

# REVUE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE

---

REVUE TRIMESTRIELLE  
Immatriculée à la commission  
Paritaire des Papiers de Presse  
— sous le numéro 21 501 —

## **IMAGE DE SOI ET DÉFICIENCE MENTALE** **Perspective théorique et expérimentale**

par

A. VINTER, P. MOUNOUD, O. HUSAIN

Extrait du volume 33 - N° 1 - 1<sup>er</sup> trimestre 1983

EDITIONS  
du

CENTRE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE  
48, avenue Victor-Hugo, 75783 Paris Cédex 16

## **IMAGE DE SOI ET DÉFICIENCE MENTALE <sup>1</sup>** **Perspective théorique et expérimentale**

par

A. VINTER, P. MOUNOUD, O. HUSAIN<sup>2</sup>

*Mots clés :*

Image de soi  
Déficiência mentale

*Key words:*

Self-perception  
Deficiency

### SUMMARY

The authors reviewed some theoretical perspectives in the study of self-perception in mentally retarded adults and proposed one based on a cognitive framework. From an experimental point of view, they studied the accuracy and stability of self-image in 21 mental retarded adults and 24 non retarded adults by confronting them with a distorting mirror making their faces look either fatter or slimmer. The results show that mentally retarded adults distorted themselves more than adults of average intelligence. Both the precision and the stability of self-image in mentally retarded adults were correlated with I.Q. and subjects' degree of autonomy.

### I. — INTRODUCTION

Tous les auteurs qui se sont intéressés au problème de l'image de soi chez l'adulte, déficient ou non, ont insisté sur la multiplicité des concepts qui existent pour dénommer l'image de soi, ou des

1. Cette recherche a été réalisée grâce à l'appui du F.N.R.S., requête n° 1.950.0.79.

2. Université de Genève, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. Nous tenons tout particulièrement à remercier les docteurs MOURRA-SERRA et EISENRING ainsi que B. PASCHE, qui nous ont ouvert les portes du Centre de Diagnostic et de Soins de la Déficiência Mentale et aidé efficacement dans la conduite de la recherche.

dimensions de la personnalité qui lui sont proches, et sur le flou relatif qui marque les délimitations de ces différents concepts : image de soi, image du corps, schéma corporel, concept de soi, perception de soi, moi corporel, self, personation...

Il est tout de même possible, à partir de la littérature, de distinguer au moins trois perspectives d'étude de la connaissance de soi :

— Certains auteurs, qui, par ailleurs, utilisent de manière prépondérante le terme d'image de soi, se centrent sur les capacités d'autoévaluation de l'individu, abordées sous de multiples aspects. Ils s'intéressent, par exemple, au sentiment d'estime de soi, de valeur personnelle, de distance à l'idéal de soi, au Moi dit social, défini comme « la réputation, la reconnaissance, la considération qu'un individu obtient dans son milieu » (RODRIGUEZ TOMÉ, 1972), dans ses rapports avec le « moi propre ».

— D'autres auteurs se sont préoccupés du développement des capacités de reconnaissance de soi, aussi bien chez l'enfant normal que chez l'enfant et l'adulte handicapés.

— Une troisième perspective consiste à s'intéresser aux capacités d'estimations perceptives des individus des différentes dimensions ou parties de leur corps.

On pourrait mentionner encore une quatrième perspective d'étude de la connaissance de soi, celle qui pose surtout les problèmes de localisation du corps dans l'espace (latéralisation, orientation...). Nous ne prendrons pas en considération cette perspective dans cet article; elle justifierait largement à elle seule un examen particulier.

Pour certains auteurs, ces perspectives introduisent une hiérarchie entre plusieurs types de connaissances de soi, en particulier celle relative au Soi physique opposée à celle sous-jacente au Soi social et Soi personnel (ALLPORT, 1961; GORDON, 1968). La construction du Soi physique s'effectuerait au travers de perceptions, c'est-à-dire de rapports directs à la réalité constituée par le corps propre, tandis que l'élaboration du Soi personnel ou social exigerait des médiations par des représentations de soi — la première serait ainsi antérieure à la seconde. La problématique que nous adopterons ici conduit à s'opposer à ces auteurs; dans la mesure où nous rejeterons une distinction entre le perçu et le représenté fondée sur le caractère direct ou médiat de la relation qui unit le sujet à son corps propre, nous ne pensons pas que les préoccupations de l'enfant, en ce qui concerne le Soi, passent du Soi physique au Soi personnel ou social au cours du

développement. Chacun de ces aspects existent à tout âge et sont élaborés simultanément par l'enfant.

Une autre opposition, souvent formulée à l'égard de la connaissance de soi consiste à différencier une connaissance « Vécue » (particulièrement en vogue actuellement), d'une connaissance rationnelle. Le « vécu » serait une connaissance subjective, intime, référée aux codes interprétatifs propres au sujet, conçus comme indépendants, ou du moins distincts des codes objectifs structurant une connaissance « rationnelle ». Une telle distinction nous semble jusqu'à ce point intéressante, mais elle s'accompagne, chez la plupart des « défenseurs du vécu », d'idées critiquables : d'une part, qu'il suffit de demander à l'individu de parler de lui-même en prenant un point de vue intimiste pour atteindre son vécu, d'autre part qu'il y a une incompatibilité de nature entre le vécu et les codes intersubjectifs de pensée. De notre point de vue, deux dimensions sont importantes à considérer pour mettre en évidence le « vécu » : en premier lieu le degré d'élaboration des codes interprétatifs utilisés par le sujet : plus ce dernier prend conscience de ses caractéristiques propres, plus ses codes sont élaborés, moins il livre son vécu (ainsi, dans cette perspective, en aucune façon une rationalisation de soi-même n'entraîne une déformation ou non-authenticité de soi) ; en second lieu, la nature de la situation proposée au sujet pour étudier son vécu importe : seules des situations où le sujet peut recourir à un ensemble varié de modalités de codages de la situation, qu'elles soient sensorielles, perceptives ou conceptuelles, sont adéquates à la mise en évidence du vécu par opposition aux situations qui restreignent le sujet à utiliser une seule de ces modalités, comme celles basées sur des méthodes verbales.

Notre propre recherche s'inscrit dans la troisième perspective distinguée, bien que les questions principales qui structurent notre problématique d'approche de ce thème puissent être soulevées à partir de l'un ou l'autre de ces points de vue.

Ces questions sont les suivantes :

- Comment l'individu parvient-il à se connaître ou à se reconnaître ? Cette (re)connaissance est-elle susceptible de remise en question selon les situations (si le corps de l'individu lui apparaît déformé par exemple) ?
- L'image qu'un individu possède de lui est-elle précise ou au contraire entachée d'imprécision ? Précision et imprécision peuvent-elles simultanément se rattacher à des aspects différents de soi, peuvent-elles être affectées par des conditions externes d'environnement et/ou par les conditions internes, d'émotivité ou de développement ?

— Les mêmes questions que celles qui précèdent, peuvent être soulevées en ce qui concerne la stabilité de l'image qu'un individu possède de lui.

Ce foisonnement de concepts a comme corollaire, sinon comme cause, une diversité des approches et explications théoriques qui ont porté sur l'image de soi. Nous aborderons quelques-unes d'entre elles avant de passer en revue des travaux expérimentaux sur l'image de soi dans des populations pathologiques.

### 1.1. *Quelques approches théoriques de l'image de soi.*

#### 1.1.1. *Approches neurologique et neuropsychologique.*

Dans ces conceptions, on parlera plutôt en terme d'image du corps que d'image de soi. L'intérêt porté à l'image du corps a été suscité par la rencontre de divers syndromes directement relatifs à une perception erronée ou perturbée du corps propre. Les plus classiques de ces syndromes sont ceux du « membre fantôme », de GERSTMANN, d'autopagnosie, ou de prosoagnosie en ce qui concerne plus spécifiquement le visage.

PICK (1922), HEAD (1920) comme SCHILDER (1935) ont tenté de rendre compte de ces syndromes en faisant recours à l'existence d'une image, appelée « image spatiale du corps » (PICK), « modèle du corps » (HEAD) ou « schéma corporel » (SCHILDER), c'est-à-dire, à l'existence d'une représentation corticale du corps, qui aurait subi des dommages d'origines diverses. Mais ces auteurs s'opposent quant aux composantes constitutives de cette représentation. Pour PICK, l'individu élaborerait une image spatiale de son corps à partir des informations visuelles et cutanées. Image spatiale car seraient surtout codés les aspects d'organisation et d'orientation des segments corporels ou parties du corps. Pour HEAD, par contre, les informations proprioceptives résultantes de l'activité cinétique auraient un rôle prédominant dans la construction du modèle du corps. Celui-ci jouerait le rôle d'un cadre de référence par rapport auquel tout mouvement, déplacement (ou posture) serait évalué. Pour SCHILDER enfin, le mouvement serait indispensable à la structuration du schéma corporel.

