

Université Toulouse

Faculté de Médecine Toulouse Rangueil

Institut de Formation en Psychomotricité



Appréciation psychomotrice de compétences émotionnelles chez une personne schizophrène

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricienne

Marielle Risson

Juin 2017

« Là, si je rigole comme ça, c'est que je suis en colère ! »

M. P.

SOMMAIRE

PARTIE THEORIQUE	7
Introduction	8
La schizophrénie	10
1) Définition	10
a- Outils diagnostiques	10
b- Diagnostics différentiels	12
c- Modes de début	12
2) Symptômes	13
a- Les symptômes positifs	13
b- Les symptômes négatifs	14
c- La désorganisation	14
3) Insight et schizophrénie	15
4) Formes cliniques	16
5) Troubles cognitifs associés	17
6) Troubles psychomoteurs	18
a- Les signes neurologiques doux	19
b- Les troubles perceptifs et cognitifs	19
c- Les troubles moteurs	20
d- Les troubles affectifs	21
7) Comorbidités	22
8) Etiologies	23
9) Traitement pharmacologique	24
10) Prise en charge non médicamenteuse	24
a- Les psychothérapies	25

b-	La remédiation cognitive et ateliers psychoéducatifs.	25
c-	L'entraînement aux habiletés sociales.....	26
d-	La réhabilitation psychosociale.....	26
e-	Prises en charge psychomotrices.....	27
11)	Parcours de soins.....	28
a-	Structures d'accueil en fonction des phases de la maladie.....	28
b-	Evolution.....	29
Les compétences émotionnelles		30
1)	Les émotions	30
a-	Définitions.....	30
b-	Les bases neurobiologiques des émotions	31
c-	Les cinq dimensions de l'émotion	32
d-	Les fonctions communes des émotions	32
e-	Les émotions de bases et leurs fonctions spécifiques	33
f-	Expressions faciales des émotions de base	35
2)	Compétences pour la gestion des émotions	37
a-	L'identification des émotions	37
b-	L'expression des émotions	38
c-	La compréhension des émotions.....	38
d-	La régulation des émotions	39
e-	L'utilisation des émotions	40
3)	Intervention psychomotrice ciblée sur les compétences émotionnelles.....	40
Dysfonctionnements émotionnels retrouvés chez les personnes schizophrènes		42
1)	Déficits au niveau de l'expression des émotions.....	42
2)	Déficits au niveau de la reconnaissance, du traitement des émotions	44

3) L'expérience émotionnelle	45
4) L'alexithymie.....	45
5) Hyperréactivité émotionnelle	46
PARTIE PRATIQUE	48
1) Appréciation de compétences émotionnelles chez un adulte schizophrène	49
a- Outils d'évaluation des émotions	49
b- Entretien initial.....	51
c- Evaluation de la perception des émotions	52
d- Evaluation de l'expression des émotions	54
e- Compléments d'observation	54
f- Compte-rendu	56
2) Vignette clinique Mr P.....	56
a- Anamnèse	56
b- Dossier médical.....	57
c- Compte-rendu des séances d'évaluation en psychomotricité	57
d- Conclusion	63
DISCUSSION.....	66
BIBLIOGRAPHIE	69

PARTIE THEORIQUE

Introduction

La schizophrénie est une pathologie chronique ayant un impact en particulier sur les relations sociales des sujets. L'approche psychomotrice auprès de patients adultes schizophrènes fait l'objet de quelques écrits, la diversité des troubles psychomoteurs retrouvés dans cette pathologie y est rapportée.

Le psychomotricien peut être amené à accompagner plus spécifiquement des patients schizophrènes autour de la gestion émotionnelle. Pour réaliser cette prise en charge, il sera amené, au préalable, à réaliser un bilan lui permettant d'évaluer les compétences du patient, mais aussi de discerner ce qui pourra lui être proposé pour le soutenir dans la gestion de ses émotions, et ainsi améliorer la qualité de ses relations sociales.

