ces dimensions présentent de nombreuses similitudes avec les dimensions proposées par d'autres auteurs (Frijda, 1986 ; Roseman, 1991 ; Smith & Ellsworth, 1985). Le lecteur intéressé trouvera dans le chapitre de Scherer (1999) une comparaison de ces différentes contributions.

L'ordre de présentation des cinq dimensions correspond à une séquence triplement logique. Il s'agit premièrement de la séquence chronologique suivie par le processus

d'évaluation émotionnelle. En effet, dans le décours prototypique d'une émotion, la première évaluation à être effectuée est celle de la nouveauté. Elle est immédiatement suivie par l'évaluation de la valence, vient après le rapport aux buts, etc. Ensuite, il s'agit de la séquence ontogénétique selon laquelle se développent les capacités d'évaluation émotionnelle chez le petit d'homme, les deux premières dimensions étant largement innées et acquises avant la naissance, les autres se développant progressivement. Enfin, cet ordre reflète la séquence phylogénétique du développement des capacités émotionnelles des espèces, les espèces les plus primitives (par exemple, les unicellulaires) ne disposant que de l'évaluation de la nouveauté, les autres dimensions apparaissant progressivement tout au long de l'échelle de l'évolution phylogénétique des espèces (pour une discussion extensive de ce point, voir Belzung et Philippot, 2006).

Evaluation de la nouveauté

L'étape d'évaluation de la nouveauté détermine s'il y a des changements dans le pattern des stimulations tant internes qu'externes. Cette évaluation est particulièrement sensible au fait qu'un nouvel événement survient ou est attendu. Cette dimension peut être résumée par les questions : « ce qui se passe est-il familier, soudain, prévisible ? ». Le concept de nouveauté revêt différentes facettes. Il peut s'agir à un niveau neurophysiologique d'un changement brusque des activations perceptives, comme lors d'un bruit soudain (activation de la formation réticulée). Il peut aussi s'agir d'un événement ou d'une séquence d'événements qui ne sont pas conformes au schéma qu'en a formé l'individu. Par exemple, le fait d'être fixé droit dans les yeux par un inconnu qu'on croise en rue est un événement nouveau en ce qu'il ne correspond pas aux schémas et attentes que nous avons formés dans la vie sociale. Il peut aussi s'agir du constat que quelqu'un qui généralement nous ignore, nous adresse un beau sourire.

À un niveau clinique, la dimension de nouveauté revêt une importance particulière pour l'anxiété. En effet, la non-prévisibilité perçue est un ingrédient essentiel dans le déclenchement de l'anxiété (Barlow, 2002). De plus, la prévisibilité joue un rôle essentiel quant aux conséquences des stressors. Par exemple, des expériences déjà anciennes chez l'animal ont établi à quel point la prévisibilité détermine les conséquences somatiques du stress (Seligman, 1968). Dans ces expériences, des rats ont été soumis ou non à un stressor (chocs électriques). Parmi les rats subissant le stressor, certains étaient avertis du choc par un signal lumineux, d'autres pas, mais les chocs étaient rigoureusement identiques dans les

deux conditions. À l'issue de l'expérience, les chercheurs ont mesuré les cicatrices ulcéreuses dans l'estomac des rats, une conséquence somatique du stress. Ils ont constaté d'importantes cicatrices ulcéreuses chez les rats stressés non avertis des chocs. Par contre, les rats qui étaient avertis des chocs ne présentaient pratiquement aucune cicatrice et ne différaient pas du groupe contrôle. Ces résultats montrent à quel point la prévisibilité perçue constitue un élément capital dans la réponse émotionnelle.

Evaluation de la valence

Cette étape détermine si le stimulus ou l'événement en cours est plaisant, ce qui induit conséquemment des tendances à l'action d'approche, ou déplaisant, ce qui induit notamment des tendances à l'action d'évitement et de confrontation. Cette évaluation peut être basée soit sur des caractéristiques innées du stimulus, soit sur des apprentissages. Par exemple un goût âcre a une valeur déplaisante innée. Mais par ailleurs, beaucoup de nos préférences alimentaires ont été apprises (Frank & van der Klaauw, 1994). Cette dimension peut être résumée par les questions : « ce qui se passe est-il positif versus négatif, attirant versus aversif ? ».

Les deux premières évaluations, celles de nouveauté et de valence, seraient sans cesse activées. Dès qu'une stimulation se produit, qu'elle provienne de notre environnement ou de notre corps, elle active l'évaluation de nouveauté. De même, tout stimulus est immédiatement évalué comme positif ou négatif, comme attirant ou repoussant. À peine avons-nous croisé quelqu'un en rue, que nous nourrissons déjà à son égard un a priori positif— cette personne a l'air sympathique, ou négatif—cette personne n'est vraiment pas attirante. Ces évaluations seraient également opérationnelles pendant notre vie non-consciente. Par exemple, dans notre sommeil, un bruit non familier va nous mettre en alerte et nous réveiller, alors qu'un autre bruit, peut être beaucoup plus fort, mais familier cette fois, ne perturbera pas notre sommeil.

Si les deux premières étapes de l'évaluation émotionnelle détectent que quelque chose de pertinent, c'est à dire, de nouveau et de positif ou négatif, se passe, la troisième étape de l'évaluation est activée.

Evaluation du rapport aux buts

Cette troisième dimension de l'évaluation émotionnelle établit si ce qui a été détecté est pertinent pour certains buts ou besoins de l'individu. Par exemple, imaginons qu'une charmante jeune femme me sourit. Un événement nouveau se passe dans mon environnement

(évaluation de nouveauté), événement qui est en soi positif, le sourire étant un signal social positif (évaluation de la valence). Quel est toutefois le statut de ce sourire par rapport aux buts que je poursuis ? Si je suis un célibataire désespéré, ce sourire est très certainement extrêmement pertinent pour mon but de rencontrer l'âme sœur. Si par contre, je suis un homme marié, de surcroît à une femme jalouse, ce sourire est également très pertinent, mais comme signal de danger par rapport à mon but de préserver la paix dans mon ménage, voir mon intégrité physique.

La notion de rapport aux buts est basée sur les concepts de la théorie de l'auto-régulation (Carver & Scheier, 1990). Selon cette théorie, chaque individu est habité par une hiérarchie de buts. Cette hiérarchie s'étend des buts sur-ordonnés très généraux, comme par exemple, préserver son intégrité physique ou maintenir ses liens sociaux et son intégration sociale, à des buts très spécifiques, comme par exemple, arriver à se lever le matin pour aller au travail. Les buts sur-ordonnés dépendent des buts sous-ordonnés. Prenons l'exemple d'un étudiant. Pour assurer son intégration sociale (but sur-ordonné), cet étudiant désire pouvoir exercer une profession qui lui donne aussi bien des moyens d'existence, qu'un rôle et un statut social. Pour pouvoir exercer cette profession, une formation et un diplôme sont requis. Pour obtenir ce diplôme, des examens doivent être présentés et réussis, et pour cela, il faut assister au moins à certains cours. D'où, en bas de hiérarchie, le but de se lever le matin, afin de pouvoir être prêt à temps pour assister au cours... D'après la théorie de l'auto-régulation, les individus compareraient de manière automatique s'ils se rapprochent ou s'ils s'éloignent des buts qu'ils poursuivent, ou à tout le moins, des buts qui sont présentement activés dans leur univers mental. Ces gradients de rapprochement ou d'éloignement par rapport aux buts détermineraient la présence d'émotions positives ou négatives.

Ainsi, tout nouvel événement peut potentiellement être pertinent pour un des éléments qui constituent nos hiérarchies de buts. Cet événement peut soit faciliter, soit faire obstacle à la poursuite d'un ou plusieurs buts. Par exemple, pour notre étudiant, le fait que le réveil n'ait pas sonné fait obstacle à son but d'arriver à temps au cours ; par contre, le fait que sa petite amie ait gentiment préparé le café, facilite ce même but. Aussi Scherer (1984) distingue différentes sous-étapes dans l'évaluation de la pertinence aux buts : la sous-étape d'évaluation de la *pertinence* de l'événement par rapport aux buts (*relevance subcheck*) et la sous-étape d'évaluation de la *facilitation* pour atteindre le but (*conduciveness subcheck*). D'autres sous-étapes de l'évaluation du rapport aux buts sont encore proposées par Scherer (1984, 1999). Il y a d'une part, la sous-étape d'évaluation d'*urgence* qui détermine si et avec quelle urgence

une réponse comportementale est requise. Par exemple, un bruit de klaxon et de crissement de pneu alors qu'on traverse une chaussée est certainement indicateur qu'une réponse comportementale est requise de toute urgence : sauter sur le trottoir ! Enfin la dernière sous-étape d'évaluation de cette dimension est l'évaluation d'*attente*. Il s'agit d'établir si le déroulement des choses est conforme ou non à l'état attendu à ce point de la séquence dans la poursuite d'un but. Par exemple, quand on envoie un document à l'impression, on s'attend à le voir sortir de l'imprimante. Toute exception à cette attente va provoquer une évaluation incluant la sous-étape d'*attente*. Cette facette est évidemment en lien direct avec la théorie de l'auto-régulation présentée dans le paragraphe précédent.

Il est important de noter que la dimension de rapport aux buts est directement liée à la notion d'identité et de concept de soi. En effet, comme nous le verrons dans un chapitre ultérieur, la représentation que nous avons de nous-même—le concept de soi—est fonction de la mémoire que nous gardons des événements signifiants de notre vie (mémoire autobiographique) et des buts que nous poursuivons (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). De plus, des interactions fortes et réciproques lient notre mémoire autobiographique et les buts que nous poursuivons. D'une part, nous ne pouvons maintenir des buts qui sont infirmés par nos expériences antérieures. Par exemple, je ne peux maintenir le but d'être un chanteur d'opéra si tous mes souvenirs liés au chant me renvoient l'image (et le son !) d'un amateur n'ayant ni l'oreille juste, ni le sens du rythme. D'autre part, les buts que je poursuis filtrent et sélectionnent les expériences de vie que je mets en mémoire ou que j'y récupère (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). En effet, comme nous l'avons développé dans les paragraphes précédents, un événement acquiert une signification émotionnelle de part le rapport qu'il entretient avec les buts poursuivis (Carver & Scheier, 1990). La charge émotionnelle de l'événement détermine sa saillance et sa consolidation en mémoire (Philippot & Schaefer, 2001 ; Schaefer & Philippot, 2005). Ainsi, nous sommes plus susceptibles de mémoriser et de nous rappeler des événements en rapport avec nos buts (et qui sont donc émotionnels) que d'événements de vie non directement liés à nos buts.

De par ses liens avec le concept de soi et les questions identitaires, la dimension de rapport aux buts revêt une importance particulière dans la pratique clinique. Les réactions émotionnelles nous permettent de voir à quels événements nous sommes sensibles et, par là, de mettre en évidence les buts qui sous-tendent cette sensibilité. A leur tour, les buts nous révèlent notre identité. Les émotions constituent ainsi une voie privilégiée dans la découverte de soi. Par exemple, un thérapeute peut éprouver de fortes réactions émotionnelles face à des clients présentant des traits narcissiques importants. Cette sensibilité indique que la

valorisation de soi est un élément signifiant dans les valeurs personnelles du thérapeute et qu'il s'agit d'une thématique par rapport à laquelle il n'est pas neutre et qui mérite peut-être une investigation personnelle.

Evaluation du potentiel de maîtrise

Une fois établie la pertinence d'un événement pour un des buts qu'on poursuit, encore faut-il établir les ressources dont on dispose pour tirer au mieux parti de cet événement, qu'il facilite ou qu'il vienne faire obstacle au but. En effet, un événement qui peut potentiellement faciliter la poursuite d'un but doit pouvoir être exploité. Réciproquement, un obstacle possible dans la poursuite des buts doit être éliminé, évité ou contourné. Cette étape critique est effectuée par l'évaluation du potentiel de maîtrise. Celle-ci comprend différentes facettes. Il s'agit d'une part d'établir la cause de l'événement (sous-étape d'évaluation de causalité). En effet, le fait que l'événement soit le fruit de nos actes ou de ceux d'autrui, ou encore celui du hasard, influence fortement le contrôle qui pourra être exercé sur cet événement. Dans certains cas, une fois l'agent causal établi, il peut être important de savoir si celui-ci a agi intentionnellement ou non. Ainsi, le fait d'être bousculé en rue prendra une signification très différente selon qu'on pense que la personne a agi intentionnellement ou non.

Au niveau clinique, il convient d'être notamment attentif aux notions de causalité interne et de causalité externe (Rotter, 1966). Il s'agit de la tendance à attribuer la cause d'événements qui nous touchent soit à nous-mêmes (causalité interne), soit à des facteurs extérieurs (causalité externe). Dans ce dernier cas, les déterminants d'un événement émotionnel sont moins directement contrôlables par l'individu. Ce style attributionnel peut donc mener à un sentiment d'impuissance ou d'inopérance. Par contre, les attributions internes donnent lieu à un meilleur sentiment de maîtrise. Ainsi, Janoff-Bulman (1989) a pu montrer que des femmes qui s'attribuaient, au moins partiellement, la responsabilité d'un viol dont elles avaient été victimes présentent moins de séquelles post-traumatiques que celles qui attribuaient la responsabilité à leur agresseur. Janoff-Bulman explique ce constat troublant et paradoxal par le fait qu'une attribution de causalité interne donne à la victime un sentiment de contrôle pour le futur. Ces victimes se disent, par exemple : « je me suis faite violer parce que j'étais habillée de manière trop sexy quand je suis sortie en ville le soir. Si je ne m'habille plus de manière sexy, je passerai inaperçue et je ne me ferai pas violer ». Par contre, une attribution de causalité externe laisse la victime impuissante et à la merci de facteurs externes non contrôlables. Cet exemple clinique illustre bien la pertinence de

l'évaluation de la causalité de l'événement dans l'établissement du potentiel de maîtrise dont dispose l'individu pour faire face à cet événement.