PAILLARD (1980), a récemment précisé cette opposition en proposant de distinguer la problématique de l'identification du corps de celle de la localisation du corps. Si ces problématiques peuvent, à certains niveaux (celui de la pathologie entre autres) se différencier, nous ne pensons par contre pas qu'elles puissent l'être dans la perspective de la construction du schéma corporel.

L'opposition entre une conception statique et une conception dynamique de la construction du schéma corporel, nous paraît en effet mal fondée. De notre point de vue, toutes les informations sensorielles, visuelles comme proprioceptives, interviennent dans l'élaboration d'une image du corps, quoiqu'aucune n'ait un statut de nécessité au sens fort. Quelle que soit leur nature, ces informations doivent subir un codage de la part du sujet, pour devenir significatives d'une partie du corps, d'un mouvement... Dans cette perspective, c'est la nature du codage qu'utilise le sujet qui définira le type de schéma corporel ou d'image du corps qu'il élaborera plutôt que la nature des informations sensorielles. Par exemple, le modèle du corps à la PICK, présuppose une représentation des segments corporels et parties du corps ainsi que de leurs relations. L'enfant, au cours de son développement, l'individu, selon les situations, peut n'effectuer qu'un codage partiel des éléments du corps et par exemple, ne pas parvenir à coordonner l'ouverture de la main avec la projection de l'avant-bras comme le montre une étape du développement de la conduite de préhension; l'enfant peut posséder une représentation des segments corporels mais ne pas réussir à maîtriser leurs relations, comme le montrent certaines étapes du développement du dessin du corps de l'enfant.

Le caractère partiel ou total des codages que réalise l'individu des éléments du corps nous paraît essentiel pour comprendre la nature de l'image qu'il élabore. Par ailleurs, cette image sera d'autant plus stable et bien définie que les codages seront totaux, c'est-à-dire prendront en considération l'ensemble des éléments du corps et de leurs relations.

#### 1.1.2. *Approches psychiatrique et psychanalytique.*

Dans le cadre de ces approches, la position freudienne constitue une référence de base pour expliquer la constitution de l'égo : le bébé apprendrait à se différencier de son environnement, de sa mère en particulier, en intégrant et utilisant les sensations corporelles qui lui parviennent. Celles auxquelles il peut se soustraire seront constitutives du monde extérieur, celles auxquelles il est irrémédiablement soumis seront référées à un monde interne en construction (FREUD, 1949).

Selon NASCHT (1952), dès l'âge de 6 mois, le bébé aurait constitué une image du corps comme unité, âge qui correspond par ailleurs à l'établissement de la position dépressive pour KLEIN. Durant cette période, il existerait du point de vue du bébé, des objets appréhendés comme tels, en tant que totalités,

Dans la perspective kleinienne, on peut supposer que l'enfant élabore, tout d'abord, des représentations partielles de son propre corps, de lui-même, de la même façon dont, pendant la position schizoparanoïde, les objets avec lesquels il interagit sont investis comme des objets partiels. KLEIN (1966), affirme que, au gré des vicissitudes de son histoire, l'adulte peut être amené à (re)vivre l'une ou l'autre de ces positions. Nous pouvons nous demander alors s'il existe des conditions nécessaires d'existence qui impliquent le passage de l'une de ces positions à l'autre, afin de pouvoir mettre en évidence, chez l'adulte, pathologique ou non, des représentations partielles ou totales de lui-même.

A partir de la perspective de SPITZ (1957) également, pourrait être décrite la constitution d'une image du corps comme résultant du passage de représentations partielles à des représentations totales dans la mesure où, bien entendu, le postulat d'une interdépendance entre connaissance de soi et connaissance d'autrui est admis, comme il l'est en général dans la perspective psychanalytique (soulignons l'analogie non fortuite entre ce langage et celui utilisé antérieurement pour commenter la notion d'image du corps dans la perspective neurologique). En effet, le stade de l'objet précurseur correspond bien à une étape où le bébé a construit des représentations partielles des autres (et donc de lui-même); les dimensions du visage, constitutives de la Gestalt à laquelle il répond par le sourire, définissent des dimensions signifiantes d'un objet partiellement objectivé, c'est-à-dire partiellement détaché de lui-même. Le stade objectal, quant à lui, témoigne de l'existence d'objets ayant un statut de totaux du point de vue du bébé, qui parvient alors à différencier ses partenaires, à se différencier d'eux.

En ce qui concerne la pathologie, la théorie de la sexualité de FREUD (1962), avec ses concepts et processus explicatifs (de régression, fixation et transposition de la libido), est largement utilisée pour rendre compte des syndromes psychiatriques (pertes des limites corporelles, sentiment de désintégration corporelle, de dépersonnalisation, troubles relatifs à l'identité sexuelle...), SCHILDER a essayé d'expliquer les symptômes corporels de l'hystérie en proposant de considérer qu'à la partie du corps concernée est attribuée une signification relative au désir que tente d'exprimer le patient. Il insiste par ailleurs sur les forces libidinales comme constitutives du schéma corporel.

A la suite de SCHILDER qui suggère de concevoir que la pathologie corporelle propre aux schizophrènes est la conséquence de relations objectales pauvres (insistant par là sur l'importance de l'autre dans la constitution de l'individu), un certain nombre d'au-

teurs se sont livrés à des travaux sur des populations de schizophrènes. FISCHER et CLEVELAND (1956) ont travaillé sur la notion de limite corporelle chez le schizophrène, mais aussi chez l'adulte tout venant ou présentant d'autres pathologies, en essayant de mesurer le degré de conscience de cette limite corporelle (« the Barrier Score »). La frontière de l'image du corps jouerait un rôle régulateur dans les relations qu'entretient l'individu avec l'extérieur dans le sens d'une plus ou moins grande sécurité et stabilité.

### 1.1.3. Approche développementale.

Dans cette perspective, le problème de l'acquisition des capacités de reconnaissance par l'enfant a été principalement pris en considération.

La plupart des auteurs (ZAZZO, 1973, 1981; AMSTERDAM, 1972; DIXON, 1957; LEWIS et BROOKS-GUNN, 1979), ont traduit le problème de l'évolution de l'image de soi chez l'enfant en terme de date d'apparition d'un âge de la reconnaissance de soi. Ils ont ainsi cherché à délimiter un âge à partir duquel l'enfant deviendrait capable de reconnaître son image.

C'est la perspective qu'a tout d'abord empruntée ZAZZO en étudiant l'évolution des réactions de l'enfant face à son image spéculaire, mais qu'il a ensuite quelque peu nuancée lorsqu'il a étudié les réactions présentées par l'enfant plus âgé face à son image télévisuelle, lequel dans certaines situations, témoigne de difficultés à s'identifier. D'un point de vue théorique, ZAZZO adopte la position de WALLON (1954) selon laquelle la mise en relation entre une image visuelle du corps et une image kinesthétique est essentielle à la reconnaissance de soi. Cette mise en relation pré-supposant des capacités de représentation, qui, selon WALLON, apparaissent seulement au cours de la troisième année de vie, ZAZZO a défendu l'âge de 27 mois comme âge véritable de la reconnaissance de soi.

Le contexte théorique dans lequel se situent nos propres recherches est en opposition avec la démarche empruntée par ces auteurs (MOUNOUD et GUYON-VINTER, 1979; MOUNOUD et VINTER, 1981). Nous essayons plutôt de montrer comment le développement de l'image de soi met en évidence le passage d'une forme de reconnaissance à une autre. Ainsi, à tout niveau du développement, l'enfant est capable de reconnaissance (de la façon dont, à tout niveau du développement, il est possible de mettre en évidence des modes de discrimination des partenaires par le bébé (WIDMER-ROBERT-TISSOT, 1981). Nous avons de plus tenté de mon-

trer que, chez l'enfant de 3 à 14 ans, ces formes de reconnaissance peuvent se distinguer en terme de précision, de schématisation ou de stabilité. C'est aussi la perspective que nous proposons d'emprunter pour l'étude de l'image de soi dans une population de déficients mentaux.