Comment évaluer des compétences émotionnelles d'un patient schizophrène en tant que psychomotricien ? Qu'est-ce que le regard du psychomotricien peut apporter dans l'évaluation des compétences émotionnelles d'un patient schizophrène ?

Avant d'envisager les dysfonctionnements émotionnels de ces patients, nous présenterons au préalable la schizophrénie et ses différents symptômes, en précisant les troubles psychomoteurs pouvant y être associés. Nous aborderons de manière théorique également les compétences émotionnelles associées à la gestion des émotions, et la spécificité de l'approche psychomotrice dans la régulation émotionnelle.

Dans une seconde partie, nous parlerons plus concrètement de la préparation de la prise en charge de patients schizophrènes autour de la gestion des émotions. Ainsi, nous présenterons ce qu'un psychomotricien peut mettre en place pour évaluer les compétences émotionnelles d'un patient schizophrène. Nous proposerons des actions spécifiques permettant d'apprécier la faisabilité d'une prise en charge utilisant des approches corporelles.

Nous illustrerons l'élaboration de cette évaluation par la vignette d'un patient hospitalisé en service de psychiatrie adulte.

Enfin, nous présenterons une réflexion sur le parcours de soin des patients schizophrènes et l'intérêt de proposer une prise en charge concernant la gestion des émotions, en tenant compte de la problématique spécifique et individuelle de ces patients lors d'une hospitalisation.

La schizophrénie

La schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique généralement sévère et invalidante. Elle appartient au domaine de la psychose correspondant à une altération globale de la personnalité impactant les rapports du sujet avec la réalité. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la schizophrénie fait partie des dix maladies entraînant le plus d'invalidités, c'est un « facteur majeur de désocialisation et de précarité » (Llorca, 2004).

1) Définition

Etymologiquement, le terme schizophrénie signifie « scission de l'esprit », il a été proposé par Eugen Bleuler en 1911 après avoir été décrit par Emil Kraepelin (*démence précoce*). La schizophrénie est une maladie chronique psychotique qui touche environ 1% de la population.

Ey définit la schizophrénie comme étant “un ensemble de troubles où dominant la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments; troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité”. (Ey, 1973)

Le diagnostic est clinique, il est posé lorsque la présence d'une association de certains symptômes évocateurs a été observée durant une période donnée.

a- Outils diagnostiques

Actuellement, la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) et le DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) sont des outils diagnostiques de la schizophrénie.

Selon la CIM-10, le diagnostic de schizophrénie repose sur trois conditions :

1. La présence d'au moins un des symptômes suivants :

- un écho, un retrait ou une diffusion de la pensée ou des pensées imposées
- un syndrome d'influence ou une perception délirante
- des hallucinations verbales
- un délire persistant, culturellement inadapté et irrationnel.

Il peut également reposer sur l'association de deux symptômes parmi les suivants: hallucinations persistantes de n'importe quelle modalité présentes quotidiennement, néologismes, barrages ou troubles du cours de la pensée entraînant un discours incohérent ou illogique et symptômes négatifs (apathie, pauvreté du discours, émoussement affectif...).

2. L'évolution de ces symptômes évocateurs depuis au moins un mois.
3. L'exclusion de toute autre pathologie pouvant expliquer ces symptômes.

Le diagnostic de schizophrénie fait par le DSM-V repose sur six critères :

A. La présence pendant un mois d'au moins deux symptômes parmi les suivants : des idées délirantes, des hallucinations, un discours désorganisé, un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique et des symptômes négatifs (aboulie, diminution de l'expression émotionnelle...). Un des trois premiers symptômes cités doit être présent.

B. Une altération marquée du fonctionnement du sujet dans un ou plusieurs domaines majeurs tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle pendant une partie significative du temps depuis la survenue du trouble (nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation).

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins six mois.

D. L'exclusion des diagnostics d'un trouble schizo-affectif ou d'un trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques.