Une autre facette de l'évaluation du potentiel de maîtrise, directement liée à l'évaluation de la causalité est celle du contrôle. Il peut s'agir du contrôle tant sur les causes de l'événement que sur ses conséquences. Ainsi, par exemple, face au décès imminent d'un proche, la plupart des personnes vont se sentir impuissantes quant à la survenue du décès en lui-même. Par contre, les individus peuvent grandement différer quant au sentiment qu'ils vont pouvoir faire face aux conséquences du décès : faire face à la solitude, à la perte, et au rappel de sa propre mortalité ou plus prosaïquement, comment se débrouiller seul face aux contingences matérielles. Comme le disait à son mari une vieille dame de mes connaissances : « quand un de nous deux mourra, que vais-je devenir ? ».

Cet aspect de contrôlabilité constitue un élément essentiel dans le déclenchement de l'anxiété. En effet, outre la prévisibilité déjà évoquée, Barlow (2002) affirme que la non-contrôlabilité ou la perte de contrôle sont les éléments déclenchant le cycle de l'appréhension anxieuse. De manière plus générale, la notion de sens du contrôle semble être un ingrédient essentiel pour le bien-être psychologique et la santé mentale. Bandura (1982, 1997) a développé le concept d'auto-efficacité (en anglais : *self-efficacy*) pour traduire le sentiment des individus que leurs actions vont être suivies d'effet, et vont apporter un changement dans leur vie. Le sentiment d'auto-efficacité semble être le déterminant principal dans la motivation au changement (Bandura, 1997). Les personnes confrontées à un trouble des émotions ont très souvent l'impression de n'avoir aucune prise sur leurs émotions. Leur sentiment d'auto-efficacité dans ce domaine est très faible, ce qui engendre du désespoir et une attitude sceptique quant à l'efficacité de ce qu'ils peuvent mettre en place dans le cadre d'une intervention psychologique. Ainsi, le premier objectif psychothérapeutique est souvent de restaurer le sentiment d'auto-efficacité de la personne souffrant d'un trouble émotionnel.

Une troisième facette de la dimension du potentiel de maîtrise est l'évaluation de la puissance. Il s'agit de déterminer ses capacités à changer ou à éviter les conséquences de l'événement dans une confrontation ou une fuite. Le prototype archaïque de cette situation est la rencontre avec un prédateur potentiel. Est-il plus faible que moi, et ai-je donc ainsi des chances de pouvoir en venir à bout s'il y a confrontation ? Est-il plus fort que moi et ai-je la possibilité d'en échapper en fuyant ? Cet aspect est, par exemple, essentiel dans la colère. Bien que celle-ci soit prototypiquement déclenchée par quelqu'un qui fait intentionnellement obstacle à la poursuite de mes buts, elle sera d'autant plus purement exprimée que je me sens au moins aussi puissant que l'auteur de l'obstacle.

Enfin, Scherer propose une dernière facette pour la dimension du potentiel de maîtrise : la sous-étape d'évaluation des ajustements possibles. Si les conséquences d'un événement sont inévitables, l'individu peut tenter de s'en accommoder, de s'y ajuster par un travail de restructuration interne qui inclut des changements dans la hiérarchie des buts poursuivis. Cette facette est illustrée par le goupil amateur de raisin, cher à La Fontaine, quand il déclare « ils sont trop verts et bon pour les goujats ».

L'évaluation des ajustements possibles a été peu étudiée dans le domaine émotionnel. Cependant, au niveau clinique, elle est proche d'un concept qui connaît actuellement un développement important : l'acceptation (e.g. Hayes, Jacobson, Follette, & Dougher, 1994). L'idée sous-tendant la notion d'acceptation est que dans certaines circonstances de la vie, et en particulier face à ces émotions, vouloir lutter à tout prix contre le cours de choses peut être contre-productif. Par exemple, vouloir s'empêcher d'être en colère dans une situation vraiment injuste est très vraisemblablement voué à l'échec. L'acceptation promeut une attitude de reconnaissance de la situation telle qu'elle est, d'observation de ses réactions dans la situation, de manière à acquérir une connaissance profonde de la situation avec ses tenants et aboutissants, de la manière dont elle nous affecte et dont nous y réagissons. Ensuite, on peut décider en toute connaissance de cause s'il y a lieu de réagir et de quelles façons. Souvent la meilleure solution sera de laisser passer la colère sans chercher ni à s'y opposer, ni à la réalimenter. L'acceptation est donc une attitude active et n'est en rien une résignation passive. Nous reviendrons sur ces notions centrales pour la régulation des émotions dans un chapitre ultérieur.

Evaluation de l'accord avec les normes

La dernière dimension d'évaluation d'une situation émotionnelle proposée par Scherer est celle de l'accord avec les normes. Cette dimension comprend deux facettes : l'évaluation par rapport aux normes externes ou sociales et l'évaluation par rapport aux normes internes ou personnelles. Dans le premier cas, il s'agit de déterminer si ce qui se passe, particulièrement dans le cas d'un comportement ou d'une action, est en accord avec les normes sociales, les conventions culturelles ou les attentes de personnes proches. Dans le deuxième cas, les normes de référence pour cette évaluation sont les valeurs et les normes internalisées par le sujet et qui font partie de l'image de lui qu'il s'est forgée ou d'idéaux vers lesquels il tend. Cette évaluation est évidemment particulièrement pertinente pour des émotions comme la honte ou la fierté. Par exemple, une personne phobique sociale peut penser que dans une

situation mondaine, il est socialement attendu qu'on trouve un sujet de conversation intéressant avec n'importe quelle personne présente. Il s'agit ici d'une norme internalisée par la personne. Ainsi, en situation mondaine, le fait de ne pas arriver à lier conversation avec quelqu'un est vécu par cette personne comme en désaccord avec ses normes personnelles et induit conséquemment de la honte.

Synthèse de l'évaluation émotionnelle dans la théorie de Scherer

Dans la théorie de Scherer, une émotion particulière est déterminée par le profil d'évaluation sur les différentes dimensions. Ainsi, la colère prototypique résulte d'un événement évalué comme soudain, peu familier ou prévisible (nouveau), désagréable (valence), qui vient faire obstacle à un but poursuivi, dont les conséquences sont très vraisemblablement négatives et en contradiction avec nos attentes, et face auquel il y a lieu de prendre action immédiate (rapport aux buts). De plus, l'événement aura été perpétré par autrui, ayant agi intentionnellement dans une situation dans laquelle on se sent fort et sur laquelle on pense pouvoir exercer un certain contrôle (potentiel de maîtrise), événement enfin qui est en désaccord avec nos valeurs et celles de la société (rapport aux normes). Si tous ces éléments sont réunis, la probabilité du déclenchement d'une émotion de colère est très élevée. Le Tableau 1.1. présente le profil d'évaluation de différentes émotions.

On peut remarquer que les différentes combinaisons des dimensions et de leurs facettes permettent une gamme subtile et quasi infinie d'émotions. Il faut également noter que toutes les évaluations ne sont pas nécessairement effectuées. Ainsi, formellement, la surprise ne nécessite que la première évaluation, celle de nouveauté.

En conclusion, la théorie de Scherer offre un cadre descriptif très complet de l'évaluation émotionnelle. Ce cadre permet de rendre compte d'une infinité d'émotions. Au-delà de l'aspect purement descriptif, il postule une série de processus psychologiques, ayant une base phylogénétique et neuro-anatomique.

Nous avons déjà fait allusion au fait que ces différentes évaluations peuvent être effectuées à différents niveaux de complexité cognitive et de conscience. Cette notion a été pleinement développée dans la théorie de Leventhal que nous allons présenter en détails avant de l'intégrer au modèle de Scherer.

Tableau 1.1 - Profil des évaluations la situation pour la la colère, la peur, la tristesse et la joie selon Scherer

Dimension d'évaluation émotionnelle	Colère/Rage	Peur	Tristesse	Joie
Nouveauté				
Soudaineté	haut	haut	bas	bas
Familiarité	bas	bas	bas	ouvert
Prévisibilité	bas	bas	ouvert	moyen
Valence intrinsèque	ouvert	bas	ouvert	haut
Rapport aux buts / besoins				
Pertinence	haut	haut	haut	moyen
Degré de certitude dans la prédiction des conséquences	très haut	haut	très haut	très haut
Congruence avec les attentes	dissonant	dissonant	ouvert	consonnant
Opportunité	obstruction	obstruction	obstruction	facilitation
Urgence	haut	très haut	bas	très bas
Potentiel de maîtrise				
Causalité : agent	autrui	autrui/naturel	ouvert	ouvert
Causalité : motivation	intentionnel	ouvert	hasard	intentionnel
Contrôle	haut	ouvert	très bas	ouvert
Puissance	haut	très bas	très bas	ouvert
Ajustement	haut	bas	moyen	haut
Accord avec les normes				
Standards externes	ouvert	ouvert	ouvert	ouvert
Standards internes	bas	ouvert	ouvert	ouvert

Les niveaux de traitement dans la théorie de Leventhal

Howard Leventhal (1979, 1984) a proposé une des premières théories cognitives des émotions. Le postulat central de son modèle est que, chez l'adulte, les émotions constituent des ensembles complexes de processus et de réactions comportementales qui sont organisés au sein d'une hiérarchie à trois niveaux. Les différents niveaux varient en terme d'abstraction et de complexité des processus cognitifs impliqués. Ces trois niveaux sont les niveaux sensori-moteur, schématique et conceptuel. Tout comme dans le modèle de Scherer, l'ordonnement de ces niveaux suit une logique phylogénétique et ontogénétique.

Niveau sensori-moteur

Le niveau sensori-moteur constitue le niveau de base de l'organisation du comportement et des expériences émotionnelles. Il comprend un ensemble de programmes expressifs et moteurs innés pour générer, en réponse à des stimuli spécifiques, des ensembles coordonnés de réponses expressives, physiologiques, comportementales et subjectives. Ces programmes innés seraient activés automatiquement, sans aucun effort conscient. Il s'agit en quelque sorte de réflexes émotionnels qui font partie de notre bagage génétique. Il s'agit par exemple des réactions de sursaut dans la surprise ou des réactions automatiques de dégoût au contact de quelque chose d'amer. Chez les nouveaux nés, ce niveau serait le seul à être opérationnel (Leventhal & Mosbach, 1983). Très vite, cette base innée va servir de fondement à des apprentissages émotionnels qui vont constituer le niveau suivant.

Niveau schématique

Ce niveau est régi par des représentations émotionnelles apprises, les schémas. Dans le sens entendu par Leventhal, il s'agit de représentations concrètes des différentes composantes émotionnelles qui sont typiquement activées lors d'épisodes émotionnels spécifiques. Il s'agit des traces en mémoire, automatiquement encodées, des éléments récurrents dans certains types d'expériences émotionnelles. Par exemple, pour un individu phobique des chiens, le schéma de peur des chiens va comprendre les différents éléments expérientiels qu'il éprouve généralement lorsqu'il est confronté à un chien: le fait que son cœur batte très fort, que sa musculature soit tendue, qu'il ait envie de crier, qu'il ressente une envie de fuir et de l'anxiété, etc... De par le fait qu'ils co-occurrent fréquemment pendant les expériences de peur de cet individu, ces différents éléments sont unis au sein d'une structure

en mémoire, le schéma. Le schéma peut être donc être considéré comme la trace en mémoire de réactions émotionnelles conditionnées (Leventhal & Mosbach, 1983).

Le schéma est une structure associative dans laquelle l'activation se répand automatiquement. Ainsi, dès qu'un des éléments du schéma est activé, cette activation se transmet aux autres éléments, sans nécessité d'intervention consciente ou volontaire de la part de l'individu. Conséquemment, non seulement l'activation de la représentation d'un stimulus émotionnel typique va entraîner l'activation des traces en mémoire des réponses physiologiques et expressives, mais encore, l'activation de ces traces entraîne en retour l'activation de la représentation du stimulus. Les liens associatifs sont donc bi-directionnels. Cette notion sera plus développée dans la section du chapitre consacrée aux liens entre les différentes facettes émotionnelles.

Comme ils émanent d'apprentissages issus d'expériences personnelles, les schémas sont différents d'un individu à l'autre. Leventhal illustre cette notion par l'exemple suivant (Leventhal & Scherer, 1984, p. 11). Si un enfant est fortement stimulé (par exemple par des chatouillis) chaque fois qu'il sourit à ses parents, des réponses physiologiques intenses vont être associées au sourire et aux expériences subjectivement agréables. Un tel enfant va développer un schéma de joie qui peut être décrit comme « euphorique » ou « excité », et qui comprend une activation importante. En contraste, un enfant dont le sourire engendrerait seulement des réponses de gazouillis ou de lents bercements chez ses parents ne fera l'expérience que de changements viscéraux mineurs. Il développera un schéma de joie beaucoup plus calme. Comme les expériences en cours sont décodées en fonction des schémas existants, les expériences émotionnelles précoces, qui fondent la construction des premiers schémas, sont particulièrement importantes.

Niveau propositionnel

Ce dernier niveau est le plus élaboré d'un point de vue cognitif. Il comprend deux composants, un qui stocke l'information relative aux expériences passées et qui nous permet de parler de nos émotions, et un qui élabore et contrôle les comportements émotionnels volontaires, y compris la régulation volontaire des émotions. Selon Leventhal, les deux composants sont constitués par des réseaux propositionnels en mémoire. Ces réseaux articulent des éléments spécifiques liés par des relations logiques. De plus, ils seraient organisés selon une structure temporelle qui permet de mettre en évidence les antécédents et

les conséquences des émotions. En d'autres termes, le niveau propositionnel organise en mémoire nos connaissances déclaratives sur les émotions.