LEWIS et BROOKS-GUNN (1979), ont mis en évidence des décalages entre les comportements présentés par des bébés de 9 à 36 mois aux situations du miroir, de la photographie et de la télévision. Selon eux, leurs résultats infirment une conception du développement des capacités de reconnaissance de soi en stades, car tous les comportements présentés par les bébés en bas âge le sont aussi par les bébés plus âgés. Ils proposent de concevoir la reconnaissance de soi comme procédant d'un processus continu, intégrant des comportements de plus en plus variés et nombreux. Une telle thèse, de nature empiriste, est contradictoire avec nos propres résultats, qui font apparaître des périodes de reconstruction auxquelles les capacités de reconnaissance seraient soumises. Ces reconstructions sont entraînées par l'acquisition de nouvelles capacités de codage par l'enfant (MOUNOUD et VINTER, 1982), définissant ainsi des stades dans le développement (à la naissance, vers 18-24 mois, vers 10-11 mois). Nous supposons par contre que les déterminants externes (au sens de déterminants du milieu par opposition à des déterminants endogènes), occupent une place prédominante dans les facteurs de développement à l'âge adulte. Ainsi, de la façon dont, selon les âges, nous avons montré que les enfants construisent des formes d'identité différentes, nous aimerions mettre en évidence, au moins partiellement, des facteurs situationnels qui puissent rendre compte de formes d'identité différentes à l'âge adulte.

Naturellement, nous n'avons pas envisagé de manière exhaustive les différentes approches de l'image de soi, mais avons commis un ensemble d'omissions, comme celle relative à la perspective éthologique par exemple. Nous renvoyons le lecteur à divers recueils ou revues de question traitant de ce thème (FISCHER et CLEVELAND, 1958; CORRAZE, 1973 et 1980; MOUNOUD et VINTER, 1981).

## 1.2. Les méthodes.

Les méthodes imaginées pour aborder l'image de soi sont aussi diverses que les manières d'appréhender cette notion sur le plan théorique. Mais cette diversité ne doit pas signifier qu'il est anodin de choisir telle ou telle méthode. Selon leur nature, elles ne rendent accessibles que certains aspects de la probléma-

tique. Ainsi nous pouvons essayer de les organiser en référence à leur signification sur le plan psychologique.

Une première distinction possible entre les méthodes consiste à les dichotomiser selon le critère du recours aux verbalisations : il existe des méthodes où ce sont les contenus verbaux qui renseignent sur le sujet, d'autres où l'aspect verbal est secondaire, voire inexistant au profit d'un autre type de mesure. Par ailleurs, au sein même des méthodes essentiellement non verbales, certaines sont restrictives quant au registre de fonctionnement qu'elles impliquent chez le sujet, le registre conceptuel uniquement en l'occurrence, comme avec le dessin. D'autres, au contraire, permettent à l'individu de recourir à une diversité plus grande de niveaux de fonctionnement dans l'élaboration de sa réponse, niveaux aussi bien perceptif que conceptuel par exemple. Nous proposons de considérer que les méthodes verbales et non verbales qui exigent une activité conceptuelle abordent nécessairement le corps au niveau représenté, tandis que les autres peuvent l'appréhender au niveau du vécu.

Les méthodes verbales comprennent l'entretien clinique, l'introspection, le questionnaire, les tests verbaux, les associations de mots, et occasionnellement celles de l'hypnose et de l'absorption de drogues ainsi que les situations du miroir, la télévision et la photographie selon les indices comportementaux prélevés. Le problème essentiel de ces méthodes est qu'elles ne permettent pas d'étudier l'image de soi sur une vaste gamme d'âge étant donné les difficultés des jeunes enfants en matière de langage. Chez l'adulte et l'adolescent, on peut se demander si leur capacité plus ou moins grande à maîtriser le langage (que l'on sait influencé par le niveau socio-culturel par ailleurs) ne constitue pas une variable parasite importante dans ces études.

Les techniques non verbales faisant appel à une activité conceptuelle du sujet regroupent celles recourant au dessin (test de Machover, test du dessin du bonhomme...).

Finalement, les méthodes non verbales n'ayant pas le caractère restrictif et limitatif des précédentes comprennent celles de l'hypnose et de l'absorption de drogues, le port de lunettes prismatiques, les situations du miroir, de la photographie et de la télévision, chacune de celles-ci pouvant relever de la première catégorie de méthodes selon les indices comportementaux choisis.

Pour certains auteurs, le premier et le deuxième groupes de méthodes, opposés au troisième groupe, recouvrent une distinction importante du point de vue théorique, entre représentation et perception de soi, dans le sens où la relation qui unit le sujet

à la situation peut être médiate ou directe. De notre point de vue, on ne peut pas opposer de cette manière, représentation et perception de soi : les perceptions qu'un individu élabore face à un objet quelconque sont toujours médiatisées par les représentations qu'il en possède, lesquelles seules permettent de leur conférer une signification. L'activité conceptuelle requiert un type de représentation différent de celui qui sous-tend l'activité perceptive.

Outre le choix de la méthode, les façons dont le sujet est interrogé importent beaucoup : certaines l'orientent vers des évocations, d'autres vers des reconnaissances, des descriptions détaillées (reconnaître sa photo parmi d'autres, par exemple). Ces bases d'orientation différentes vont nécessairement se traduire par des schématisations ou au contraire différenciations plus ou moins fines des images choisies, décrites ou reconnues.

En ce qui nous concerne, nous avons opté pour la technique du miroir déformant, permettant des déformations grossissantes ou amincissantes du visage. Cette technique présente l'avantage considérable d'être adaptée aussi bien à l'enfant de 3-4 ans qu'à l'adulte.

### 1.3. Données expérimentales.

Nous mentionnerons quelques travaux réalisés sur les populations déficientes mentales et sur les populations psychotiques. car notre échantillon d'étude comprend, parmi les adultes déficients mentaux, quelques sujets présentant des troubles psychotiques associés.

#### 1.3.1. Recherches portant sur les capacités d'autoévaluation de l'individu.

Un premier groupe de recherches, qui portent sur les déficients mentaux uniquement, s'inscrit dans la première perspective d'approche de l'image de soi distinguée au début de cet article, celle de l'autoévaluation.

Deux préoccupations paraissent pouvoir être dégagées de ces recherches : l'examen de l'exactitude de l'autoévaluation du sujet et comparaison avec l'autoévaluation de sujets non déficients, la recherche de facteurs corrélés avec l'acceptation de soi.

Le travail de RINGNESS (1958), sur des enfants d'intelligence faible, moyenne et élevée, a montré que les enfants retardés mentaux se caractérisent par une évaluation moins fiable de leurs performances, ceux-ci ayant une tendance à surestimer leurs réus-

sites. L'auteur précise que, toutefois, ces attitudes sont susceptibles de compenser partiellement leurs sentiments d'infériorité. Une étude de CURTIS (1964), sur des adolescents retardés mentaux, parvient à la conclusion que ce groupe présente une image plus négative de lui-même que tout autre groupe de même âge. Il peut être intéressant de mentionner que l'auteur a dû rejeter l'hypothèse selon laquelle ce groupe ressemblerait le plus, du point de vue de l'image de soi, à un groupe d'enfants de même âge mental.

PERRON et PÊCHEUX (1964), dans une étude sur la perception qu'ont les débiles mentaux de leur handicap, confirment, chez ces sujets, une apparente inconscience de leur infériorité, mais montrent qu'ils apprécient néanmoins leur intelligence à un niveau plus bas que les sujets normaux.

SNYDER (1966) met en évidence, chez les retardés mentaux, une corrélation positive entre le degré de réussite scolaire, l'adaptation sociale, l'estime de soi et l'absence relative d'anxiété.

GUTHRIE et al. (1961, 1967) ont étudié des filles retardées mentales âgées de 14 à 22 ans et dont le Q.I. varie entre 50 et 80. Ils mettent en évidence un lien positif entre acceptation de soi et, entre autres, degré d'intelligence, degré de réalisation de soi, séparation précoce, moindre besoin de protection de la part des autres.

CALHOUN et ELLIOTT (1977), ont montré que des enfants retardés mentaux, parviennent à une meilleure estimation d'eux-mêmes et à de meilleurs résultats scolaires quand ils restent dans leur cursus scolaire normal. NASH et McQUISTEN (1977) ne trouvent par contre pas de différence entre l'image qu'ont d'eux-mêmes des écoliers handicapés mentaux insérés dans une école semi-intégrée et l'image élaborée par des écoliers handicapés mentaux fréquentant une école spéciale. LAWRENCE et WINSCHER (1973) passent en revue d'autres recherches concernant les corrélats du concept de soi.

Le problème général de ces recherches, outre le fait que la « stratégie » corrélationnelle est pauvre puisqu'elle ne permet jamais de déboucher sur des tentatives d'explication, réside dans le recours général à des méthodes utilisant des tests verbaux, dont on peut suspecter le sens quand elles sont appliquées à des sujets de Q.I. faibles.