E. Le trouble n'est pas dû aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre pathologie médicale.

F. En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois.

b- Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels permettent d'exclure toute autre pathologie mentale comme, par exemple, le trouble bipolaire. Il convient également d'éliminer les causes organiques ou la prise de substances (médicaments et toxiques) pouvant faire apparaître des symptômes retrouvés dans la schizophrénie.

c- Modes de début

L'entrée dans la schizophrénie peut être brutale ou progressive. Elle débute généralement entre 15 et 35 ans. Il existe une forme de schizophrénie à début précoce. (Koupernik, 2000). Lorsqu'elle est progressive, des manifestations non spécifiques peuvent se développer plusieurs années avant qu'apparaissent les symptômes de schizophrénie. L'entrée progressive dans la schizophrénie peut être caractérisée également par une altération des performances cognitives (baisse du niveau scolaire, échecs répétés...) ou par l'installation progressive d'une symptomatologie psychotique (hallucinations, idées délirantes, bizarreries dans le comportement).

Il peut s'écouler plusieurs années entre le début des manifestations non spécifiques et le début d'une prise en charge d'une personne souffrant de schizophrénie.

La période de psychose non traitée (*Duration of Untreated Psychosis*) correspond à la période où apparaissent les premiers symptômes de schizophrénie, jusqu'au début de la prise en charge. Un des enjeux de santé publique est de débiter une prise en charge précoce pour prendre en compte rapidement la souffrance de ces personnes. De plus, il a été démontré que la rémission est moins bonne lorsque la durée d'évolution des symptômes est longue.

L'entrée dans la schizophrénie de façon brutale va se manifester par un épisode psychotique aigu (anciennement appelé bouffée délirante aiguë) caractérisé par la présence d'au moins un des symptômes (idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique) pendant plus d'un jour mais moins d'un mois, avec un retour complet au niveau de fonctionnement antérieur. Cette perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble (trouble

de l'humeur, trouble schizo-affectif ou schizophrénie), elle n'est pas due directement aux effets physiologiques d'une substance ou une affection médicale générale.

Le diagnostic de schizophrénie sera retenu seulement si les symptômes sont présents plus d'un mois.

2) Symptômes

La schizophrénie est caractérisée par une expression clinique hétérogène ; ainsi, il est retrouvé une grande diversité de profils sous la même appellation. Les symptômes schizophréniques sont rassemblés en trois dimensions principales : positive (hallucinations et délires), négative (aboulie, apathie, repli autistique et retrait social) et désorganisée (troubles du cours de la pensée, incohérence des actions et ambivalence affective).

a- Les symptômes positifs

Les symptômes dits positifs sont caractérisés par des manifestations non retrouvées dans un comportement normal, alors que les symptômes dits négatifs correspondent à la disparition ou la diminution de facultés normalement retrouvées.

La dimension positive est décrite comme une transformation du vécu due à une « perturbation de la relation à l'environnement et à son propre corps » (Franck, 2013). Les symptômes positifs principaux correspondent aux hallucinations et aux idées délirantes.

Les hallucinations sont le plus souvent auditives mais elles peuvent également être visuelles, tactiles (concerne la sensibilité superficielle), olfactives, cénesthésiques (perceptions erronées touchant la sensibilité profonde) ou psychomotrices (sensation de faire un mouvement non-exécuté).

Les idées délirantes correspondent à des croyances reposant sur des données en dehors de la réalité. Plusieurs thèmes peuvent être retrouvés dans le délire. Le délire

paranoïde est associé à la schizophrénie, il est non structuré et polymorphe. C'est-à-dire que plusieurs thèmes y sont intriqués et son contenu est difficile à saisir.

L'automatisme mental peut également être compris dans les symptômes positifs. Les personnes souffrant d'automatisme mental ont le « sentiment que leur pensée se déroule automatiquement, hors de leur contrôle » (Franck, 2013), sans sentiment de subir l'emprise de quelqu'un.

b- Les symptômes négatifs

Les symptômes négatifs touchent les comportements et les affects. Ils peuvent se manifester par un déficit de la capacité à initier des actions (apragmatisme), un désintérêt pour le monde environnant, une incapacité à prendre soin de soi (incurie), une incapacité à ressentir du plaisir (anhédonie), un retrait social... tout ce qui correspond à une perte dans le domaine émotionnel et le domaine comportemental. L'altération du système émotionnel des personnes schizophrènes sera décrite plus précisément dans une autre partie.