Ce niveau est caractérisé par un mode de traitement cognitif conscient, requérant d'importantes ressources. Il ne se développerait que plus tard dans l'ontogenèse, quand l'enfant est capable de réfléchir sur lui-même et sur ses propres expériences. Cette réflexion sur, et cette mise en parallèle de différentes expériences émotionnelles permet la formation de représentations plus abstraites, moins dépendante du contexte. Il en résulterait un outil cognitif souple, relativement indépendant de l'activation physiologique émotionnelle, permettant une régulation rationnelle de ses émotions. Cependant, comme le note Leventhal (1984), ce mode n'est que partiellement utilisé, et les individus varient quant à leur capacité de l'exploiter. Leventhal souligne également à cet égard les différences culturelles et les différences entre hommes et femmes, les dernières présentant plus d'habileté au niveau conceptuel que leur contre-partie masculine.

En résumé, chez l'adulte, les différents niveaux de traitement émotionnel coexisteraient. Certaines réponses émotionnelles seraient plus déterminées par des processus automatiques de nature schématique, d'autres feraient aussi intervenir des processus conceptuels, plus élaborés et conscients.

Intégration des théories de Scherer et Leventhal

Peu après leurs formulations indépendantes, Leventhal et Scherer (1987) ont décidé d'intégrer leurs théories, étant donnée leur grande complémentarité. L'idée de base est que les différentes dimensions d'évaluation proposées par Scherer peuvent être effectuées à différents niveaux de complexité cognitive, tel que proposé par Leventhal. Cette intégration croisée est représentée dans le Tableau 1.2. Ainsi, l'évaluation de nouveauté peut être faite à un niveau sensori-moteur, par exemple, par une détection d'un changement brusque dans le niveau de stimulation (par exemple, un bruit ou un flash lumineux), détection effectuée automatiquement par la formation réticulée. La nouveauté peut aussi être évaluée automatiquement par le fait qu'une information n'est pas conforme à un schéma, comme dans l'exemple cité supra de l'inconnu croisé en rue qui nous fixe droit dans les yeux. La nouveauté peut enfin résulter du constat conscient que quelque chose de nouveau est en cours. Par exemple, un individu peut apprendre par un coup de téléphone la mort inopinée d'un de ses amis. La même distinction de niveau peut être effectuée pour les autres dimensions d'évaluation. Par exemple, pour la valence, des stimulus peuvent être inconditionnellement

négatifs ou positifs (niveau sensori-moteur), avoir acquis par conditionnement une valence positive ou négative (niveau schématique), ou encore être jugés positivement ou négativement suite à un jugement explicite (niveau conceptuel).

Tableau 1.2. - Intégration croisée des théories de Leventhal et de Scherer

Niveau cognitif	Dimension d'évaluation				
	Nouveauté	Valence	Rapport aux buts	Potentiel de maîtrise	Accord avec les normes
Sensori-moteur					
Schématique					
Propositionnel					

Le croisement des deux théories n'est cependant pas parfait. On voit en effet mal comment une évaluation du rapport aux normes pourrait être effectuée à un niveau sensori-moteur. Certaines combinaisons dimension/niveau d'évaluation sont donc plus probables que d'autres.

Applications cliniques

Dans mon expérience de psychothérapeute, cette intégration théorique offre une grille d'analyse très utile pour le clinicien. Pour définir la nature d'une expérience émotionnelle chez un client, il est particulièrement efficace d'examiner avec lui/elle le type d'évaluation émotionnelle qui s'applique à cette expérience. Très concrètement, on examine une à une les différentes dimensions d'évaluation de Scherer, sous leur différentes facettes. Le Tableau 1.1 peut servir de guide et peut être donné au client qui l'utilisera éventuellement lors d'exercices à domicile. De même, il est expliqué au client que ces évaluations peuvent être effectuées à différents niveaux « mentaux ». Dans un contexte psychothérapique, je simplifie souvent la théorie en la ramenant à deux niveaux : un niveau explicite et conscient qui obéit à une logique rationnelle et un niveau automatique et non conscient qui correspond à des apprentissages et des conditionnements émotionnels. A ce niveau, des situations, des

sensations, des objets peuvent avoir acquis une signification émotionnelle simplement parce qu'ils ont été associés à une émotion, sur base d'une contingence purement spatio-temporelle. Réaliser que l'attribution d'une signification émotionnelle peut être faite à différents niveaux, consciemment et non-consciemment, est souvent une découverte pour les clients. Plus surprenant encore pour eux, le fait que ces différents niveaux peuvent donner lieu à des évaluations divergentes.

Le thérapeute et le client peuvent confronter leurs vues quant aux évaluations d'une situation analysée. En effet, il peut être très éclairant de constater des divergences dans l'évaluation qui est faite par les deux parties. Un autre aspect important est d'examiner la concordance entre le profil d'évaluation émotionnelle et le sentiment explicitement rapporté par le client. Par exemple, un client peut rapporter ressentir de la tristesse dans une situation. Or, en faisant l'exercice de décodage des différentes évaluations émotionnelles, le thérapeute et le client mettent en évidence un profil qui est beaucoup plus proche de celui de la colère que de celui de la tristesse. Il se peut alors que l'émotion vécue par le client dans cette situation soit en fait plus de la colère que de la tristesse. On voit ici tout l'intérêt clinique de ce genre d'exercice.

Enfin, une attention particulière est accordée à la distinction entre les niveaux conscient et non-conscient/automatique. S'il existe des divergences entre les évaluations résultant de ces niveaux—ce qui est souvent le cas dans des situations cliniques—il convient de les souligner et d'examiner si ces divergences ne sont pas à la base des difficultés et souffrances psychologiques que rencontre la personne dans la situation analysée. Ces différents points d'intervention psychologiques sur les émotions seront repris en détails dans un chapitre ultérieur.

Les tendances à l'action

Les émotions ont avant tout une fonction adaptative. Dans toutes les espèces, elles préparent l'organisme à interagir avec son environnement de manière à assurer son bien-être, sa survie ou celle de son espèce. Cette notion a été particulièrement développée dans le concept de tendance à l'action, initialement proposé par Magda Arnold (1960) et ensuite reprise par Nico Frijda (1986) qui en a fait le concept central de sa théorie des émotions.

Le concept de tendance à l'action

Selon Frijda (1986), les tendances à l'action sont des dispositions internes (ou leur absence) à accomplir certaines actions ou certains changements relationnels avec

l'environnement. Les tendances à l'action sont donc l'activation, mais pas encore la réalisation, d'un script comportemental qui vise à changer la relation entre l'individu et son environnement. Elles amorcent les différents systèmes de l'organisme en vue de soutenir un certain type d'action. Ce sont elles qui organisent la réponse émotionnelle immédiate. Selon Frijda, des profils d'évaluation émotionnelle spécifiques activent automatiquement les tendances à l'action correspondantes (Frijda, Kuipers & ter Schure, 1989).

Sur base de travaux abordant la phylogénèse et l'ontogénèse des émotions, Frijda a identifié huit tendances à l'action de base. Ces tendances seraient innées et apparaîtraient assez tôt dans le développement humain. La première tendance à l'action est l'approche positive qui implique l'orientation de l'attention sur l'objet et l'attitude comportementale d'approche, de réduction de la distance par rapport à l'objet, et d'exploration de celui-ci. Cette tendance à l'action est activée dans les situations impliquant l'affection, la tendresse, l'exploration curieuse, etc.

La seconde tendance à l'action est l'agression qui mobilise toutes les ressources de l'organisme pour blesser, détruire, ou écarter/repousser tout obstacle aux buts poursuivis par la personne, à son intégrité psychologique ou physique. L'envie de porter des coups, de détruire est centrale dans cette tendance à l'action. Elle est bien évidemment activée dans la colère.

La panique, troisième tendance à l'action, mobilise également toutes les ressources de l'organisme, mais cette fois pour fuir, pour écarter une menace, un danger potentiel. L'attaque de panique est un exemple paroxystique d'expression de cette tendance à l'action (Barlow, 2002). Elle est typique de la peur.

La quatrième tendance à l'action, le jeu, est centrale dans le développement intellectuel et social dans toutes les espèces de mammifères et l'humain n'y fait pas exception. Cette tendance à l'action coordonne l'attention et le comportement moteur dans des interactions avec l'environnement physique et social. Elle motive et soutient un ensemble d'apprentissages capitaux dans les premières années du développement humain (Izard, 1984) et subsiste bien au-delà. Cette tendance est présente lors d'expériences émotionnelles positives, comme la joie et l'amusement.

L'inhibition est la cinquième tendance à l'action. Elle a des racines phylogénétiques profondes : en présence d'un danger potentiel, l'organisme se fige, inhibe activement tout mouvement, tout comportement. Chez l'humain, on peut aussi constater une inhibition

mentale : l'individu a l'esprit vide. Cette tendance à l'action est typique de certaines formes d'anxiété.

La sixième tendance à l'action, le rejet, est au départ physique. Par exemple, l'application d'une substance amère chez un nouveau né provoque l'apparition immédiate d'une réaction de rejet, exprimée par un rictus de dégoût : protrusion des lèvres, plissement du nez, contraction des paupières (Izard, Huebner, Risser, McGinnes, & Dougherty, 1980). Cette tendance à l'action est ensuite associée à des situations plus psychologiques que physiques. Elle est centrale au dégoût.

La septième tendance à l'action, la soumission, tout comme la tendance à l'action suivante, est essentielle dans une espèce sociale comme l'espèce humaine. Elle implique l'envoi de signaux, notamment posturaux et expressifs, de soumission, et des scripts comportementaux basés sur l'imitation et le suivi des comportements du dominant. Elle est notamment présente dans des émotions comme la culpabilité ou l'embarras, ou dans des états émotionnels beaucoup plus complexes comme l'humilité et ceux liés à une faible estime de soi, comme dans la timidité ou l'anxiété sociale.

Enfin, la tendance à l'action de dominance est la contre-partie de la soumission. Il s'agit de s'affirmer par rapport à autrui. Il est à noter que cette tendance à l'action est clairement distincte de celle d'agression. Souvent ces deux aspects, pourtant très différents dans leur substrat psychologique et dans leurs conséquences, sont confondus. La dominance est clairement présente dans la fierté.

Ces huit tendances à l'action constitueraient le bagage émotionnel inné dont disposeraient les humains pour organiser leurs réponses émotionnelles. Avec les multiples apprentissages et expériences émotionnelles idiosyncrasiques, chaque individu développe son bagage personnel de tendances à l'action, notamment en modifiant ou en combinant les tendances à l'action innées. Ces expériences individuelles rendraient aussi certaines tendances à l'action plus facilement activables que d'autres. Par exemple, dans le domaine clinique, un individu soumis à des menaces fréquentes verra s'abaisser le seuil d'activation de la tendance à l'action de panique.

Il faut également noter que cette théorie, et les observations empiriques qui en découlent démontrent que les émotions offrent une palette de modes de réponse préparés beaucoup plus large que les modes approche –évitement qui sont souvent considérés en clinique. On voit ici que les émotions offrent une gamme variée de réponses adaptatives et que ces réponses ne sont pas rigides, mais répondent aux différentes expériences faites par l'individu.

Implications cliniques du concept de tendance à l'action

Au niveau clinique, la prise de conscience de l'émotion passe notamment par la prise de conscience de la (ou les) tendance(s) à l'action activée(s). Les distinctions entre huit états fondamentaux proposés par Frijda (1986) peuvent servir de base à une exploration de l'état émotionnel du client. Au niveau clinique, des distinctions sont particulièrement pertinentes, notamment celles ayant trait à la panique, l'inhibition et la soumission. Ces états sont souvent considérés de manière indistincte par les clients. De même, la distinction entre dominance et agression est rarement naturellement effectuée. Or, ces différentes tendances à l'action revêtent des différences de signification émotionnelle importantes. Elles suggèrent des enjeux, en termes de buts, besoins ou désirs sous-tendant l'émotion, très différents.

Les réponses émotionnelles

Comme clairement démontré par le concept de tendance à l'action, les émotions mobilisent toutes les dimensions de l'individu afin d'entrer dans un certain mode de relation avec son environnement. Cette mobilisation générale entraîne une série de réponses émotionnelles très variées. Comme certaines de ces réponses sont objectivement observables (par exemple, les expressions faciales émotionnelles ou les postures), elles ont fait l'objet de beaucoup d'études empiriques. Ainsi, historiquement, l'étude expérimentale des émotions s'est principalement développée à partir des études sur les expressions faciales et les changements physiologiques. Nous allons maintenant passer en revue les différentes facettes que peuvent présenter les réponses émotionnelles. Ensuite, nous envisagerons les liens qui les unissent.

Les expressions émotionnelles non verbales : face, posture et prosodie

Les expressions faciales

L'étude des expressions faciales émotionnelles s'est développée de manière très importante dès les années septante. Ce fut pendant longtemps le champ de recherches empiriques le plus développé dans le domaine des émotions. Les deux principaux pionniers en furent Paul Ekman (1973) et Carroll Izard (1972). Ces travaux étaient explicitement basés sur une conception biologique, néo-darwinienne des émotions : il existerait un ensemble restreint de programmes émotionnels innés, développés tout au long de la phylogenèse pour aider l'individu à faire face au mieux à des situations adaptatives. Cet ensemble restreint de

programmes émotionnels, dits « émotions de base », comprendrait notamment les émotions de joie, colère, peur, tristesse, surprise, dégoût, honte et mépris. Une des caractéristiques distinctives des émotions de base serait de posséder une expression faciale prototypique (Ekman, 1984). Ainsi, à chacune de ces émotions—joie, colère, tristesse, etc.—correspondrait une expression faciale innée. Les tout premiers travaux sur les expressions faciales émotionnelles ont d'ailleurs consisté à établir que les expressions faciales prototypiques de chaque émotion de base étaient exprimées et reconnues de façon similaire dans toutes les cultures, établissant ainsi leur aspect pan-culturel et donc, vraisemblablement inné (Ekman, 1973 ; Izard, 1969).