#### 1.3.2. Recherches portant sur les capacités de reconnaissance de soi.

Un deuxième groupe de recherches, s'inscrivant dans la deuxième perspective mentionnée, pose le problème des capa-

cités de reconnaissance de soi chez ces sujets, déficients ou psychotiques.

MANS et al. (1978) ont étudié, chez des enfants atteints du syndrome de Down, l'émergence de la reconnaissance de soi en utilisant la technique du visage maculé dans le miroir. Ils ont montré que ceux-ci ne manifestent des comportements de reconnaissance de soi qu'aux environs de 34 mois, opposés, selon eux, à 22 mois chez les enfants normaux. En appareillant toutefois, les enfants selon l'âge mental et non plus selon l'âge chronologique, une telle différence n'apparaît plus. SHENTOUB et al. (1954) se sont demandés si l'enfant arriéré profond présente devant le miroir les mêmes stades évolutifs que l'enfant normal. Ils ont montré que ces stades évolutifs coexistent chez l'enfant arriéré, qui ne parvient jamais, par ailleurs, à une reconnaissance explicite de lui. TZAVARAS et TSANIRA<sup>1</sup> ont au contraire montré que des arriérés légers et moyens manifestent des comportements explicites de reconnaissance de soi (95 % d'entre eux touchant leur nez maculé par exemple), mais présentent davantage de troubles d'ordre émotionnel devant leur image. NEUMAN et HILL (1976) ont montré que des enfants autistes sont capables de reconnaissance de soi, mais présentent cette particularité de préférer l'image spéculaire qu'ils peuvent contrôler, à l'image filmée. HARRIS (1977) en réplique à PECHACEK et al. (1973), a montré que les comportements de reconnaissance de soi d'hommes retardés mentaux sont inférieurs à ceux du chimpanzé adolescent (GALLUP, 1970). Par ailleurs, un apprentissage avec la situation du miroir ne facilite pas la reconnaissance de soi avec des photographies.

Tant qu'elle se cantonne à une comparaison avec une population normale en terme de présence ou d'absence de reconnaissance de soi, la démarche de ces recherches nous paraît peu intéressante. Il nous semble plus pertinent d'essayer de qualifier des formes de reconnaissance de soi ou d'identité propres aux populations pathologiques, démarche que nous cherchons à suivre.

### 1.3.3. Recherches portant sur les capacités d'estimation perceptive du corps propre.

Un troisième ensemble enfin regroupe des recherches qui tentent de mesurer la précision de l'image de soi au moyen de dispositifs expérimentaux divers conduisant à des mesures quantitatives.

DILLON (1962) s'est intéressé aux évaluations que font les

1. Les résultats de cette recherche nous ont été communiqués personnellement par TZAVARAS.

sujets de leur hauteur, largeur et profondeur. Aucune différence n'est apparue entre sujets psychotiques et sujets normaux quant à ces évaluations, tous surestimant leurs dimensions. TRAUB et ORBACH (1954) ont construit un miroir déformant permettant des déformations concaves et convexes aussi bien en hauteur, en largeur que sur les deux dimensions combinées. La validation de cet appareil a été réalisée sur une population d'adultes normaux, ces derniers choisissant des images plus ou moins déformées d'eux-mêmes selon la partie du corps concernée par les transformations (ORBACH et al., 1966). En comparaison avec cette population, les sujets psychotiques choisissent plus souvent des images très déformées d'eux-mêmes, et présentent une plus grande marge d'acceptabilité (TRAUB et al., 1967). Il est intéressant de mentionner en dernier lieu, que lorsque les sujets devaient ajuster l'image d'un objet dans le miroir, si leurs performances étaient meilleures, ils n'en choisissaient pas moins des images déformées, ce que les auteurs ont attribué à un trouble général de la perception visuelle des objets.

### 1.4. Hypothèses théoriques.

Notre but est d'essayer de mesurer le degré de précision et de stabilité de l'image de soi de déficients mentaux. Pour cela, nous les confrontons à des images déformées, concaves et convexes, d'eux-mêmes, afin de mettre en évidence quelle(s) image(s) ils reconnaissent comme leur(s) (en terme de précision, c'est-à-dire de quantité de déformation), dans quelle mesure ils sont affectés dans leurs choix par des confrontations à des images très amincies ou très grossies d'eux-mêmes, en d'autres termes, par les valeurs initiales d'incurvation du miroir (dans ce cas, nous nous intéressons au degré de stabilité de leur image).

Cette situation n'est pas sans ressemblance avec celles imaginées par WITKIN (1962) qui essayait de mesurer le degré de dépendance à l'égard du champ des sujets dans leurs perceptions. En relation avec l'intelligence, WITKIN en vient à valoriser les sujets indépendants à l'égard du champ, chez qui il constate de meilleurs apprentissages et un Q.I. plus élevé. Du point de vue fonctionnel, il distingue les sujets dépendants qui ont une approche globale du champ, des indépendants qui ont une approche analytique. Or les observations de LURIA (1974) montrent que les déficients ne peuvent différencier les différentes propriétés d'un objet ni en faire la synthèse : leur perception du monde serait globale, peu précise et fragmentaire. Dans la même perspective, INHELDER (1963) décrit la pensée de ces sujets en terme de visco-



sité : elle les compare aux sujets plus jeunes à cause de leur égo-centrisme, du manque de décentration, de réversibilité et de mobilité de leur pensée.

Dans cette optique, on peut supposer que les sujets déficients mentaux seront plus affectés par les positions initiales du miroir, témoigneront de représentations moins précises, moins stables que les adultes tout-venant.

Cela revient à mettre en relation le degré d'influencabilité d'un individu par rapport à un objet ou une situation avec le degré de complétude et de précision de ses connaissances (ou représentations) sur cet objet ou cette situation. Nous qualifions de partielles ou fragmentaires des représentations qui ne prennent en considération que certains aspects des objets sans parvenir à les coordonner (MOUNOUD et VINTER, 1981) et avons montré qu'à ces représentations partielles correspondent une forme d'identité « multiple », le sujet admettant que plusieurs images, fort différentes par ailleurs, peuvent lui correspondre (MOUNOUD et VINTER, 1981). Nous qualifions par contre de totales et rigides des représentations telles qu'un ensemble défini de propriétés des objets sont simultanément prises en considération, et avons mis en relation ces représentations avec une forme d'identité « unique », telle que le sujet admet une seule image ou des images très peu différentes les unes des autres comme lui appartenant. La première forme d'identité caractérise les enfants de 4-5 ans et les adolescents de 12-13 ans, la seconde, les enfants de 6 ans et les adolescents de 14 ans (MOUNOUD et GUYON-VINTER, 1979). Enfin, lorsque ces représentations de soi deviennent décomposables et mobiles, elles aboutissent à l'élaboration d'une identité « typique », le sujet se reconnaissant à la fois semblable et différent des autres selon les caractéristiques considérées.

Dans cette perspective, nous supposons que les handicapés mentaux présentent une forme d'identité plus proche de la forme multiple, les adultes tout-venant de la forme unique ou typique, ce qui revient à exprimer l'hypothèse formulée précédemment sur un plan plus théorique.

La démarche que nous proposons ainsi d'adopter dans cette étude diverge de celle qui consiste à appareiller déficients mentaux et enfants de même âge mental : les mises en relation seront effectuées à partir des résultats expérimentaux obtenus dans la situation du miroir, et non pas *a priori*, à partir de l'âge mental.

De la façon dont nous considérons l'âge comme le facteur principal qui détermine le passage d'une de ces formes d'identité à l'autre chez l'enfant, nous pouvons essayer de nous interroger

sur les facteurs qui peuvent interférer avec les formes d'identité propres au déficient mental.

Dans notre perspective, où ces formes d'identité sont fortement corrélées avec le degré d'influencabilité de l'individu, nous pouvons supposer que toute variable relative à l'autonomie est de première importance. L'autonomie constitue de plus un aspect prépondérant du processus d'individuation nécessaire au développement de l'identité du sujet. Nous pensons que, plus le sujet pourra être qualifié d'autonome, plus il possédera une image précise de lui-même, c'est-à-dire se rapprochera d'une identité unique.

Par ailleurs, dans la mesure où le degré d'élaboration des représentations d'un individu dépend de son développement cognitif, on peut se demander si le niveau intellectuel du sujet n'influencera pas ses résultats. Dans cette optique, nous formulons l'hypothèse que plus le Q.I. du sujet est élevé, plus les images qu'il choisit sont précises et stables.