Malgré leur expression moins spectaculaire, les symptômes négatifs peuvent être tout aussi invalidants que les symptômes positifs et leur persistance est un mauvais pronostic dans l'évolution de la maladie.

c- La désorganisation

« La désorganisation se caractérise par une incapacité à construire un comportement ou un discours cohérents » (Franck, 2013). Elle touche aussi bien les pensées, les affects et les actes que le langage, et peut se manifester par des bizarreries comportementales, des pensées illogiques ou des propos irrationnels n'ayant pas de rapport avec le contexte.

La désorganisation cognitive peut se manifester par un rationalisme morbide consistant en l'élaboration d'une interprétation du monde basée sur une logique inappropriée.

Le discours d'une personne schizophrène peut être incohérent avec un langage peu ou pas compréhensible dû à un trouble de la pensée amenant à ne pas pouvoir suivre

le fil de la conversation. Le langage peut être affecté également par l'utilisation de néologismes, un discours discontinu ou des troubles syntaxiques.

Les troubles du comportement consécutifs à la désorganisation sont caractérisés par des actes insolites, des bizarreries, des actions inadaptées à la réalité. Ils peuvent également se manifester par une alternance entre la stupeur et l'agitation (syndrome catatonique...).

La désorganisation touchant la sphère affective se traduit par exemple par des rires immotivés, une ambivalence affective. Les dysfonctionnements émotionnels retrouvés dans la schizophrénie seront abordés plus loin.

Plusieurs études ont mis en avant une relation entre certains troubles des fonctions exécutives et la désorganisation. En effet, la désorganisation peut altérer la capacité de hiérarchiser des actions ou encore sélectionner les actions pertinentes.

3) Insight et schizophrénie

L'insight est un terme anglais traduit par la conscience des troubles. Actuellement, l'enjeu thérapeutique en faveur d'un travail d'insight est recherché pour influencer favorablement l'évolution de la schizophrénie. Les différents axes thérapeutiques tels que la réhabilitation psychosociale, la remédiation cognitive et les ateliers psychoéducatifs « soutiennent l'idée que l'insight est un levier majeur afin de permettre au sujet souffrant de schizophrénie d'être acteur de son parcours de soin [...] de favoriser l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux traitements » (Bouroubi, 2016).

L'insight dans la schizophrénie est un phénomène complexe à définir. En effet, les définitions sont multiples en fonction des divers champs théoriques existants. Il est souvent retrouvé dans la littérature que les patients souffrant de schizophrénie ont un faible insight. Ce faible insight voire l'absence d'insight correspond à « la méconnaissance de l'état morbide d'un point de vue clinique » (Bouroubi, 2016). Le trouble de prise de conscience dans la schizophrénie renvoie donc à la différence de jugement entre le sujet lui-même sur sa condition et celui donné par le praticien. Concrètement, l'insight correspond à la reconnaissance de l'aspect pathologique d'un état et l'utilisation de comportements adaptés en fonction.

Concernant les capacités de l'insight chez des patients schizophrènes, les recherches actuelles montrent un avis divisé. Certains vont mettre en avant les effets positifs de ce travail, et d'autres vont alerter sur les risques qu'entraîneraient une prise de conscience du trouble.

Des études ont montré une corrélation positive entre un bon niveau d'insight et la présence d'une symptomatologie dépressive, avec une estime de soi altérée et un risque suicidaire élevé (Bouvet, 2010).

Les arguments en faveur d'un travail de l'insight chez des sujets souffrant de schizophrénie seraient une meilleure qualité de vie, une meilleure observance médicamenteuse, une stabilisation durable avec une autonomie et enfin une amélioration du fonctionnement social.

En fonction des méthodologies utilisées, les études mettent en avant des résultats plutôt contradictoires ; il est donc important de penser à un accompagnement psychosocial lors d'un éventuel travail de l'insight chez un patient schizophrène, permettant de soutenir le sujet dans la prise de conscience de son trouble qui peut être douloureuse.