Dans ce cadre, des travaux importants ont été entrepris pour définir au mieux les expressions faciales correspondant aux émotions de bases. Paul Ekman a proposé un système descriptif très complet, basé sur l'identification de 54 mouvements faciaux musculaires, les « action units » (AU). Par exemple, l'activation du muscle *zygomaticus major* (AU12) définit le sourire, l'activation du muscle « *corrugator supercili* » (AU4) correspond au froncement des sourcils. Dans ce système, chaque expression faciale est définie par une combinaison d'unités d'action. L'encart 1.1 illustre les expressions faciales pour les principales émotions de base. A titre d'exercice et pour développer votre sensibilité aux signaux non verbaux des émotions, je vous invite à examiner en détails chacune des expressions, et pour bien vous familiariser, imitez-les en vous observant dans un miroir. Ensuite, observez les expressions des personnes et tâchez d'y détecter les signaux émotionnels, même subtils (par exemple, observez les expressions faciales de personnes interrogées à la télévision).

Très vite la conception des expressions faciales émotionnelles comme des réponses biologiques innées et automatiques a été nuancée par la prise en compte de la régulation sociale de ces expressions. En effet, dans la communication interpersonnelle, le visage joue un rôle très important, notamment parce qu'il est pratiquement toujours visible à l'interlocuteur et qu'il permet d'exprimer un large éventail de messages. Dans un contexte social, l'expression directe de nos sentiments et attitudes n'est pas toujours souhaitable. Par exemple, exprimer ouvertement l'irritation que nous suscite un supérieur hiérarchique n'est pas sans danger. De même, exprimer sans retenue sa joie d'avoir brillamment réussi un concours, face à des compagnons moins chanceux, risque de provoquer un rejet social. Conséquemment, les expressions faciales spontanées sont filtrées par des règles d'expression (*display rules*) (Ekman, 1984 ; Matsumoto, 1988, 2006). Ces règles d'expression définissent ce qui peut être exprimé, à qui, quand et dans quelles circonstances. Elles sont apprises dans le processus de socialisation et varient donc de culture à culture (Matsumoto, 2006). Vers six

ou sept ans, l'enfant commence à savoir qu'il n'est pas bon de tout exprimer en toutes circonstances (Saarni, 1979). Par exemple, il apprend à ne pas montrer sa déception lorsqu'il reçoit un cadeau « ringard » de ses grands-parents. Cet apprentissage se prolonge jusqu'au début de l'adolescence ; en fait, il est parallèle à l'apprentissage du contrôle volontaire des expressions faciales (Cole, 1985) et, de manière ironique mais non étonnante, à l'apprentissage du mensonge (Feldman & Philippot, 1991). Il existe des différences individuelles importantes dans la maîtrise des règles d'expression (Feldman, Philippot & Custrini, 1991).

Encart 1.1.

Comment identifier les expressions faciales émotionnelles ?

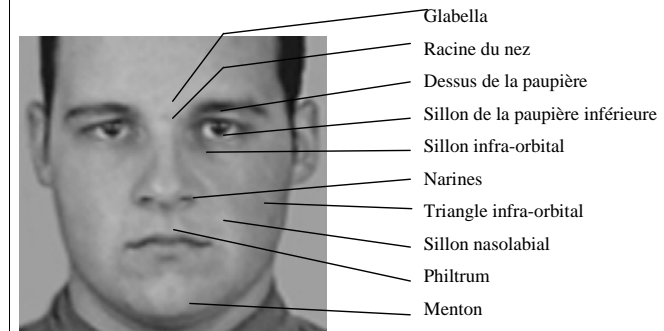
Par Céline Douilliez et Pierre Philippot

Cet encart offre quelques explications pour vous aider à mieux identifier les différentes émotions de base (colère, peur, dégoût, joie et tristesse). Par ailleurs, ces indications peuvent également vous être très utiles lorsque vous serez amenés à décoder une information faciale en thérapie.

A titre d'illustration, vous trouverez dans ce document des photographies de différentes expressions émotionnelles prototypiques. Ces photographies proviennent de la batterie d'expressions faciales émotionnelle de Montréal, développée par Beaupré, Cheung et Hess. Elle a été construite à partir du *FACS*, une méthode de description des expressions faciales basée sur une analyse anatomique des *unités d'action* du visage (« *action unit* » : AUs). Chaque AU est un mouvement d'une partie spécifique du visage, qui correspond à l'action d'un muscle précis. Une expression faciale est constituée d'une ou plusieurs AUs.

Notez que les photos qui accompagnent les explications ci-dessous sont seulement des exemples. L'apparence exacte change d'une personne à l'autre en fonction de la structure des os du visage, des variations de la musculature faciale, des rides permanentes du visage,... Ce qui est mis en évidence dans ces explications, ce sont les divers éléments communs d'une personne à l'autre et qui constitue l'expression prototypique d'une émotion « de base ».

Le schéma suivant permet de localiser les termes utilisés dans les explications ci-dessous. Il s'agit de la photographie d'un visage neutre, dénué de toute AU.



Nous allons maintenant passer en revue les différentes émotions en mettant en évidence les zones et muscles du visage concernés.

- L'expression faciale **neutre**

Dans l'expression faciale neutre, tous les muscles du visage sont détendus, comme illustré par la photographie ci-dessous.



- Le dégoût

La partie intérieure des **sourcils** est légèrement abaissée.

Le sillon infra-orbital est ridé

Les **narines** sont étirées et élargies

La **bouche** est fermée mais on peut remarquer que la lèvre supérieure remonte légèrement.



Le **nez** est retroussé, des rides apparaissent ainsi au niveau des joues (le long du nez) et également à sa racine. Ce mouvement est réalisé par le triangle infra-orbital ; ce qui a d'ailleurs pour effet la

Le **menton** remonte quelque peu également

La tristesse :

Les **paupières** recouvrent une partie du champ de vision.

La **bouche** est serrée mais elle descend légèrement.



Le mouvement principal de cette émotion vient sans nul doute des **sourcils**. Ceux-ci sont légèrement froncés pour donner cette forme / \ ou encore ㄨ.

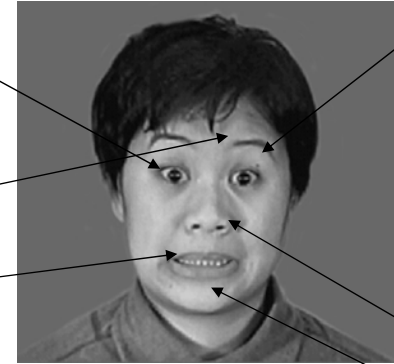
Par ce mouvement, la partie intérieure du **front** est levée. Des rides y apparaissent, elles sont horizontales au centre et courbées aux extrémités.

- La peur :

Les **yeux** sont grands ouverts, écarquillés.

Ce mouvement des yeux a pour effet le redressement des **sourcils**.

La **bouche** est ouverte mais cela reste néanmoins un mouvement horizontal. Les lèvres sont donc étirées, toujours dans un mouvement latéral.



La **paupière** est entièrement levée, elle disparaît totalement. La pupille est visible dans sa totalité. Le champ de vision est au maximum. La personne semble fixer quelque chose comme si elle ne pouvait s'en détacher.

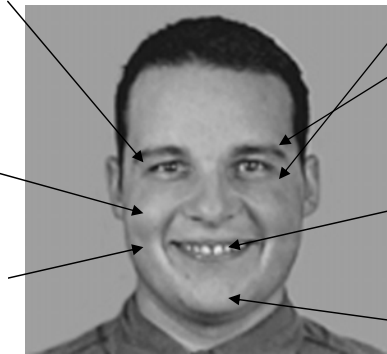
Les **narines** sont élargies.

Le **menton** est également étiré.

La joie :

Les **yeux** sont légèrement plissés, c'est-à-dire que la paupière inférieure couvre en partie l'œil.

La partie basse de la **joue** (ce que l'on appelle la ride nosolabiale) est levée latéralement. Le zygomatic travaille également lors de cette expression : le coin des **lèvres** est de ce fait



Mouvement du triangle infra-orbital : les **joues** sont remontées, formant des plis en dessous de l'**œil**.

La personne peut montrer les **dents** si elle le désire.

Le **menton** est étiré et ce, de manière

- **La colère**

On remarque également que, à l'extrémité de la partie intérieure des sourcils, quelques rides se forment comme ceci / \ ou encore / \ et atteignent ainsi le milieu du front.

Quant à la **bouche**, elle reste fermée mais est assez serrée



Les **sourcils** ont tendance à se rejoindre, ils sont froncés, plissés (rides entre les sourcils). De plus, leur partie intérieure est abaissée légèrement ce qui a pour effet de réduire une partie du champ de vision.

La **paupière** recouvre une partie de l'œil.

QUELQUES RÉFÉRENCES POUR EN SAVOIR PLUS...

Bruyer, R. (1996). *Le visage et l'expression faciale*. Liège (Belgique): Mardaga.

Ekman, P. (1980). L'expression des émotions. *La Recherche*, 117, 1408-1415.

Ekman, P. (Ed.) (1982). *Emotion in the human face*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ekman, P. & Rosenberg, E. L. (Eds.) (1997). *What the Face Reveals: Basic and Applied Studies of Spontaneous Expression Using the Facial Action Coding System (FACS)*. New York: Oxford University Press.

Des différences individuelles sont aussi observées à d'autres niveaux dans l'expression non verbale des émotions. Confirmant le sens commun, des recherches ont établi il y a bien longtemps qu'il existait des différences individuelles stables quant à l'intensité des signaux faciaux exprimés lors d'expériences émotionnelles (pour une revue de cette question, voir Manstead, 1991). De manière générale, les individus qui expriment ouvertement leurs émotions par le canal non-verbal (les « externaliseurs ») ont tendance à présenter des changements physiologiques moins intenses que les individus qui expriment peu leurs émotions non-verbalement (les « internaliseurs ») (Buck, 1984 ; Jones, 1950). Lanzetta et Kleck (1970 ; Lanzetta, Cartwright-Smith & Kleck, 1976) ont expliqué cette différence par des expériences éducatives différentes. Au cours de leur développement, les internaliseurs auraient été punis pour l'expression spontanée de leurs émotions. Ils auraient donc appris à contrôler leur expression émotionnelle, mais l'émotion—et son activation physiologique—subsisterait. De plus, par ces expériences de punition, les internaliseurs auraient associé les situations émotionnelles à la punition. Par conditionnement classique, les émotions auraient donc acquis chez eux le statut de stresser. Ainsi, à l'émotion première, s'ajouterait un stress et son activation physiologique. La résultante serait donc une émotion moins exprimée non verbalement, mais ayant des répercussions physiologiques plus importantes. À terme, cette conjonction entraîne un risque accru de problèmes de santé (Consedine, Magai & Bonanno, 2002 ; Labott, Ahleman, Wolever & Martin, 1990).

Un autre type de différences individuelles dans l'expression non verbale des émotions concerne la capacité de reconnaissance des expressions faciales. Même si très tôt le nouveau né manifeste des différences de réactions en fonction des expressions faciales de son entourage (Schwartz, Izard & Ansul, 1985), la capacité d'identifier consciemment le message émotionnel d'un visage est une compétence apprise qui n'est maîtrisée qu'à l'adolescence (Feldman, 1982 ; Gross & Ballif, 1991). D'un point de vue clinique, ces différences sont très importantes, car la capacité de bien décoder l'état émotionnel de son entourage constitue une compétence sociale fondamentale (Riggio, 1992). La recherche a montré que le lien entre la capacité à bien décoder les expressions faciales émotionnelles et les compétences sociales était déjà présent dans l'enfance (Feldman, Philippot & Custrini, 1991), même avant quatre ans (Philippot & Feldman, 1990). De nombreuses recherches cliniques ont mis en évidence des difficultés dans l'identification correcte des expressions faciales émotionnelles, notamment dans la dépression (Bouhuys, 2004) l'alcoolisme (Philippot, Kornreich & Blairy, 2003) ou la schizophrénie (Kring & Earnst, 2003) (pour une revue de cette question, voir Philippot, Douilliez, Pham, Foisy & Kornreich, 2005). Des programmes d'intervention ont

été conçus spécifiquement pour améliorer les compétences non-verbales de ces populations (e.g. Rohsenow, Monti, Binkoff, Liepman, Nirenberg & Abrams, 1991).

La posture

Les changements posturaux induits par l'émotion ont fait l'objet de beaucoup moins de travaux empiriques. Des postures typiques d'émotions de base ont cependant été décrites (Bloch, Orthous & Santibanez-H, 1987 ; Coulson, 2004 ; Duclos et al., 1989 ; Wallbott, 1998), par exemple, une position courbée et repliée sur soi dans la tristesse, ou une posture droite, le torse bombé dans la joie ou la fierté. La recherche montre également que l'émotion affecte non seulement la posture, mais également la dynamique et le type de mouvements (Wallbott, 1998).