## II. — POPULATION D'ÉTUDE

La recherche que nous présentons ici doit être considérée comme une étude-pilote, étant donné le faible nombre de sujets étudiés. Les résultats nous ont néanmoins paru suffisamment intéressants pour justifier la présentation de cette recherche.

Notre population d'étude comprend deux échantillons de sujets. Un premier échantillon (échantillon B ou groupe de référence) regroupe 24 sujets adultes tout-venant, 12 hommes et 12 femmes, travaillant dans le cadre universitaire, la moyenne d'âge des femmes étant de 28 ans, celle des hommes de 32 ans.

Le deuxième échantillon (échantillon A) que nous décrivons avec plus de précision, comprend 22 sujets déficients mentaux<sup>1</sup> dont 12 hommes et 10 femmes. Les hommes sont âgés de 21 à 59 ans (la moyenne du groupe étant de 34 ans), les femmes de 21 à 61 ans (moyenne : 37 ans).

L'analyse des caractéristiques de cette population a été réali-

1. Mentionnons qu'un certain nombre de sujets non compris dans l'échantillon B (5 hommes et 3 femmes), n'ont pas pu être soumis à l'expérience, non pour des raisons affectivo-émotionnelles, mais par défaut de compréhension claire de la consigne. Ces sujets se caractérisent d'ailleurs dans leur majorité, par un Q.I. inférieur à celui des autres sujets.

Ces adultes dépendent tous du Centre de Diagnostic et de Soins de la Déficience Mentale et fréquentent des ateliers de travail protégés.

sée en relevant des données à partir des dossiers médicaux et psychiatriques et en sollicitant le personnel soignant au moyen d'un questionnaire. Nous sommes ainsi parvenus à élaborer une description multidimensionnelle de ces sujets, dont les principaux paramètres sont les suivants :

— *données sur le diagnostic psychiatrique :*

un diagnostic de débilité moyenne ou légère a été porté sur ces sujets, avec pour certains d'entre eux (6 hommes et 5 femmes) un diagnostic de psychose infantile surajoutée;

— *données sur les examens du niveau intellectuel :*

la plupart des sujets ont subi une évaluation aboutissant à une mesure du Q.I. au moyen de la W.A.I.S. En ce qui concerne les hommes, les Q.I. s'échelonnent entre 44 et 82 (moyenne de 59); les Q.I. des femmes se dispersent entre 47 et 79, avec une moyenne de 63;

— *données sur le lieu d'habitat :*

7 hommes, 4 femmes vivent avec leurs parents, 1 homme et 3 femmes vivent seuls, les autres étant pris en charge soit par une institution psychiatrique, soit par un foyer pour handicapés;

— *données sur l'autonomie de déplacement :*

10 hommes et 3 femmes sont jugés comme totalement indépendants, 1 homme et 7 femmes sont jugés indépendants uniquement pour des trajets connus, les autres étant dépendants pour l'ensemble de leurs déplacements;

— *données sur l'autonomie manifestée dans les fonctions essentielles :*

aucun homme n'est jugé comme dépendant de ce point de vue alors que 5 femmes le sont.

Nous verrons l'importance que revêtent certaines de ces variables de population dans la compréhension des résultats; l'essentiel de notre démarche d'analyse consistera en effet à mettre en relation les données de population avec les données expérimentales obtenues, outre une comparaison entre population déficiente et population tout-venant.

### III. — MATÉRIEL EXPÉRIMENTAL

Nous avons confronté nos sujets à un miroir déformant<sup>1</sup>. Le miroir est constitué d'une feuille de plastique chromé, flexible,

1. Nous remercions vivement Christian HUSLER pour l'ingéniosité dont il a fait preuve dans la construction de ce miroir.

de 23,5 sur 24 cm, maintenue dans un cadre métallique souple amovible. Une manivelle placée sur le socle du miroir actionne une vis permettant le déplacement d'une tige métallique verticale plaquée sur la partie postérieure du miroir. Des rotations de la manivelle entraînent une incurvation du cadre métallique imprimant par là au miroir des déformations concaves ou convexes. Chaque rotation de la manivelle déplace linéairement un marqueur placé derrière le miroir, fournissant ainsi une mesure de la déformation sur une règle graduée en centimètres. L'image non déformée du visage correspond à la valeur 0. La marge de variation utilisée pour les déformations est de 45 millimètres de part et d'autre du zéro.

### IV. — MÉTHODE EXPÉRIMENTALE

#### 4.1. Opérationnalisation des hypothèses.

Il est important de préciser d'emblée comment nous avons opérationnalisé nos hypothèses théoriques portant sur les formes d'identité.

A une identité unique, sont associés des choix d'images proches les unes des autres, c'est-à-dire stables. A une identité multiple, correspondent des choix d'images imprécises et instables, éloignées les unes des autres. Finalement, une identité typique se traduit par des choix d'images qui révèlent l'établissement d'une catégorie type (certaines sont donc proches les unes des autres), mais se différencient de l'identité unique dans le sens où l'individu est néanmoins influençable par les positions initiales du miroir (d'autres sont encore éloignées les unes des autres). Des images éloignées peuvent ainsi être indicatrices aussi bien d'une identité multiple que d'une identité typique. Rappelons enfin, que d'un point de vue génétique, l'enfant passe d'une identité multiple (instabilité) puis unique (stabilité) à une identité typique (stabilité partielle) à l'intérieur d'un même stade de développement.

#### 4.2. Plan expérimental et procédure.

Le plan expérimental est un plan factoriel à trois facteurs croisés (le niveau intellectuel : normal ou débilité, le sexe, l'ordre d'enregistrement des mesures de déformation : concave-convexe ou convexe-concave) avec deux facteurs intragroupes appariés (l'incurvation : concave ou convexe, la méthode de passation : active ou passive.

Sujets déficients mentaux et sujets tout-venant ont été répar-

tis respectivement en deux sous-groupes selon l'ordre d'enregistrement des mesures :

- *concave-convexe* (12 sujets tout-venant, 6 hommes et 6 femmes; 12 sujets déficients mentaux, 7 hommes et 5 femmes);
- *convexe-concave* (12 sujets tout-venant, 6 hommes et 6 femmes; 10 sujets déficients mentaux, 5 hommes et 5 femmes).

Le sujet est tout d'abord assis face au miroir placé à environ 30 cm de celui-ci. L'expérimentateur le confronte ensuite à l'ensemble des déformations susceptibles d'être obtenues, en montrant, à chaque passage, l'image objective. Il amène ensuite le miroir à la déformation concave ou convexe maximale.

Quel que soit leur sous-groupe d'appartenance, tous les sujets ont commencé l'expérience avec une méthode de passation dite passive: l'expérimentateur produit lui-même l'incurvation du miroir. A chacune des étapes de la déformation, le sujet doit dire si l'image résultante correspond à la sienne « objective »<sup>1</sup>. Quatre mesures consécutives sont prélevées avec cette méthode: deux, suite à une position initiale maximale concave (ou convexe selon le sous-groupe d'appartenance), deux suite à une position initiale maximale convexe (ou concave) du miroir.

Dans un deuxième temps, le sujet manipule lui-même la manivelle permettant d'incurver le miroir (méthode active). Il est autorisé à faire des va-et-vient dans ses manipulations. L'expérimentateur positionne le miroir à la déformation concave (ou convexe) maximale et le sujet doit manipuler le miroir jusqu'à ce qu'il obtienne l'image considérée comme « objective ». L'expérimentateur procède alors de la même façon en modifiant le sens de la déformation initiale (convexe ou concave).

Les mesures enregistrées expriment l'écart en centimètres entre la position du marqueur correspondant à l'image choisie par le sujet et la position associée à l'image déformée.

Nous n'avons pas pu obtenir des résultats pour tous les sujets retardés mentaux en méthode active, ceci pour diverses raisons: troubles moteurs tels que tremblements, concentration sur le fait de tourner la manivelle plutôt que sur l'image...

1. Cette terminologie n'est bien entendu pas celle utilisée avec les sujets retardés mentaux.

## V. — RÉSULTATS

### 5.1. Comparaisons entre populations.

Les résultats généraux par sous-groupes ont été figurés dans le Tableau I.