4) Formes cliniques

Plusieurs sous-types de schizophrénies peuvent être rencontrés, la forme de schizophrénie est définie par la prédominance de l'une des dimensions symptomatiques par rapport aux deux autres. Il est possible de passer d'une forme à une autre au cours de la maladie.

Le DSM-V ne parle plus de sous-types de schizophrénie. En revanche, la CIM-10 propose une classification des formes de schizophrénie :

- paranoïde : prédominance de symptômes positifs (délires, hallucinations...)
- hétérologique : prédominance de symptômes négatifs (repli autistique, perturbation des affects...)
- catatonique : altération de la faculté d'agir volontairement dans un but déterminé avec passage de stupeur à hyperkinésie

- indifférenciée : sans correspondance avec les trois formes précédentes ou répondant aux critères de plusieurs formes
- dépression post-schizophrénique : symptômes dépressifs au premier plan dans la schizophrénie répondant aux critères d'un épisode dépressif
- résiduelle : symptômes négatifs durables mais intensité et fréquence des symptômes positifs atténuées
- simple : survenue insidieuse de symptômes négatifs accompagnée de modifications comportementales (bizarreries de comportement, perte d'intérêt, retrait social important...) sans antécédents de symptômes positifs
- autres formes de schizophrénie et schizophrénie sans précision.

5) Troubles cognitifs associés

Une dimension cognitive peut être associée à la schizophrénie, cependant elle ne contribue pas au diagnostic du fait qu'elle ne soit pas spécifique à la maladie. Cette dimension a un impact très important dans le handicap psychique et la perte d'autonomie associés à la schizophrénie. En effet, les déficits cognitifs retrouvés vont avoir un retentissement sur l'intégration scolaire et professionnelle, les activités sociales et les activités quotidiennes de la personne. Ils prédisent donc l'adaptation fonctionnelle de la personne. La majorité des patients souffrant de schizophrénie présentent des troubles cognitifs. Le fonctionnement cognitif de ces patients a largement été étudié dans les domaines de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives.

Nuechterlein et al. ont identifié sept facteurs cognitifs déficitaires dans la schizophrénie : la vitesse de traitement de l'information, l'attention (vigilance, distractibilité...), la mémoire de travail, l'apprentissage et la mémoire verbale, l'apprentissage et la mémoire visuo-spatiale, le raisonnement et la résolution de problème. (Nuechterlein, 2004).

Dans le domaine exécutif, des altérations importantes sont également retrouvées au niveau de la planification, l'inhibition et la flexibilité mentale. Des altérations des

processus mnésiques impactent les capacités de mémoire à court-terme et les capacités de consolidation. La mémoire procédurale et la mémoire sémantique ne seraient pas atteintes chez les personnes souffrant de schizophrénie. (Elissalde, 2011).

La schizophrénie est également associée à des troubles de la cognition sociale. La cognition sociale correspond à « l'ensemble des processus de traitement de l'information qui sous-tendent les relations interpersonnelles » (Franck, 2013). Elle repose sur le traitement des informations apportées par les communications non-verbales (expressions faciales, prosodie, gestes...). Une altération de ces processus est retrouvée dans la schizophrénie. Les troubles de la cognition sociale ont un retentissement important sur l'insertion sociale ou professionnelle. En effet, ces déficits de traitement peuvent favoriser les idées délirantes ou entraîner un retrait social chez une personne schizophrène qui ne comprend pas les intentions et désirs d'autrui.

6) Troubles psychomoteurs

Les troubles psychomoteurs sont définis par plusieurs caractéristiques :

- « - ce sont des troubles perceptivo-moteurs affectant les différentes fonctions d'exploration (aspects perceptifs), d'action (sur le milieu physique), de communication (notamment dans ses aspects non verbaux) et les manifestations émotionnelles ;
- ils se manifestent par des signes neurologiques doux qui signent l'existence d'un dysfonctionnement cérébral a minima
- ils sont associés à un complexe psychopathologique, comportant des facteurs émotionnels et pouvant aller jusqu'à un véritable trouble psychiatrique qui soulève la question des comorbidités » (Albaret, 2012).