Plus de travaux ont par contre été effectués sur les processus de mimétismes posturaux, notamment dans la contagion émotionnelle (Hatfield, Cacioppo & Rapson, 1993 ; Hess, Philippot & Blairy, 1999). Des travaux plus anciens, sur le mimétisme postural dans la relation thérapeutique, présentent un intérêt particulier pour le présent ouvrage. Ces travaux ont montré que l'adoption par le thérapeute de postures similaires à celles du client entraînait chez celui-ci un sentiment positif pour la relation thérapeutique (Rogers, 1975; Schefflen, 1964). Plus spécifiquement, le client se sent mieux compris et mieux soutenu par le thérapeute qui a tendance à imiter ses mouvements, et il lui attribue plus d'empathie. De manière plus générale, le mimétisme postural génère un sentiment plus positif et de proximité et de similitude plus grandes chez la personne imitée, vis-à-vis de celle qui la mime (Bates, 1975; Cappella, 1993; Gump, & Kulik, 1997; Manusov, 1993; Markovsky & Berger, 1983).

Les implications cliniques de ces travaux sont donc que le thérapeute doit prêter non seulement attention à la posture de son client, pour mieux décoder ses émotions, mais également à sa propre posture. En effet, les recherches précitées ont montré que la posture était un déterminant, souvent non conscient, du sentiment d'être proche de, et d'être compris par son interlocuteur. Une forme d'empathie, par le mimétisme postural du client, est donc favorable à la relation thérapeutique et doit être encouragée.

La prosodie

Pour l'homme de la rue, il est évident que l'émotion affecte la voix—en terme plus scientifique, la prosodie, c'est-à-dire la modulation du ton de la voix dans le langage parlé. Les expressions populaires traduisent cette perception « il a la voix qui chante » ou au

contraire « il a la gorge serrée ». Tout comme la posture, la prosodie a fait l'objet d'assez peu d'investigations scientifiques. Cependant, les données récoltées permettent d'affirmer que la prosodie est bien modulée par l'émotion (Kappas, Hess & Scherer, 1988). Ces changements peuvent être détectés, tant par des paramètres objectifs d'analyse spectrale de la voix, que par des jugements effectués à l'aveugle par des personnes tout-venant (Scherer, 1986). Cela signifie que, dans certaines circonstances, l'homme de la rue est capable d'identifier un état émotionnel sur la seule base du ton de la voix.

De manière plus générale, il semble que les sons et la musique ont également un pouvoir d'induction émotionnelle (Juslin & Laukka, 2004). La valence émotionnelle serait corrélée avec la tonalité (la tonalité grave reflèterait une valence négative et la tonalité aiguë une valence positive) et l'activation avec le rythme (un rythme lent reflèterait une activation basse et un rythme rapide, une activation haute).

Les implications et applications cliniques des ces découvertes n'ont pas encore été développées ou exploitées.

Expression émotionnelle non verbale et intervention clinique

Différentes applications et implications des recherches sur l'expression des émotions ont déjà été évoquées dans les paragraphes précédents, notamment les liens entre posture et empathie dans la relation thérapeutique. Il y a cependant d'autres applications importantes qui méritent d'être présentées ici.

Un aspect déjà évoqué est l'observation des expressions faciales pendant les séances thérapeutiques. En effet, la plupart du temps, le contenu émotionnel d'une communication passe principalement par les canaux non-verbaux (Patterson, 1999). Une centration trop importante du thérapeute sur les aspects verbaux risque de lui faire perdre des aspects extrêmement importants du message émis par le client. Compte tenu de ce qu'on sait du contrôle qu'exercent les personnes sur leurs expressions faciales, le thérapeute doit particulièrement être attentif à certains phénomènes, notamment les micro-expressions et les asymétries des expressions faciales.

Les micro-expressions (Ekman, 1884) sont des expressions faciales spontanées extrêmement brèves (moins d'une seconde). Elles résultent d'un court moment où le contrôle automatique des expressions faciales est relâché pour une raison ou une autre. Elles sont brèves, car les mécanismes de contrôle reprennent très vite le dessus. Ces micro-expressions sont très précieuses pour le thérapeute : elles permettent de faire des hypothèses sur le fait que

le client éprouve des difficultés à admettre ou à exprimer ses émotions ; elles permettent également d'identifier les émotions réelles du client.

Les asymétries dans les expressions faciales résultent du fait que les individus contrôlent généralement mieux leurs expressions faciales du côté ipsilatéral (droit pour les droitiers). Ainsi, les expressions volontaires peuvent être plus marquées du côté ipsilatéral, mais également les règles d'expression. On peut ainsi parfois observer une expression émotionnelle sur un côté du visage et une autre (ou l'absence d'expression) de l'autre côté. A nouveau, je vous invite à observer ce phénomène d'asymétrie dans la vie courante, il est beaucoup plus fréquent qu'on pourrait le croire. Vous pouvez par exemple regarder les photographies de visages dans un magazine et masquer un côté puis l'autre du visage. Vous constaterez qu'il n'est pas rare que l'expression émotionnelle varie grandement. Dans un contexte clinique, les asymétries permettent de faire les mêmes hypothèses à propos des émotions réelles du client que les micro-expressions.

Certains auteurs ont également utilisé les comportements non verbaux pour mieux comprendre les phénomènes de transfert et contre-transfert dans la relation thérapeutique. Ainsi, Krause (pour un résumé de ces recherches, voir Merten & Krause, 2003) a examiné en détails les échanges d'expressions faciales d'émotion positives (la joie) et d'émotion négative (la colère, le mépris ou le dégoût) lors de sessions de psychothérapie psychodynamique. Il les a ensuite mis en relation avec le succès thérapeutique après 15 séances. Les résultats de ces recherches sont assez surprenants : les thérapeutes qui génèrent les meilleurs résultats sont ceux qui expriment non-verbalement les émotions négatives le plus ouvertement et le plus souvent. L'expression non-verbale des émotions positives par le thérapeute n'a d'effets bénéfiques qu'à des niveaux moyens. A des niveaux trop faibles ou trop intenses, l'expression des émotions positives est corrélée à de moins bons résultats thérapeutiques. Une autre donnée intéressante de ces recherches est que la réciprocité non-verbale (répondre à une expression émotionnelle par la même expression) est liée à de mauvais résultats thérapeutiques. L'interprétation de ces données est que l'expression d'émotions positives est nécessaire pour développer et maintenir une bonne relation thérapeutique dans laquelle le client se sent accepté et soutenu par le thérapeute. Cependant, une confrontation est nécessaire pour amener un changement thérapeutique. Cette confrontation implique l'expression d'émotions négatives--pas nécessairement à l'encontre du client, mais certainement à l'encontre des situations difficiles rapportées par le client ou des attitudes de protagonistes auxquels le client est confronté. De même, les expressions de soutien (émotions

positives) alors que le client aborde et exprime par des émotions négatives des situations difficiles, est favorable au changement. Ainsi, le thérapeute expérimenté et efficace peut exprimer non-verbalement au moment approprié des émotions positives et négatives, en gardant une juste balance entre les deux, et surtout en évitant de répondre purement en empathie. Cette dernière attitude ne promeut en effet pas le changement thérapeutique.

Une autre application clinique des recherches sur l'expression non-verbale des émotions concerne le diagnostic. En effet, dans certains troubles, une détection très précoce est nécessaire pour mettre en place les meilleures interventions. Dans l'autisme, par exemple, le diagnostic précoce, si possible avant deux ans, peut être particulièrement important pour obtenir la meilleure efficacité thérapeutique (Motttron, 2004). Les recherches cliniques ont ainsi pu établir un ensemble de signes non verbaux, en situations sociales et émotionnelles, qui sont d'excellents prédicteurs de l'autisme, déjà chez des enfants d'un an et demi (McGee & Morrier, 2003). Ces signes sont, par exemple, l'absence d'expression faciale dans une situation d'empathie, l'évitement des contacts oculaires ou la présence d'expressions faciales émotionnelles dans des situations typiquement non-émotionnelles.

Les réponses physiologiques

Pour l'homme de la rue, et pour beaucoup de psychologues et de médecins, l'émotion est avant tout caractérisée par les changements physiologiques qu'elle suscite. La plupart des personnes souscrivent à l'affirmation de James (1884) qu'il est impossible d'imaginer une émotion sans une résonance corporelle, sans la sensation que son corps est dans un état différent. Comme le suggère James, que reste-t-il de l'état de peur, si on lui ôte les palpitations, la sensation de gorge serrée, les tremblements, etc. ?

La recherche sur les changements physiologiques dans les émotions a une histoire presque centenaire (e.g. Landis, 1924). Cependant, comparativement à d'autres champs de la recherche émotionnelle, peu d'études ont été réalisées. Les études se sont principalement centrées sur la question de savoir si chaque émotion de base est caractérisée par un profil de réponses physiologiques typique ou si, au contraire, l'activation physiologique est relativement indifférenciée d'une émotion à l'autre. Les conclusions de ces recherches sont relativement mitigées. Une analyse critique récente de cette littérature (Stemmler, 2004) montre qu'on est actuellement en mesure d'identifier des différences stables de profils physiologiques entre des émotions relativement proches comme la peur et la colère—deux émotions négatives et impliquant une forte activation physiologique. Comparativement à la peur, la colère serait marquée par une tension artérielle diastolique plus importante, ainsi que

par une augmentation de la température cutanée et des changements respiratoires moindres. Cependant, on est encore loin d'avoir une carte précise des profils physiologiques associés à chaque émotion. Comme le souligne Stemmler (2004), l'état physiologique d'une personne donnée lors d'une émotion spécifique est fonction de multiples facteurs : le contexte non-émotionnel de la situation (la température ambiante, l'activité en cours, etc.), les caractéristiques personnelles de réponses physiologiques, et l'activation physiologique due au caractère émotionnel de la situation (en d'autres termes, l'activation des tendances à l'action). Les recherches doivent donc arriver à départager ces multiples facteurs pour mettre en évidence la signature physiologique spécifique à l'émotion.

Ainsi, une perspective interactionniste semble être la plus intéressante pour comprendre la physiologie des émotions. Pauls (2004) suggère qu'il faut tenir compte non seulement des caractéristiques de la situation, de l'individu, et de l'émotion activée, mais aussi de la manière dont l'individu réagit et gère ces complexes emotion/situation, en d'autres mots, de ses modes de coping. Dans une revue de la littérature, Pauls a montré que des caractéristiques individuelles de régulation des émotions (par exemple, la suppression versus l'expression des émotions évoquées dans le paragraphe sur l'expression non verbale) modulait très fortement les réponses physiologiques lors d'une même émotion, éprouvée dans une même situation, mais par des individus présentant des caractéristiques expressives différentes.

En résumé, il est indéniable que les émotions mobilisent toutes les facettes de l'individu, y compris la logistique neurophysiologique. Cependant, l'état physiologique d'une personne en situation émotionnelle est fonction de multiples facteurs, et l'état émotionnel en tant que tel n'en est peut être pas le déterminant principal. La recherche a actuellement tendance à se désintéresser de l'identification des profils physiologiques prototypiques des émotions de base. Elle se centre sur la question plus intéressante des interactions entre une situation, l'émotion induite et le mode de réaction de l'individu dans ce contexte pour mieux comprendre les conséquences physiologiques à court et à long terme des émotions. Au niveau psychothérapeutique, ces travaux n'ont, à notre connaissance, pas encore généré d'application.

Les sensations corporelles

Emotion et sensations corporelles

Dans l'émotion, les réponses physiologiques ont leur pendant subjectif : les sensations corporelles. Lors d'expériences émotionnelles, les individus rapportent une série de sensations, telles que des sensations d'accélération du rythme cardiaque, de gorge serrée et de difficultés respiratoires, de faiblesse ou au contraire de grande tonicité musculaire, etc. En contraste avec ce qui a été observé pour les réponses physiologiques objectives, la recherche a démontré que chaque émotion de base est caractérisée par un profil unique de sensations corporelles (Rimé, Philippot & Cisamolo, 1990). De plus, ces profils de sensations prototypiques sont très semblables de culture à culture (Breugelmans et al., 2005). Cependant, lors d'une expérience émotionnelle donnée, la correspondance entre les sensations spécifiques ressenties par l'individu et des changements physiologiques objectivables est pour le moins ténue (Philippot & Rimé, 1991). Néanmoins, la perception subjective du niveau d'activation physiologique plus générale est liée de manière beaucoup plus forte au niveau d'activation physiologique objective. En résumé, si, en situation émotionnelle, les individus perçoivent relativement bien leur niveau d'activation physiologique, ils sont nettement moins précis dans l'identification des changements spécifiques qui sous-tendent cette activation générale.

Nous avons suggéré que la perception corporelle est assez peu objective durant les émotions, l'attention étant captée plus par les éléments émotionnels de la situation que par l'état interne de l'organisme (Philippot & Rimé, 1998). Cette perception de l'état corporel serait donc plus un processus « *top-down* », dirigé par des représentations a priori des sensations attendues pour tel type d'émotion, que « *bottom-up* » (dirigé directement par la perception somesthésique). Ces représentations des profils de sensations corporelles attendus pour chaque émotion seraient construites à partir de différentes sources, telles les expériences émotionnelles paroxystiques présentant des réponses physiologiques très intenses et donc plus aisément perçues, et des éléments métaphoriques (Averill, 1989). Par exemple, la métaphore « bouillir de colère » suggère que la colère est liée à une élévation de température et de pression artérielle. Et de fait, les individus rapportent exactement ces sensations comme étant typiques de leurs expériences de colère.

Sensations corporelles émotionnelles et intervention clinique

Même si la recherche nous suggère d'être circonspects quant à la correspondance exacte entre sensation corporelle et changement physiologique objectif, il n'en reste pas moins que, en situation clinique, les sensations corporelles offrent une porte d'entrée extrêmement intéressante pour l'introspection des émotions. En effet, la perception d'un état d'activation physiologique est souvent la première étape de la prise de conscience de l'état émotionnel (voir ci-dessous, le modèle de Lane, 2000). De plus, les recherches sur la viscéroception ont montré que, même si les performances sont au départ mauvaises, on peut apprendre à percevoir avec plus d'exactitude que ne le permettrait la chance une série de changements physiologiques (Pennebaker, 1982). Enfin, certaines interventions thérapeutiques sur les émotions, notamment celles basées sur la pleine conscience¹, recourent à la perception de l'état émotionnel tel qu'il est ici et maintenant, principalement par la concentration sur les sensations corporelles (Philippot, 2006).