TABLEAU I

Scores de déformation (moyennes et écarts-types\*) par sous-groupes de sujets (A = population retardée; B = population non retardée)

	METHODE PASSIVE				METHODE ACTIVE			
	Ordre 1		Ordre 2		Ordre 1		Ordre 2	
	concave 1	convexe 2	concave 2	convexe 1	concave 1	convexe 2	concave 2	convexe 1
A								
Hommes	0,714 (1,01)	-0,357 (0,69)	0,9 (0,67)	-1 (1,17)	1,37 (0,75)	1,25 (1,10)	-0,1 (0,4)	-0,83 (1,16)
Femmes	1,93 (1,20)	-1,5 (1,45)	2,55 (2,10)	-0,7 (0,69)	1,2 (1,30)	1,2 (1,62)	3,0 (1,83)	-1,2 (1,34)
B								
Hommes	1,08 (0,81)	-0,25 (0,27)	0,58 (0,40)	-0,125 (0,54)	0,916 (0,97)	0,58 (0,66)	0,916 (1,01)	-0,083 (0,98)
Femmes	0,79 (0,75)	0,125 (0,22)	0,58 (0,46)	-0,66 (0,98)	1,5 (1)	0,83 (0,71)	0,66 (0,68)	-0,83 (0,93)

\* Les écarts-types sont indiqués entre parenthèses.

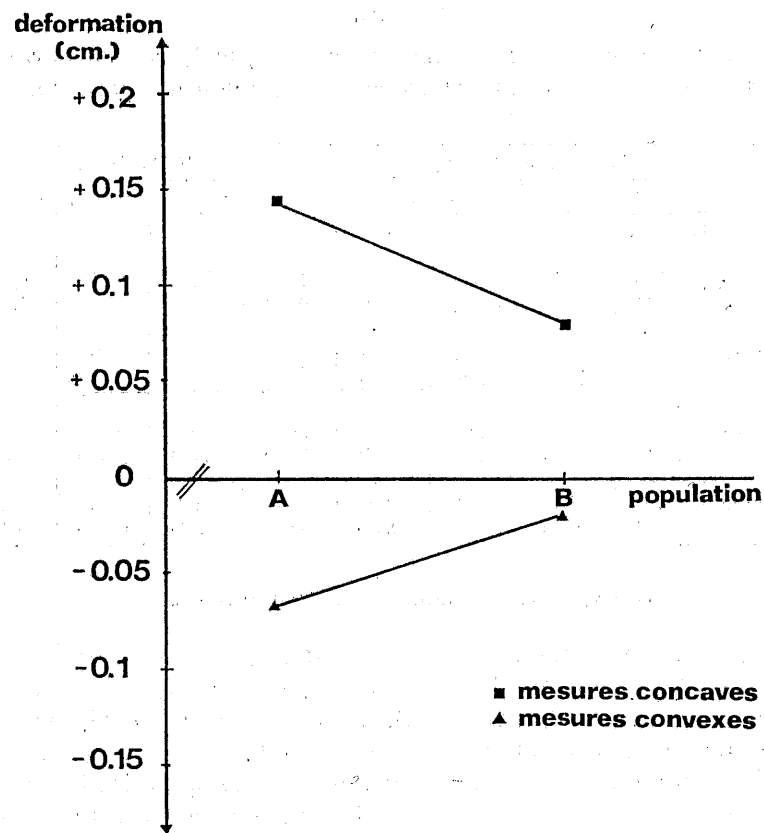
Les résultats obtenus avec les méthodes active et passive ont été respectivement soumis à une analyse de variance pour mesures répétées (FINN, 1976, version 6). Nous ne nous attarderons pas trop sur le compte-rendu de cette analyse, étant conscients de l'adéquation plus que relative d'une analyse quantitative à des données issues d'une population pathologique, cachant une grande hétérogénéité sous un label unique.

Avec la méthode passive, le facteur incurvation ( $F = 41.54$ ,  $p < .001$ ) et l'interaction entre population et incurvation ( $F = 4.54$ ,  $p < .035$ ) se révèlent significatifs. Avec la méthode active, le facteur ordre ( $F = 8.27$ ,  $p < .005$ ), les interactions entre ordre et incurvation ( $F = 15.30$ ,  $p < .0085$ ) et entre population, sexe et ordre ( $F = 5.138$ ,  $p < .03$ ) apparaissent significatifs.

En résumé, les résultats de ces analyses mettent en relief les faits suivants :

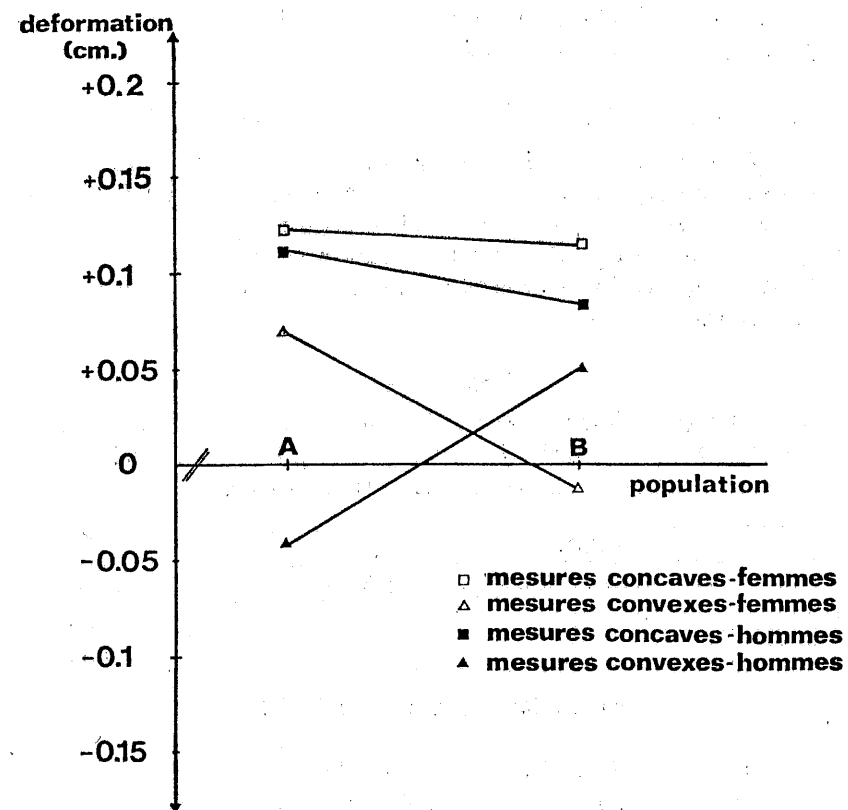
— les sujets retardés mentaux choisissent des images d'eux-mêmes plus déformées et plus éloignées les unes des autres selon

les conditions expérimentales que ne le font les sujets du groupe de référence chez lesquels une certaine stabilité est à noter (cf. graphique 1);



Graph. 1. — Effet de l'incurvation par rapport à la population (A : adultes déficients; B : adultes non déficients).

— mais, en méthode active, cette dispersion plus grande des images choisies par les sujets retardés mentaux cache un regroupement d'une grande partie d'entre elles, regroupement qui se réalise dans le domaine de déformation concave (cf. graphique 2);



Graph. 2. — Effet du sexe et de l'ordre par rapport à la population (A : adultes déficients; B : adultes non déficients)

— les adultes retardés mentaux se déforment davantage que les sujets de l'échantillon B, mais de façon quelque peu différente en ce qui concerne les hommes et les femmes : les premiers auraient plus tendance à s'amincir, les secondes à se grossir, comparativement à la population normale (cf. graphique 2);

— l'effet d'ordre agit de manière asymétrique pour les deux populations : commencer l'expérience par une première mesure concave détermine le domaine de déformation de l'image choisie lors de la deuxième mesure convexe, dans le sens d'un grossisse-

ment, alors que l'influence du convexe sur le concave est beaucoup moins grande (cf. graphique 2).

### 5.2. Précision, stabilité de l'image de soi et Q.I.

Cette analyse consiste à mettre en correspondance le classement des adultes retardés mentaux effectué selon leur Q.I. avec celui obtenu selon le critère de précision des images choisies d'une part, selon le critère de stabilité des images d'autre part. Le Tableau II montre les corrélations obtenues entre ces deux séries de variables.

TABLEAU II

Corrélations (coefficient de corrélation de rangs de Spearman) entre Q.I. et la précision/stabilité des images choisies par les adultes retardés mentaux.

	FEMMES		HOMMES	
	Méthode passive	Méthode active	Méthode passive	Méthode active
PRÉCISION	$r_s = .67$	$r_s = .02$	$r_s = .39$	$r_s = -.48$
STABILITÉ	$r_s = .71$	$r_s = .22$	$r_s = .19$	$r_s = -.70$

corrélations significatives à .05.

— *Population féminine* : en méthode passive, cette analyse montre que, plus leur Q.I. est élevé, plus les femmes choisissent des images précises (peu déformées) et stables. Avec la méthode active, les liaisons entre Q.I. et la précision/stabilité des images choisies sont très faibles et ne mettent aucune relation particulière en relief.