L'association du trouble psychiatrique avec le trouble psychomoteur est fréquente. Voici un recueil des troubles psychomoteurs pouvant être retrouvés dans la schizophrénie.

a- Les signes neurologiques doux

Les signes neurologiques doux observés dans la schizophrénie sont liés aux troubles psychomoteurs. Ils sont caractérisés par le fait qu'ils sont légers, intermittents et situationnels, ils ne peuvent pas être localisés spécifiquement et sont différents des comportements. Ils se manifestent par des syncinésies, des troubles du tonus, des dysrythmies... Le psychomotricien pourra les observer lors de l'examen du tonus ; il pourra également les évaluer à l'aide d'une échelle lors de l'examen psychomoteur afin de relever des éléments d'observations cliniques ou des éléments porteurs d'une hypothèse diagnostique.

b- Les troubles perceptifs et cognitifs

Les troubles perceptifs et cognitifs retrouvés dans la schizophrénie peuvent être très variés. Les déficits cognitifs rencontrés dans la schizophrénie ont été développés plus haut. Ils concernent principalement les domaines de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives.

Un déficit attentionnel chez les personnes souffrant de schizophrénie est fréquemment abordé dans la littérature. Les capacités d'attention soutenue et sélective peuvent être altérées. Les patients schizophrènes peuvent avoir de grandes difficultés à extraire les informations utiles et pertinentes parmi diverses stimulations pour une action. Ils peuvent également avoir des difficultés à maintenir leur attention sur une longue période. (Saoud, 2006).

Il convient donc au psychomotricien d'adapter le cadre des séances en fonction des capacités du patient et de veiller à analyser si les difficultés repérées ne sont pas dues à un trouble attentionnel.

Des troubles du langage peuvent être apparentés à l'expression des perturbations de la pensée chez des personnes schizophrènes. Il est retrouvé des anomalies dans la prosodie, des persévérations dans les idées, des ruptures dans le discours. Le langage écrit peut également être perturbé, avec des incohérences dans les idées, des troubles syntaxiques, des troubles lexicaux et l'utilisation de néologismes. Ainsi, dans la discussion comme dans l'écriture, la pensée semble floue, imprécise et parfois incohérente. (Boucard, 2008).

Des perturbations au niveau des sensations extéroceptives et intéroceptives sont également observées chez les personnes schizophrènes (difficultés à percevoir et localiser des appuis au niveau du corps, difficultés à percevoir un état de détente...). Un défaut de perception du corps dans l'espace vient se rajouter aux difficultés d'intégrer les informations perceptives. (Treillet, 2008).

Ces éventuelles difficultés seront à prendre en compte lors de la mise en place de séances en psychomotricité avec un patient schizophrène. En effet, le psychomotricien pourra être amené à proposer des approches corporelles afin de guider le patient vers un état de relaxation. Il faudra donc s'assurer au préalable de la pertinence de l'approche et accompagner le patient dans la prise de conscience corporelle d'un état de détente.

c- Les troubles moteurs

Dans les critères diagnostics du DSM-V, il est parlé d'un comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé dont la catatonie, caractérisée par des périodes de passivité et de négativisme alternant avec des excitations soudaines. Le comportement moteur anormal peut alors se manifester par une stupeur catatonique (ou catalepsie) se manifestant par une rigidité des attitudes avec une diminution marquée des mouvements, ou inversement une agitation catatonique se manifestant par une activité motrice excessive et sans but apparent. Ces comportements rendent difficile la réalisation des actes de la vie quotidienne et impactent la qualité des relations sociales du sujet.

Un ralentissement psychomoteur peut être observé chez les personnes schizophrènes dès le début de la maladie. Ce ralentissement est associé surtout à la présence de symptômes négatifs, il est indépendant du traitement médicamenteux. Il va avoir un impact sur le fonctionnement et les capacités cognitives des personnes souffrant de schizophrénie. (Hamdioui, 2016 ; Samalin, 2014).