Dans notre pratique clinique, nous utilisons fréquemment la grille de sensations corporelles que nous avons développée dans le cadre de nos recherches sur les émotions. Cette grille est reprise dans le Tableau 1.3. Nous la donnons telle quelle aux clients en les encourageant à observer leurs expériences émotionnelles sous cet angle. Que ressentent-ils dans leur corps, à quel endroit ? Quel type de sensation ? Ces sensations évoluent-elles dans le temps ? Un lien peut également être suggéré avec les tendances à l'action. En effet, les sensations corporelles sous-tendent souvent l'impression plus générale qui émane de la tendance à l'action. De manière générale, on peut noter que ce genre d'exercices permet au client de réaliser très concrètement les liens entre ses états mentaux émotionnels et ses sensations corporelles. Ces exercices atténuent ainsi la dichotomie corps – esprit. Cette approche, basée sur des sensations corporelles très concrètes, est particulièrement indiquée

pour les personnes qui ont peu de capacités introspectives ou qui ont peur de réfléchir à leurs émotions, ou encore qui ont un vocabulaire émotionnel limité. Elle convient aussi très bien pour les enfants.

Tableau 1.3. - Questionnaire sur les sensations corporelles émotionnelles

Voix qui tremble	Pas du tout _____	Trés fort
Boule dans la gorge	Pas du tout _____	Trés fort
Modification dans la respiration	Pas du tout _____	Trés fort
Sensations dans l'estomac	Pas du tout _____	Trés fort
Sensation de froid, frissons	Pas du tout _____	Trés fort
Sensation de chaleur diffuse	Pas du tout _____	Trés fort
Sensation de chaud, joues brûlantes	Pas du tout _____	Trés fort
Coeur qui bat plus vite	Pas du tout _____	Trés fort
Muscles tendus, tremblements	Pas du tout _____	Trés fort
Muscles détendus, au repos	Pas du tout _____	Trés fort
Transpiration, mains moites	Pas du tout _____	Trés fort

¹ la pleine conscience (en anglais : *mindfulness*) désigne un état de conscience qui résulte du fait de centrer volontairement son attention sur l'expérience présente, principalement sur ses sensations corporelles et ses pensées, sans les juger.

Comme évoqué plus haut, les individus évaluent assez précisément l'intensité globale de leur activation physiologique. Cet aspect de la réponse émotionnelle est d'ailleurs un des principaux facteurs qui déterminent l'évaluation de l'intensité de l'émotion par l'individu. Cependant, certains biais dans la perception et l'attribution des sensations corporelles ont été mis en évidence, et présentent un intérêt clinique. Il s'agit de l'effet de transfert de l'activation et de l'effet dit « Valins ».

L'effet de transfert de l'activation a été découvert par Zillmann (1983). Il est basé sur les principes suivants. Premièrement, l'intensité subjective d'une émotion est fonction de l'intensité des changements physiologiques perçus (i.e. les sensations corporelles), attribués à l'émotion. Deuxièmement, l'intensité des changements physiologiques lors d'une émotion dépend non seulement des changements induits par l'émotion, mais également de l'état physiologique de l'individu juste avant l'émotion. Imaginons par exemple, que je suis surpris et effrayé par les aboiements d'un chien, soit au milieu d'une sieste, alors que mon corps est au repos, soit pendant mon jogging, alors que mon corps est fortement activé. Selon la situation, l'activation de la peur s'ajoutera donc à une activation physiologique de base basse ou élevée. Dans le premier cas, l'activation totale résultante sera plus basse que dans le second. Je devrais donc attribuer une intensité plus forte à ma peur dans le second cas, comparativement au premier. C'est en effet ce que Zillmann (1983) a observé au cours d'une série d'études au cours desquelles il a induit des émotions suite ou non, à une activation physiologique préalable.

Les études de Zillmann (1983) ont également mis en évidence une série de caractéristiques intéressantes du phénomène de transfert de l'activation. La première est que la nature de l'activation préalable n'a aucune influence sur l'effet de transfert. Ainsi, l'activation préalable peut résulter d'un effort physique (avoir couru), de raisons chimiques (avoir bu du café) ou encore de raisons émotionnelles, peu importe, cette activation préalable induira une activation émotionnelle subséquente plus importante et donc en une attribution d'intensité émotionnelle plus grande. De même, si l'activation préalable résulte d'une émotion, peu importe la nature de celle-ci ou ses relations avec l'émotion subséquente. Ainsi, le fait de s'être énervé dans les embouteillages en rentrant du travail (activation préalable) va rendre potentiellement plus intense toute émotion à mon arrivée à la maison. Une petite contrariété suscitera une colère plus grande, mais aussi, une petite surprise positive suscitera une joie plus importante. Comme le disait une de mes clientes « c'est curieux, avec mon mari, on ne fait jamais l'amour aussi fort qu'après s'être disputé ». Ce phénomène de

réconciliation sur l'oreiller est en fait un exemple de transfert d'activation : l'activation de la colère (dispute) est transférée sur l'activation sexuelle qu'elle potentialise. Les émotions sexuelles sont donc vécues plus intensément. Notez qu'il n'est pas nécessaire de se disputer pour obtenir cet effet, une forte émotion positive aura un effet d'activation semblable à la dispute.

La seconde caractéristique du transfert d'activation est que l'effet ne se produit que si le sujet attribue son activation physiologique à l'émotion et uniquement à l'émotion. S'il est conscient que son activation physiologique résulte de l'addition d'une activation préalable (par exemple, le jogging) et de l'activation émotionnelle, le sujet en tient compte dans son évaluation subjective de l'intensité émotionnelle et corrige celle-ci à la baisse. Dans la vie courante, les personnes sont cependant peu conscientes de l'activation préalable, car elles sous-estiment la durée de l'impact de ces activations. Par exemple, suite à un exercice sur un vélo d'appartement, après quelques minutes, la plupart des gens pensent qu'ils sont revenus à un état cardio-vasculaire de base. Hors, il faut près d'une heure pour que cela soit réellement le cas. Ainsi, une demi-heure après un tel exercice, on pourra observer un transfert de l'activation, alors que le sujet se croit parfaitement revenu à son niveau physiologique de base.

L'application clinique est immédiate. En effet, certaines difficultés d'« explosion émotionnelle » résulte d'effet de transfert de l'activation. Par exemple, des explosions de colère contre le conjoint ou les enfants au retour du travail peuvent être fortement potentialisées par une activation préalable (le stress au travail, le stress dans les embouteillages sur le chemin de retour, etc.). Le fait de rendre le client conscient du phénomène de transfert annihile ce dernier et réduit donc l'intensité de la colère suscitée par les petites frustrations ressenties lors de l'arrivée à la maison. Dans ma pratique clinique, cette application très simple a souvent été étonnamment et rapidement efficace.

L'effet Valins (1966, 1974) est aussi basé sur les relations entre l'intensité des changements physiologiques et l'intensité subjective de l'émotion. Valins (1966) a montré à des étudiants masculins des portraits de jeunes filles, tout en prétendant mesurer le rythme cardiaque de ces étudiants. Pour certaines photos, en fait prises tout à fait au hasard, le rythme cardiaque était soi-disant plus élevé que pour d'autres. Les étudiants étaient ensuite invités à indiquer le niveau d'attraction ressenti pour chacun des portraits. Ils indiquèrent préférer certaines jeunes filles et il se fait que, sans qu'ils en soient conscients, il s'agit de celles pour lesquelles ils avaient reçu un faux feedback d'élévation de leur rythme cardiaque. Cet effet persiste même après plusieurs semaines et même si une information correctrice (dire

que le feedback cardiaque était faux) est donnée. Ce que ces recherches indiquent, c'est que le facteur déterminant n'est pas l'activation physiologique en tant que telle, mais bien l'intensité que le sujet lui attribue.

L'effet Valins permet de mieux comprendre un phénomène clinique important, le phénomène de crise de panique. Ce phénomène est caractérisé par la présence de fortes sensations corporelles qui sont interprétées très négativement par l'individu, le plus souvent comme les signes prodromaux d'une crise cardiaque ou comme le fait que la personne va perdre tout contrôle et devenir folle. Ces crises suscitent une anxiété paroxystique : la panique (Barlow, 2002). Il est intéressant de noter que les recherches n'ont pas pu mettre en évidence d'états physiologiques anormaux qui précéderaient ou accompagneraient ces crises (Jolley, Lydiard, Assey, Uscher, Barnwell & Ballenger, 1992). Sur un tracé du rythme cardiaque, par exemple, la crise de panique ne se démarque pas des changements induits par le fait de monter une volée d'escalier. Conformément à l'effet Valins, ce qui est donc central pour expliquer l'intensité de la panique, n'est pas l'activation physiologique réelle, mais bien les sensations corporelles perçues et leur attribution à une cause émotionnelle.

Il faut noter que tant l'effet de transfert de l'activation que l'effet Valins, ne concernent que l'intensité de l'émotion. En aucun cas, la nature de l'émotion (le fait qu'il s'agisse plutôt de peur, de colère ou de dégoût) n'est influencée par ces phénomènes d'interprétations des sensations corporelles. Hors, beaucoup de psychologues et de psychothérapeutes croient à la très populaire théorie de Schachter (1964) selon laquelle un même état d'activation pourrait être interprété comme une émotion X (par exemple la colère) ou Y (par exemple, la peur) en fonction de l'interprétation qu'en ferait l'individu. Ce n'est pas le cas du tout. Il faut noter que la théorie de Schachter n'est absolument pas confirmée par les recherches empiriques, y compris les recherches de Schachter lui-même (Reisenzein, 1983). De plus, malgré beaucoup d'efforts de recherche, ni notre laboratoire, ni aucun autre laboratoire avec lequel nous avons été en contact, n'a pu mettre en évidence le moindre effet montrant une influence de l'interprétation de l'état d'activation sur la *nature* de l'émotion. Les influences des sensations corporelles sur le vécu de l'émotion concernent donc uniquement l'*intensité* de l'émotion.

Les réponses cognitives

Une série de modes cognitifs sont automatiquement enclenchés par l'émotion. Ces modes concernent principalement la manière dont les ressources attentionnelles sont allouées

et la facilitation d'accès en mémoire facilité pour certaines informations. Ces points feront l'objet d'un développement théorique approfondi dans le chapitre suivant. Mais nous allons déjà présenter ici les données de recherches de base.

Les changements attentionnels

L'émotion induit des changements attentionnels immédiats et automatiques (Lundqvist & Ohman, 2005). De manière générale, l'attention se focalise automatiquement sur les éléments centraux à l'émotion, principalement lors des émotions négatives. Par exemple, dans une situation de danger, l'attention se centre automatiquement sur tous les indices de danger potentiel—si je crains les serpents dans un sous-bois, tout objet long et sinueux attirera automatiquement mon attention. Certains indices émotionnels semblent particulièrement efficaces pour attirer l'attention. Par exemple, certaines expressions faciales émotionnelles, comme celles de colère, constituent un signal inné extrêmement fort (Öhman, 1999). Dans une foule de visages neutres ou exprimant des émotions positives, elles sont particulièrement saillantes et attirent automatiquement l'attention (Hansen & Hansen, 1988).

Depuis quelques années, les interactions entre attention et émotion sont également bien documentées au niveau neurologique. L'amygdale, mais aussi les lobes frontaux, jouent un rôle particulièrement important à cet égard (Compton, 2003). Ces recherches ont clairement mis en évidence des influences multiples de l'émotion sur les processus attentionnels. Certaines propriétés des stimuli ont le pouvoir de recruter directement les ressources attentionnelles (processus *bottom-up*). L'amygdale intervient notamment dans ces processus. D'autre part, les représentations émotionnelles et motivationnelles dirigent également automatiquement l'attention vers les stimuli qui leur sont pertinents (processus *top-down*). Les zones frontales et préfrontales joueraient un rôle central dans ces derniers processus.

Au niveau clinique, ces biais attentionnels ont fait l'objet d'un intense travail de recherche expérimentale dans le domaine de l'anxiété (Douilliez & Philippot, 2006 ; Mogg & Bradley, 2004). Ces recherches ont montré des différences dans l'allocation des ressources attentionnelles entre populations anxieuses et non anxieuses. Une de nos recherches illustre de manière prototypique ces différences (Mogg, Philippot & Bradley, 2004). Cette recherche a examiné les différences attentionnelles pour des stimuli sociaux, entre des personnes souffrant de phobie sociale et des personnes saines en utilisant le paradigme d'attention visuelle de Posner (Posner, Snyder & Davidson, 1980 ; « Dot Probe Paradigm », paradigme d'amorçage de point). Ce paradigme se base sur un paradigme de la psychologie cognitive

selon lequel l'attention spatiale peut être évaluée à partir de la vitesse de réactions à des signaux visuels (Posner, Snyder & Davidson, 1980), c'est-à-dire que les individus ont tendance à répondre plus rapidement à un indice qui est présenté dans une région du champ visuel à laquelle ils sont attentifs. Dans cette expérience, des paires de visages ont été présentées à l'écran, l'une à côté de l'autre. Dans les essais critiques, un visage est émotionnel et l'autre neutre. Chaque paire est présentée durant un certain laps de temps (soit 500 ms, pour les biais préattentionnels ou 1250 ms pour les biais attentionnels). Quand la paire disparaît, une flèche apparaît dans la position occupée précédemment par l'un des deux visages. Le sujet doit répondre le plus rapidement possible à l'indice. Une diminution du temps de latence lorsque l'indice occupe la place précédemment occupée par un visage émotionnel révèle un biais attentionnel en faveur de celui-ci.