— *Population masculine* : avec la méthode passive, la corrélation entre Q.I. et stabilité est très faible, tandis que celle agissant entre Q.I. et précision s'avère positive et de degré moyen. Avec la méthode active, les relations sont par contre plus évidentes : les hommes ont d'autant plus tendance à choisir des images peu stables et déformées qu'ils ont un Q.I. élevé.

### 5.3. Précision, stabilité de l'image de soi et autonomie.

La hiérarchisation des sujets en fonction de leur degré d'autonomie a été réalisée en construisant une dimension « autonomie-dépendance » à partir de quelques questions simples figurant dans le questionnaire suivant. Cette dimension regroupe différents aspects de la vie quotidienne des sujets dans lesquels leur plus ou moins grande autonomie peut s'exprimer. Ces aspects ne sont bien entendu pas considérés comme exhaustifs, et l'on peut tou-

jours nous reprocher de n'avoir pas utilisé une échelle de mesure de l'autonomie déjà étalonnée. Les questionnaires ont été remplis par l'ensemble du personnel soignant. Le degré d'autonomie a été calculé en totalisant pour chaque personne le nombre de points obtenus à chacune des quatre questions énumérées ci-dessous. Plus ce chiffre est élevé, plus le sujet est considéré comme autonome.

Questions :	Réponses :	Cotation :
1. Habitat	seul avec parents/foyer pour handicapés	2  1
2. Déplacements	indépendant indépendant pour trajets quotidiens dépendant pour trajets quotidiens	3  2  1
3. Fonctions essentielle	autonome dépendant	2 1

Dans le Tableau III figurent les résultats obtenus.

TABLEAU III

Corrélations (coefficient de corrélation de rangs de Spearman) entre autonomie et la précision/stabilité des images choisies par les adultes retardés mentaux.

	FEMMES		HOMMES	
	Méthode passive	Méthode active	Méthode passive	Méthode active
PRÉCISION	$r_s = .48$	$r_s = .05$	$r_s = -.35$	$r_s = -.06$
STABILITÉ	$r_s = .49$	$r_s = .40$	$r_s = -.08$	$r_s = -.30$

— *Population féminine* : les relations sont cohérentes avec celles qui existent entre Q.I. et la précision/stabilité des images : plus leur degré d'autonomie est élevé, plus les femmes choisissent des images précises et stables en méthode passive. Avec la méthode active, seule la relation entre le degré d'autonomie et la stabilité des images présente quelque consistance.

— *Population masculine* : les relations sont moins fortes que chez les femmes, de même qu'elles sont inverses. Nous pouvons néanmoins noter qu'avec la méthode passive, plus les hommes ont un degré d'autonomie élevé, plus ils choisissent des images déformées. En méthode active, à un fort degré d'autonomie correspondraient plutôt des choix portant sur des images peu stables.

Remarquons enfin que ces relations sont toujours plus faibles que celles obtenues avec le Q.I., quelle que soit la population; il est probable que la simplicité de notre questionnaire en est responsable.

## VI. — DISCUSSION

Nous avons vu que les adultes retardés mentaux ont globalement plus tendance à choisir des images plus déformées et plus éloignées les unes des autres, c'est-à-dire moins précises et moins stables que les sujets tout-venant, cette tendance étant plus accentuée chez les femmes que chez les hommes. Il semblerait que ces adultes ne possèdent pas une image unique et précise d'eux-mêmes, mais acceptent que plusieurs images puissent leur correspondre. On peut penser que les différentes incurvations du miroir révèlent des dimensions chaque fois diverses du visage, mais néanmoins toutes aussi significatives pour leur permettre une identification. Cela signifierait que ces sujets ont élaboré des représentations différentes d'eux-mêmes, non coordonnées entre elles, et dans cette perspective, nos hypothèses de départ selon lesquelles les sujets déficients mentaux posséderaient des représentations plus partielles d'eux-mêmes, se trouveraient confirmées par ces résultats. Mais cette analyse ne rend qu'imparfaitement compte de ces derniers car, en méthode active, les femmes retardées mentales par exemple, choisissent des images fort proches les unes des autres, toutes grossies d'ailleurs, excepté lors d'une incurvation initiale convexe du miroir.

Ces femmes se grossissent plus systématiquement que ne le font les hommes, alors qu'une légère tendance inverse est à noter dans la population tout-venant. De telles différences entre les sexes ont été mises en évidence par TOMKIEWICZ et FINDER (1970) dans leur étude sur la dysmorphophobie chez l'adolescent, où ils relèvent une peur de la minceur chez le garçon, de la grosseur chez la fille. Adultes retardés mentaux et non retardés auraient des manières différentes d'intégrer ces peurs, qui tiennent peut-être à la dévalorisation de soi plus accentuée chez le déficient mental, comme beaucoup d'auteurs l'ont souligné : les handicapés mentaux accentueraient la distance qui les sépare de leur idéal alors que les adultes non retardés tendraient à annuler cette distance.

C'est aussi à une forte différence liée au sexe que nous conduisent nos mises en correspondances entre Q.I. ou autonomie d'une part, et la précision/stabilité de l'image de soi d'autre part. Bien

que les résultats diffèrent en partie selon la méthode utilisée, nous pouvons globalement retenir que plus les hommes ont un Q.I. et un degré d'autonomie élevés, plus ils choisissent des images imprécises et instables, alors que c'est le contraire pour les femmes ayant un Q.I. et un degré d'autonomie forts, celles-ci choisissant des images précises et stables. Par ailleurs, les corrélations les plus consistantes sont obtenues avec la méthode passive pour les femmes, avec la méthode active pour les hommes.

Pour comprendre la première de ces différences, nous devons nous référer à notre opérationnalisation des hypothèses portant sur des formes d'identité multiple, unique ou typique, et rappeler que l'imprécision et l'instabilité des images peuvent être indicatrices aussi bien d'une identité multiple que d'une identité typique.

Dans cette perspective, nous proposons de concevoir que chez les femmes, à un Q.I. et indice d'autonomie bas correspondrait un éloignement des images relevant d'une identité multiple, tandis qu'à un Q.I. plus élevé et à une plus grande autonomie serait référable une identité unique. Chez les hommes, par contre, à un Q.I. et indice d'autonomie bas correspondrait une identité unique, à un Q.I. plus fort et une plus grande autonomie serait associé le plus souvent un éloignement des images révélateur d'une identité typique; à un Q.I. et indice d'autonomie faible serait référable une identité unique.

Ainsi, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, la liaison entre les formes d'identité et l'autonomie ou le Q.I. irait dans le même sens : plus le Q.I. et l'autonomie sont élevés, plus la forme d'identité du sujet est évoluée. Mais elle restera différenciée de celle caractérisant globalement une population d'adultes non retardés, du point de vue de son imprécision, les retardés mentaux admettant globalement des images plus déformées d'eux-mêmes, donnée cohérente avec celles obtenues dans la littérature à ce sujet.

Mais un aspect de ces résultats reste obscur : la raison de la différence liée au sexe en ce qui concerne les méthodes utilisées. Les hommes semblent fournir des résultats plus consistants lorsqu'ils agissent directement sur les déformations (méthode active) alors que c'est le contraire chez les femmes.

Tout en étant conscients d'aller au-delà de ce que nous permettraient d'affirmer les résultats de ce sondage, nous estimons qu'ils soutiennent néanmoins notre hypothèse de départ selon laquelle l'influencabilité d'un individu par rapport à une situation est liée à son degré de connaissance ou de méconnaissance de cette situation (ou des objets qu'elle met en scène) : une personne

est d'autant plus influençable par rapport à une idée, un objet... que ses connaissances (ou représentations) sur cet objet sont imprécises, vagues ou globales. Combien même nous avons tenté d'illustrer cette relation avec l'étude des adultes retardés mentaux seulement, nous pensons bien entendu qu'une population d'adultes non retardés serait tout aussi appropriée à sa mise en évidence.

En guise de conclusion, nous aimerions souligner l'apport fructueux, dans les recherches en pathologie, de la méthode qui consiste à conduire l'étude au travers d'une double démarche : la comparaison à une population normale, et l'analyse des paramètres différenciateurs intrinsèques à la population pathologique relativement à l'objet d'étude.

Nous avons ainsi pu montrer que si les adultes handicapés mentaux possèdent une image imprécise d'eux-mêmes, ils se différencient néanmoins les uns des autres, de la façon dont les enfants et adultes normaux pourraient être différenciés les uns des autres. Et toujours parallèlement à ce que l'on suppose se passer dans une population tout-venant, la variable d'autonomie semble primordiale dans la constitution de cette différenciation. Ainsi ces adultes handicapés apparaissent à la fois différents et semblables à leurs homologues de référence, de même qu'ils sont à la fois semblables et différents entre eux<sup>1</sup>.

## RÉFÉRENCES

- ALLPORT, G.W. — *Pattern and growth in personality*, New York: Holt, 1961.
- AMSTERDAM, B. — Mirror self image reactions before age two, *Developmental psychology* (1972), 5 (4), 297-305.
- CALHOUN, G. ELLIOTT, R. — Self-concept and academic achievement of educable retarded and emotionally disturbed pupils. *Exceptional Children* (1977), 43, 6, 479-480.
- CORRAZE, I. — *Schéma corporel et image du corps*. Collection « Radamanthe », Toulouse: Privat, 1973.
- CORRAZE, I. — *Image spéculaire du corps*. Collection « Radamanthe », Toulouse: Privat, 1980.
- CURTIS, T. — A comparative analysis of the self-concept of the adolescent mentally retarded in relation to certain groups of adolescents. *Dissertation Abstracts* (1964), 25, 2 846-2 848.
- DILLON, D.J. — Measurement of perceived body size. *Perceptual and motor skills* (1962), 14, 191-196.
- DIXON, J.C. — Development of self recognition, *Journal of Genetic Psychology* (1957), 91, 251-256.
- FISCHER, S., CLEVELAND, S.E. — *Body-image and personality*. Von Nostrand, Cy., 1958.
- FREUD, S. — *Introduction à la psychologie*, trad. fr., Paris: Payot, 1949.
- FREUD, S. — *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, trd. fr., Paris: Gallimard, 1962.
- GALLUP, G.G. — Chimpanzees: self-recognition, *Science* (1970), 167, 86-87.
- GORDON, C. — Self-conceptions: configurations of content. In GORDON, C., GERGEN, K.J. (Eds.). — *The self in social interaction*, vol. I, New York: Wiley, 1968.
- GUTHRIE, G.M., BUTTLER, A., GORLOW, L. — Patterns of self attitudes of retardates. *American Journal of Mental Deficiency* (1961), 66, 222-229.
- GUTHRIE, G.M., GORLOW, BUTTLER, A. — The attitude of the retardate toward herself: a summary of research at Laurelton State School and Hospital. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly* (1967), 7, 24-34.
- HARRIS, L.P. — Self-recognition among institutionalized profoundly retarded males: a replication. *Bulletin of the Psychonomic Society* (1977), 9 (1), 43-44.
- HEAD, H. — *Studies in Neurology*, Oxford, London: 1920.
- INHEDER, B. — *Le diagnostic du raisonnement chez les débiles mentaux*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1943.
- KANNER, L. — *Childhood Psychosis. Initial studies and new insights*. Washington: V.H. Winston, 1973.
- KLEIN, M., HEIMANN, P., ISAACS, S., RIVIÈRE, J. — *Développements de la psychanalyse*, Paris: P.U.F., 1966.
- LAWRENCE, E.A., WINSCHER, J.F. — Self-concept and the retarded Research and Issues. *Exceptional Children* (1973), 39, 310-319.
- LEWIS, M., BROOKS-GUNN, J. — *Social cognition and the acquisition of self*. New York and London: Plenum Press, 1979.
- LURIA, A. — *L'enfant retardé mental*. Toulouse: Privat, 1974.

1. Nous sommes particulièrement reconnaissants au professeur J. LAMBERT (Suisse) pour ses indications et remarques pertinentes lors de la rédaction de cet article.

- MANS, L. CICCHETTI, D., SROUFE, L.A. — Mirror reactions of Down's syndrome infants and: cognitive spinings of self-recognition. *Child development* (1978), **49**, 1247-1250.
- MOUNOUD, P., GUYON-VINTER, A. — Evolution de l'image de soi chez l'enfant et l'adolescent: technique du miroir déformant. *Cahiers de Psychologie* (1979), **22** (3).
- MOUNOUD, P., VINTER, A. — Le développement de l'image de soi chez l'enfant de 3 à 11 ans. Reconnaissance du visage dans un miroir déformant. In MOUNOUD, P., VINTER, A. (Eds). — *Reconnaissance de son image chez l'enfant et chez l'animal*. Collection: textes de base, Neuchâtel et Paris: Delachaux et Niestlé, 1981.
- MOUNOUD, P. VINTER, A. — Representation and sensori-motor development. In BUTTERWORTH, G. (Ed.). — *Infancy and Epistemology*, Hassocks: Harvester Press, 1982.
- NASCHT, S. — Mutual influence in development of Ego and Id. *Psycho-analytical study of the child*, vol. III-IV, New York: International University Press, 1952.
- NASH, C., McQUISTEN, A. — Self-concept and senior TMR students at a semi-integrated setting. *Mental Retardation* (1977), **15**, 6, 16-18.
- NEUMAN, C.J., HILL, S.D. — Self-recognition and stimulus preference in autistic children. *Developmental Psychobiology* (1978), **11** (6), 571-578.
- ORBACH, J., TRAUB, A., OLSON, R. — Psychophysical studies of body-image. II. Normative data on the adjustable body-distorting mirror. *Archives of general Psychiatry* (1966), vol. 14.
- PAILLARD, J. — Le corps situé et le corps identifié. Une approche psychophysiological de la notion de schéma corporel. *Revue Médicale Suisse Romande* (1980), **100**, 129-141.
- PECHACEK, T.F., BELL, K.F., CLELAND, C.C., BAUM, C., BOYLE, M. — Self-recognition in profoundly retarded males. *Bulletin of the Psychonomic Society* (1973), **1**, 328-330.
- PERRON, R., PECHOUX, M.G. — Les débilés mentaux perçoivent-ils leur handicap? Données expérimentales sur l'auto-estimation de l'équipement personnel. In OSTER, J. (Ed.). — *Proceedings of the International Copenhagen Congress on the Scientific study of Mental Retardation*. Vol. 2, Copenhagen: Dat Berlingske Bogtryk ker, 1964.
- PICK, A. — Störung der Orientierung am eigenen Körper. *Psychologische Forschung* (1922), **1**, 303.
- RICHER, S. — La notion d'image du corps et certaines recherches récentes sur la personnalité. *Entretiens Psychiatriques* (1964), n° 50, 215-238.
- RINGNESS, T.A. — Self-concept of children of low, average and high intelligence. *American Journal of mental Deficiency* (1961), **65**, 453-461.
- RODRIGUEZ-TOMÉ, H. — *Le Moi et l'autre dans la conscience de l'adolescent*. Neuchâtel et Paris: Delachaux et Niestlé, 1972.
- SCHILDER, P. — *L'image du corps*. Paris: Gallimard, 1968 (Ed. orig. 1935).
- SHENTOUÉ, S.A., SOULAIRAC, A., RUSTIN, E. — Comportement de l'enfant arriéré devant le miroir. *Enfance* (1954), 333-340.
- SNYDER, R.T. — Personality adjustment, self-attitudes, and anxiety differences in retarded adolescents. *American Journal of mental Deficiency* (1966), **71**, 33-41.

- TOMKIEWICZ, S., FINDER, J. — Problèmes de l'image du corps (dysmorphophobie) en foyer de semi-liberté. *Bulletin de Psychologie*, 1970-1971, 263-274.
- TRAUB, A., ORBACH, J. — Psychophysical Studies of body-image. I. The adjustable body-distorting mirror. *Archives of general psychiatry* (1954), vol. II.
- TRAUB, A., OLSON, R., ORBACH, J., CARDONE, S. — Psychophysical Studies of body-image. III. Initial studies of disturbances in a chronic schizophrenic group. *Archives of general psychiatry*, 1967, vol. 17.
- WITKIN, and al. — *Psychological differentiation*. New York: John Wiley and Sons, 1962.
- ZAZZO, R. — La genèse de la conscience de soi. La reconnaissance dans l'image du miroir. In ANGELERGUES, R., ANZIEU, D., BESCH, E.E., BRÈS, J., PONTALIS, J.B., ZAZZO, R. (Eds.). — *Psychologie de la connaissance de soi*, Paris: P.U.F., 1973, 154-188.
- ZAZZO, R. — Miroirs, images, espaces. In MOUNOUD, P., VINTER, A. (Eds). — *Reconnaissance de son image chez l'enfant et l'animal*. Collection: Textes de base, Neuchâtel et Paris: Delachaux et Niestlé, 1981.

## Adresse des auteurs:

Université de Genève  
Faculté de psychologie et des Sciences de l'éducation  
CH-1211 Genève 4