En utilisant ce paradigme, il a été possible de déterminer quand les participants fixaient le visage menaçant préférentiellement au visage neutre. Il a été observé qu'au tout début du traitement de l'information (500 ms.), les individus sains ne présentaient pas de biais particulier, mais que lors du traitement ultérieur (1250 ms), plus approfondi, ils se concentraient préférentiellement sur les visages menaçants. Cette attitude est fonctionnelle : si quelqu'un exprime de la colère à mon égard, j'ai intérêt à bien comprendre ce qui se passe et à concentrer mes ressources attentionnelles sur cette menace. Le pattern attentionnel est très différent chez les anxieux sociaux. Ils montrent en effet un biais automatique vers les visages menaçants dès les premières étapes du traitement de l'information (500 ms). Ce biais traduit leur hypervigilance pour toute menace sociale. Cependant, ce biais disparaît lors des étapes ultérieures, plus approfondies, du traitement. Ainsi que suggéré par d'autres recherches (Hermans, Vansteenwegen & Eelen, 1999), il semble que les anxieux fassent des allers-retours perpétuels entre le stimulus anxiogène et des distracteurs. Dans le cas présent, leur attention serait automatiquement happée par le visage menaçant, ce qui générerait beaucoup d'anxiété chez eux. Ils tenteraient donc d'éviter de regarder ce visage, mais leur attention serait automatiquement recapturée par celui-ci. Cette alternance rapide d'engagement – désengagement attentionnel rendrait impossible tout traitement approfondi de l'information et tout habitude à la menace sociale. Cette attitude est dysfonctionnelle et maintient le trouble anxieux : les phobiques sociaux, par manque de focalisation suffisante, sont incapables d'analyser correctement la situation et d'y répondre de manière appropriée.

Sur base de ces données de recherche, une nouvelle forme d'intervention psychologique a été proposée pour les troubles de l'anxiété : la thérapie par re-entraînement de l'attention

(*Attention Retraining Therapy* ; Yiend & MacKintosh, 2004). Il s'agit d'entraîner les phobiques à centrer leur attention sur les éléments fonctionnellement pertinents d'une situation et de se désengager de l'oscillation entre focalisation sur le danger versus évitement.

Les biais de mémoire

Les biais attentionnels induits par l'émotion ne sont pas sans conséquence pour la mémoire des événements émotionnels. Il est évident qu'on ne peut stocker en mémoire que les informations qu'on a enregistrées et auxquelles on a prêté une certaine attention. Christianson (Christianson & Safer, 1996) a ainsi observé différents biais de mémoire induit par l'émotion. Dans une série d'études, il a notamment remarqué que la mémoire des participants était bien meilleure pour les éléments centraux d'une scène émotionnelle que pour les éléments périphériques. Ainsi, lors de l'observation d'une scène d'accrochage d'un cycliste par une voiture, les éléments centraux de la scène (par exemple, les détails du vélo ou de la voiture) sont mieux retenus que les éléments périphériques (par exemple, la présence de témoins ou l'aspect de la rue où s'est déroulé l'accident). Pour expliquer ces biais, Christianson (1992) a proposé l'hypothèse de focalisation de l'attention (*attentional narrowing*) : l'attention serait préférentiellement allouée aux éléments émotionnels de la situation au détriment des autres (voir le paragraphe précédent). Ce biais attentionnel générerait subséquemment un biais de mémoire. Ces biais de mémoire émotionnelle ont bien entendu des conséquences importantes pour la fiabilité des témoignages relatifs à des événements émotionnels (Christianson, 1992).

D'autres biais de mémoire, imputables à l'émotion, ont également été mis en évidence (pour une recension, voir Philippot & Schaefer (2001). Les plus connus sont certainement les phénomènes de mémoire congruente à l'humeur (*mood-congruent memory*) et de mémoire dépendante de l'humeur (*mood-dependent memory*) (Bower & Cohen, 1982). Le concept de mémoire congruente à l'humeur réfère au fait qu'un élément est d'autant plus facilement encodé en mémoire que la coloration émotionnelle de celui-ci est congruente avec l'humeur du moment. Par exemple, je vais encoder, et donc mieux retenir, des informations tristes et négatives quand je suis déprimé (e.g., la météo était tellement mauvaise lors de ce WE du 15 août quand j'ai fait du camping dans les Vosges) et négliger, et donc ne pas pouvoir me rappeler, des éléments positifs (e.g., Chloé était tellement attentionnée avec moi durant ce WE). Le concept de mémoire dépendante de l'humeur réfère au fait qu'une information encodée dans un certain état d'humeur sera mieux rappelée si la personne est dans le même état d'humeur au moment du rappel. Ainsi, quand je suis en colère, je vais mieux me rappeler de tout ce que j'ai mémorisé dans des situations de colère. Il faut noter cependant que ces

effets ne sont pas toujours observés au niveau empirique (Kenealy, 1997 ; Wetzler, 1985), et que l'effet de mémoire congruente à l'humeur semble plus robuste que celui de mémoire dépendante de l'humeur (Ucross, 1989).

Un autre phénomène de la mémoire émotionnelle qui a retenu l'attention des chercheurs est celui de la « mémoire flash » (*flash bulb memory* ; Brown & Kulik, 1977). Ce phénomène consiste dans le fait que dans certaines situations émotionnelles, et plus précisément dans celles où nous apprenons une nouvelle fortement émotionnelle, nous retiendrions tous les éléments de la situation—un peu comme si nous prenions une photographie avec un flash de cet instant qui serait imprimé définitivement en mémoire avec tous ses détails. Par exemple, certains d'entre nous se souviennent très bien quand, où, et dans quelles circonstances ils ont appris la mort accidentelle de Lady Diana. Si c'est le cas pour vous, vous pouvez considérer que vous avez une mémoire flash pour cet événement. Les recherches ultérieures ont mis en évidence que malgré l'impression de réalisme extrême pour le sujet, les mémoires flash sont loin d'être fiables (Finkenauer et al., 1998). Il s'agit en fait de reconstructions fortement dépendantes des mécanismes sociaux et mentaux de ressassement de l'événement.

Au niveau clinique, l'étude des biais cognitifs de la mémoire émotionnelle a servi de fondement et de justification aux interventions basées sur la restructuration cognitive (Beck & Clark, 1997). En effet, le but premier de ces interventions est de corriger les biais de jugement du client sur sa situation. Par exemple, la personne peut se dire « j'ai toujours échoué. Le fait que mon patron ne m'ait pas confié ce projet important est la preuve qu'il ne m'apprécie pas et que ma vie est un échec ». Ce genre de jugement est en partie fondé sur une mémoire émotionnelle biaisée : le client ici fait abstraction des souvenirs de succès qu'il a connus, notamment sur le plan professionnel. Le thérapeute va donc œuvrer à rétablir une base de données en mémoire plus objective, qui tienne aussi compte des souvenirs d'événements positifs. Différents exercices, notamment d'auto-observation des expériences positives, peuvent être prescrits et œuvrer ainsi au rétablissement d'une mémoire objective. Certaines critiques ont cependant été émises, notamment en ce qui concerne les liens entre la nature des interventions en thérapie cognitive classique et les données exactes de la recherche dans ce domaine (Teasdale, 1996). Ce point sera pleinement développé dans le chapitre suivant.

En résumé, il est clair que les émotions influencent la mémoire de multiples manières. Beaucoup de ces influences résultent du fait que l'émotion dirige automatiquement l'attention

vers les informations qui lui sont pertinentes. Ces informations sont donc traitées plus en profondeur et mieux mémorisées. Une bonne compréhension des phénomènes cognitifs lors des émotions implique donc de considérer les interactions entre attention et mémoire (Lane et al., 1998). Les implications pour les interventions sur et par les émotions sont potentiellement nombreuses. La recherche, notamment en psychopathologie cognitive, se développe en ce sens (Philippot & Hermans, 2006). Ces points seront développés dans les chapitres suivants.

Le sentiment subjectif

La dernière facette à aborder est celle de l'aspect phénoménologique de l'émotion : le sentiment émotionnel. Il s'agit du fait que lorsque nous vivons une émotion, nous nous sentons dans un état différent, notre univers subjectif est coloré par l'émotion. Dans nos expériences quotidiennes de l'émotion, cet élément est certainement central. Il reste cependant difficile à appréhender pour la recherche empirique, car son observation passe principalement par le langage qui réduit le phénomène à ses possibilités sémantiques.

D'un point de vue théorique, la littérature recèle deux positions quant au sentiment subjectif émotionnel. La première pose que le sentiment émotionnel est une facette de la réponse émotionnelle. Par exemple, Ekman (1984), dans sa théorie neuro-culturelle des émotions, postule l'existence de programmes émotionnels innés qui, une fois activés, engendrerait trois types de réponses : des réponses expressives (expressions faciales), physiologiques, et subjectives. Les réponses subjectives ne seraient ni plus ni moins que le sentiment émotionnel. Cette perspective innéiste a mis l'accent sur le fait que certaines régions cérébrales seraient responsables du sentiment subjectif.

La deuxième position théorique est que le sentiment subjectif émotionnel résulte d'une perception par l'individu, des modifications de son état dues à l'émotion. En d'autres mots, le sentiment subjectif émotionnel résulterait de la perception des réponses émotionnelles sous leurs différentes facettes expressives, posturales, physiologiques et cognitives (Laird, 1989 ; Laird & Bresler, 1992), ou de la perception de l'état de préparation aux tendances à l'action (Frijda, 1989), ou de son état corporel général (Damasio, 1994). Cette position théorique, qui remonte à William James (1884) est actuellement mieux soutenue par les données de la recherche que la position innéiste. Elle suscite aussi un plus grand consensus parmi les chercheurs et ses implications cliniques sont plus intéressantes. Nous allons donc l'examiner plus en détail.

Dans cette perspective théorique, Richard Lane (2000) a développé un modèle qui propose différents niveaux de prise de conscience émotionnelle, et donc des sentiments

émotionnels subjectifs de différentes natures. Ces niveaux de conscience émotionnelle varient en terme de complexité cognitive, mais aussi de qualité de conscience. D'un point de vue développemental, ces niveaux de conscience partagent les caractéristiques structurelles des stades du développement cognitif tels que conçus par Piaget. Le premier niveau concerne la conscience des sensations corporelles suscitées par l'émotion. L'individu peut ressentir, par exemple, une tension musculaire ou une oppression dans la poitrine. Le deuxième niveau consiste en la conscience de la tendance à l'action activée. L'individu peut avoir une conscience, même diffuse et non pleinement identifiée, qu'il veut fuir, s'éloigner, ou au contraire se rapprocher. Ces deux premiers niveaux peuvent être activés à un niveau sous-cortical et ne générer dans ce cas aucune prise de conscience explicite par le sujet. Ils colorent alors son univers phénoménal, sans être consciemment identifiés. Ces deux niveaux peuvent également faire l'objet d'une identification consciente. Il s'agit alors d'une forme de conscience primaire ou directe, dite expérience phénoménale : l'individu ressent directement et consciemment la manière dont son être est affecté par l'émotion. Les zones du cortex dorsal cingulaire antérieur seraient impliquées dans cette forme de conscience.

Le troisième niveau concerne l'identification consciente d'une émotion. L'individu prend conscience qu'il est en colère ou qu'il est triste. Le quatrième niveau implique la prise de conscience d'états émotionnels mixtes où plusieurs émotions sont mélangées. Par exemple, on peut ressentir un mélange de tristesse et de colère suite à une expérience de trahison par un ami ou un sentiment mixte de peur et de colère suite à une injustice infligée par son patron. Enfin, le dernier niveau concernerait la capacité d'apprécier toute la complexité émotionnelle chez soi et chez autrui. Ces trois derniers niveaux impliquent une conscience réflexive : une conscience secondaire qui s'exerce sur les contenus de la conscience phénoménale. Il s'agit donc d'une méta-conscience. Les zones du cortex rostral cingulaire antérieur seraient impliquées dans cette forme de conscience. Ces différentes formes de sentiments émotionnels ont été opérationnalisées dans un questionnaire, le LEAS (*Level of Emotional Awareness Scale* ; Lane, Quinlan, Schwartz, Walker & Zeitlin, 1990). Ce questionnaire, utile en clinique, permet d'identifier les niveaux de conscience auxquels le sujet vit habituellement ses émotions.

La notion de prise de conscience émotionnelle est évidemment fondamentale dans tous processus psychothérapeutiques s'adressant aux émotions (Greenberg, 2002). A ce titre, la notion de différents niveaux de conscience dans le sentiment émotionnel offre un outil intéressant pour le clinicien. Du fait qu'il s'agit d'un modèle de stades développementaux, les

cinq niveaux proposés par Lane (2000) permettent non seulement de mieux définir les capacités d'introspection émotionnelle d'un client, mais aussi, de suggérer des pistes d'intervention, ou à tout le moins des buts d'intervention, pour développer les capacités introspectives d'un client.

Une notion particulièrement importante dans un contexte clinique est celle de conscience primaire, phénoménale ou encore directe, par comparaison à la conscience secondaire, méta-cognitive, ou encore réflexive. La première recouvre en partie les deux premiers niveaux de la classification de Lane, la seconde, les suivants. Ces notions seront développées dans le chapitre 2 et leurs implications et applications psychothérapeutiques seront présentées dans le chapitre 5.

En conclusion, on ne peut pas vraiment parler de « sentiment émotionnel » comme un processus ou un concept unitaire. Cette notion recouvre différents phénomènes subjectifs, sous-tendus par différents processus psychologiques. Le sentiment émotionnel est intimement lié à la conscience que nous avons de nos émotions. Aussi, se décline-t-il avec les différentes formes de conscience dont notre esprit est capable.

LES LIENS ENTRE LES PHÉNOMÈNES CONSTITUTIFS DE L'ÉMOTION

Un aspect captivant des émotions est qu'elles constituent des systèmes complexes où différents processus agissent et rétro-agissent les uns sur les autres. Nos états physiques influencent nos états psychiques et inversement. Les émotions constituent le domaine par excellence où la dichotomie corps / esprit doit être abolie si on veut arriver à une compréhension du phénomène. L'effet de transfert de l'activation et l'effet Valins relatés supra ont déjà montré les liens qui existaient dans les émotions entre la composante physiologique et la composante subjective.

Dans les paragraphes précédents, nous avons présenté séparément les différentes composantes des processus émotionnels et les différentes facettes des réponses qu'ils génèrent. Cependant, les phénomènes émotionnels ne peuvent être compris que si on tient compte du fait que ces facettes sont sans cesse en interaction. Dans cette dernière section du premier chapitre, nous allons relater les phénomènes d'interaction au sein des processus émotionnels. La recherche a livré dans ce domaine des données particulièrement solides et intéressantes.

Les phénomènes de rétroaction

Un des phénomènes les plus étudiés dans ce domaine est celui de la « rétro-action faciale » (*facial feedback*). Il s'agit du fait que l'expression faciale d'une émotion génère automatiquement le sentiment émotionnel correspondant. Ainsi, par exemple, le froncement des sourcils, un des éléments-clé de la colère, engendrerait un sentiment de colère. Ou encore, l'activation du zygomatique—le muscle responsable du sourire—génère un état émotionnel positif.

Une des démonstrations expérimentales les plus astucieuses de ce phénomène a été effectuée par Strack, Martin et Stepper (1988). Ils ont prétendu à leurs participants (des étudiants en psychologie) qu'ils prétestaient un questionnaire de qualité de vie pour des personnes handicapées motrices qui n'avaient plus l'usage des mains. Pour se mettre dans les mêmes conditions que cette population, les participants étaient invités à répondre au questionnaire en tenant le crayon avec la bouche. C'est à ce niveau que les chercheurs opérèrent leur manipulation expérimentale : à la moitié des participants, ils dirent que le crayon devait être tenu avec les dents, sans le toucher avec les lèvres—ce mouvement active le zygomatique, muscle du sourire, à l'autre moitié, ils dirent que le crayon devait être tenu avec les lèvres, sans le toucher avec les dents—ce mouvement inhibe le zygomatique (essayez devant un miroir, l'effet est immédiatement observable). Dans le questionnaire, étaient insérés des dessins humoristiques, prétendument pour détendre les sujets pendant la réponse au questionnaire. Les participants furent invités à indiquer à quel point ils étaient amusés par chacun des dessins pour prétendument permettre aux auteurs de choisir les meilleurs pour la version finale du questionnaire. Strack et ses collaborateurs ont observé comme ils l'avaient prédit que les participants dans la condition d'activation du zygomatique (tenir le crayon avec les dents) rapportaient en moyenne plus d'amusement face aux dessins humoristiques que ceux de la condition d'inhibition du zygomatique (tenir le crayon avec les lèvres). L'élégance de cette démonstration tient, d'une part, en sa simplicité, d'autre part, dans le fait que les participants n'avaient absolument pas conscience que leur expression faciale était manipulée.

Des dizaines de recherches ont étudié la rétroaction faciale (Manstead, 1988). Une méta-analyse (Matsumoto, 1987) a établi qu'il s'agissait d'un phénomène stable et qui expliquait une part modérée de la variance de l'état subjectif (13%). En d'autres termes, les expressions faciales influencent de manière fiable l'état subjectif, mais dans une mesure modeste. Il faut cependant noter que les expressions faciales ne sont qu'une des facettes des réponses émotionnelles pouvant rétro-agir sur le sentiment subjectif. On peut faire

l'hypothèse que les autres réponses ont une influence semblable voir plus importante. C'est ce qu'ont démontré différentes recherches.

La posture a fait l'objet de recherches dans différents laboratoires, et chaque fois des effets de rétro-action semblables à ceux de l'expression faciale ont été constatés (e.g. Duclos et al., 1989 ; Laird & Bresler, 1992). A nouveau l'équipe de Fritz Strack a produit une démonstration particulièrement élégante du phénomène. Ces auteurs (Stepper & Strack, 1993) ont demandé à des participants de remplir un questionnaire de satisfaction par rapport à leur vie actuelle. La moitié des participants a répondu au questionnaire sur une table de salon assez basse, ce qui les forçait à adopter une posture recroquevillée sur eux-même, typique de la tristesse et de la dépression. L'autre moitié a répondu sur un lutrin assez haut, ce qui les amenait à se tenir très droits, une posture typique de la fierté et des émotions positives. Comme prédit par les auteurs, les participants à posture basse ont rapporté une satisfaction de vie moindre que ceux à posture haute. Dans d'autres recherches, Strack et ses collaborateurs ont montré que c'était bien l'état émotionnel induit par la posture qui biaisait le jugement de satisfaction vie (Schwarz & Strack, 1989).

Dans notre laboratoire, nous avons étudié la rétroaction d'une facette physiologique de l'émotion : la respiration. Dans différentes recherches des participants ont été amenés à adopter certains patterns respiratoires qui, à leur insu, correspondaient à des émotions spécifiques (e.g. Philippot, Chapelle & Blairy, 2002). Ces dernières étaient mesurées de manière non-obstrusive, de sorte que les participants ne se doutent pas que l'expérience concernait leur état émotionnel. Dans chacune de ces expériences, la respiration a fortement influencé l'état subjectif. En moyenne, la part de variance expliquée par les manipulations de la respiration est de 40%, ce qui représente un effet particulièrement important, et clairement plus important que celui de la rétroaction faciale. Une recherche a spécifiquement comparé les effets des rétroactions faciale et respiratoire (Bourgeois et al., 1995) et a conclu que, bien que les expressions faciales aient un impact significatif sur le sentiment subjectif, l'impact de la respiration est plus important encore. Ce lien entre respiration et sentiment subjectif est à mettre en relation avec le phénomène d'hyperventilation dans l'attaque de panique, tel que décrit dans un paragraphe précédent.

Enfin, certaines recherches de Levenson, Ekman et leurs collaborateurs ont également montré des liens entre expressions faciales et changements physiologiques (e.g. Ekman, Levenson & Friesen, 1983, Levenson, Ekman & Friesen, 1990). Plus spécifiquement, ces auteurs ont démontré que poser certaines expressions faciales induisaient non seulement un état subjectif correspondant (rétroaction faciale subjective) mais également des profils

physiologiques différenciés entre émotions (rétroaction faciale physiologique). Ces derniers résultats ont cependant fait l'objet de critiques méthodologiques (Boiten, 1996).

En résumé, la recherche a clairement démontré que les réponses émotionnelles exerçaient une influence, parfois importante, sur la *nature* de sentiment émotionnel. A cela il convient d'ajouter les phénomènes présentés dans le paragraphe sur les sensations corporelles, où on a montré que la perception de l'intensité de l'activation physiologique était un déterminant important de l'évaluation de l'*intensité* du sentiment émotionnel. Il convient cependant de noter que, si ces phénomènes de rétroaction sont solidement établis sur le plan empirique, les processus qui les sous-tendent sont mal connus.

Les explications théoriques des phénomènes de rétroaction

Dans sa théorie neuro-culturelle, Ekman (1984) avait postulé l'existence d'une rétroaction nerveuse, les nerfs sensoriels du visage rétroagissant directement sur la zone du cerveau contenant les programmes affectifs innés. Les données récentes des neurosciences affectives infirment cette conception : il est maintenant certain qu'il n'existe pas une zone unique du cerveau qui serait dédiée à des programmes affectifs innés. Cependant, une autre version de cette idée est reprise dans la théorie des marqueurs somatiques de Damasio (1994). Dans cette conception, la mémoire des états corporels émotionnels, stockée dans le cerveau, peut agir directement sur le sentiment subjectif émotionnel (voir aussi Bechara & Naqvi, 2004).

Une perspective théorique alternative s'appuie sur la théorie de l'auto-perception de Bem (1972). En résumé, cette théorie postule que nous percevons nos états internes (comme nos émotions et nos attitudes) non par une introspection directe, mais par un processus plus social. En fait, nous nous représentons la manière dont autrui nous percevrait et les états qu'il nous attribuerait pour déterminer ce que nous pensons (attitude) et ressentons (émotions). Cette théorie a été appliquée au phénomène de rétroaction faciale (Laird & Bresler, 1992). Cette perspective théorique a donné lieu à une application clinique intéressante et intrigante. Des chercheuses japonaises ont proposé à des patientes internées pour dépression profonde des ateliers de maquillage. A certaines patientes (et à leur insu), elles ont appris à se maquiller de manière à mettre en évidence les traits du visage présents dans le sourire. A d'autres, elles ont appris à mettre en évidence des traits de visages plus impliqués dans l'expression de tristesse, notamment en obscurcissant les yeux. Elles ont ensuite mesuré l'état d'humeur des patientes dans les jours et semaines suivantes et ont constaté une humeur plus positive chez celles dont le maquillage mettait en évidence les expressions faciales positives.

Ce qui est particulièrement intéressant dans ces données est le fait qu'on peut exclure une médiation de l'effet par voie nerveuse—ce n'est pas la musculature du visage qui a été manipulée, mais seulement l'apparence du visage via le maquillage. Ces données offrent donc un soutien clair à la théorie de l'autoperception. Notons aussi qu'il s'agit d'une application clinique simple et efficace du phénomène de rétroaction faciale, notamment avec des populations aussi apathiques que les déprimés profonds.

Les applications cliniques des phénomènes de rétroaction

Les applications cliniques des effets de rétroactions corporelles sont évidentes. Certaines facettes de la réponse émotionnelle peuvent être sous contrôle volontaire, par exemple, les expressions faciales, la posture, la respiration. Ces facettes peuvent donc être volontairement altérées de manière à moduler l'émotion. Les aspects de rétroactions faciale et posturale ont été (trop) peu exploités en clinique, bien que la notion de posture soit actuellement l'objet d'une attention particulière dans les approches thérapeutiques qui font appel à la méditation (par exemple, la thérapie par la pleine conscience, Philippot, 2006). On peut également faire le lien entre ces recherches et l'utilisation de la relaxation musculaire en psychothérapie (Van Rillaer, 1997). Par contre, la rétroaction respiratoire a été extrêmement utilisée en psychothérapie, par le biais de l'entraînement respiratoire (Garssen, de Ruiter & Van Dyck, 1992 ; Grossman & Wientjes, 1989). Ces deux interventions (relaxation et entraînement respiratoire) ont d'ailleurs montré une efficacité dans nombre de problèmes anxieux et psychosomatiques.

Cependant, il faut reconnaître que ces applications cliniques se sont faites indépendamment des recherches sur les émotions, et souvent en les ignorant même totalement. Pourtant, dans ce domaine, la pratique clinique bénéficierait grandement d'une référence à la recherche sur les émotions. En effet, ces pratiques cliniques (relaxation et entraînement respiratoire) font référence à seulement deux états : la détente/relaxation et le stress/tension. Or, les données qui ont été présentées tout au long de ce chapitre démontrent à souhait que nous ne réagissons pas de manière aussi simplistement dichotomique. Au contraire, notre bagage émotionnel nous permet des réponses beaucoup plus différenciées. Les interventions cliniques pourraient donc tirer avantage des connaissances bien différenciées accumulées par la recherche sur les émotions.

CONCLUSIONS

Au terme de ce premier chapitre, que pouvons-nous répondre à la question « qu'est-ce qu'une émotion ? ». De toute évidence, les phénomènes émotionnels recouvrent un ensemble impressionnant de processus. En fait, l'émotion mobilise la totalité de l'individu, sous toutes ses facettes, et ce pour l'aider à répondre au mieux aux défis posés par ses interactions avec l'environnement. L'émotion est un merveilleux héritage qui nous permet des réponses quasi-immédiates et hautement organisées dans toutes situations ayant une pertinence pour notre identité et les buts que nous poursuivons. Les émotions sont donc fondamentalement adaptatives.

Cette diversité des processus en jeu, et la diversité des configurations de leurs activations, rendent impossible la définition de l'émotion en termes de conditions nécessaires et suffisantes. Pour ce qui est d'identifier et de définir un phénomène émotionnel donné, on ne saurait trop conseiller de travailler au niveau des processus impliqués, en d'autres termes, définir et explorer les processus qui constituent le phénomène, plutôt que le phénomène lui-même. Ce conseil s'applique aussi bien au chercheur qu'au clinicien. Par exemple, je pense que la voie qui consiste à développer la capacité d'identifier les émotions avec l'étiquette langagière la plus correcte possible (par exemple, étiqueter précisément, la tristesse, la nostalgie, la dépression, etc...) n'est pas la plus féconde. Cette voie est notamment proposée par certains chercheurs et cliniciens travaillant en référence au concept d'alexithymie (désignant les personnes qui n'auraient pas le vocabulaire pour désigner leurs émotions ; Taylor & Bagby, 2004). Par contre, explorer et spécifier les processus en jeu dans un phénomène émotionnel me semble être une voie plus féconde, tant pour la recherche, que pour l'intervention thérapeutique.

En conclusion, l'émotion est un phénomène foncièrement adaptatif qui inclut de manière prototypique (a) le décodage de toute situation en terme de sa signification pour l'identité et les buts poursuivis par la personne, (b) l'organisation d'une réponse immédiate en mobilisant toutes les facettes nécessaires de l'individu et (c) un ensemble de réponses aux niveaux physiologiques, expressifs, comportementaux et cognitifs.