Des perturbations du schéma corporel sont retrouvées, avec notamment des difficultés dans la réversibilité et l'organisation des segments corporels (difficultés praxiques...).

Les coordinations générales peuvent également être déficitaires, avec des difficultés constatées pour l'organisation du geste au niveau spatial par rapport aux repères corporels. Les troubles des coordinations ne seraient pas expliqués seulement par les

perturbations toniques ; en effet, ils apparaissent généralement lors de l'accumulation de plusieurs tâches à accomplir. La motricité fine est également altérée, avec des difficultés de déliement digital et de dextérité manuelle.

Une perturbation majeure du tonus est retrouvée dans la schizophrénie. Les personnes schizophrènes présentent des éléments caractéristiques au niveau de leur tonus et de leur posture. En effet, il est retrouvé des particularités au niveau du tonus avec une hypertonie posturale et des fluctuations du tonus d'action se manifestant par une résistance lors de mobilisations passives, et une prédominance de l'hypotonie au niveau des membres inférieurs lors de la mise en jeu du tonus d'action.

Cette dysharmonie du tonus s'illustrant par « une expression de mollesse voire de nonchalance dans le mouvement s'inscrivant sur un axe rigide et pouvant basculer brutalement dans un état d'hypertonie générale, reflète également les symptômes de dissociation et plus globalement le syndrome de désorganisation » (Treillet, 2008). Les personnes schizophrènes ont également du mal à ajuster leur posture lors de résistance à la poussée. Ces anomalies posturales et toniques vont entraîner une dysharmonie des mouvements, une diminution des réflexes et des difficultés de dissociation des ceintures. Ainsi, il est retrouvé des anomalies au niveau de la marche avec une raideur générale observée chez les personnes schizophrènes.

La tendance à l'hypertonie générale est associée aux émotions par certains auteurs, l'anxiété pouvant, en effet, majorer la désorganisation tonique.

d- Les troubles affectifs

Comme il a été relevé plus haut, la cognition sociale est altérée dans la schizophrénie. La cognition sociale comprend la théorie de l'esprit, qui correspond à « l'aptitude à pouvoir attribuer chez autrui des états mentaux tels que des croyances, des pensées ou des intentions » (Cermolacce, 2011). La théorie de l'esprit est perturbée chez les personnes schizophrènes.

Il est également retrouvé un défaut d'empathie et d'adaptation à l'interlocuteur, se manifestant par des ruptures fréquentes du dialogue infra-verbal (asynchronie des mimiques, absence ou rareté des mimiques et des sourires, immobilité du buste et des bras, défaut d'adaptation du regard...).

Une discordance affective est également relevée, avec un décalage entre la teneur des propos et l'expression émotionnelle au même moment. Des difficultés au niveau de la gestion, de l'expression émotionnelle et du décodage des émotions sont fréquemment retrouvées dans la schizophrénie. Les dysfonctionnements émotionnels retrouvés dans la schizophrénie seront abordés plus précisément dans une autre partie.

Ainsi, les interactions sociales sont perturbées chez les personnes schizophrènes au vu de leurs difficultés de communication et d'adaptation sociale.

De nombreuses difficultés peuvent être retrouvées dans la schizophrénie, elles touchent le domaine cognitif, social et psychomoteur et ont un retentissement très important sur la qualité des relations sociales et sur la qualité de vie des personnes schizophrènes. Tous les dysfonctionnements relevés au niveau psychomoteur montrent bien que la psychomotricité est un domaine de compétences essentiel dans le parcours de soins des personnes schizophrènes.

7) Comorbidités

Plusieurs troubles peuvent être associés temporairement ou de façon permanente à la schizophrénie. Les comorbidités de la schizophrénie les plus retrouvées dans la littérature sont les troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire) et les addictions (consommation de tabac, cannabis ou alcool). Le trouble anxieux généralisé est aussi souvent lié à la schizophrénie. (Franceschi, 2011). Certains auteurs parlent également du trouble de personnalité antisociale pouvant être retrouvé chez les personnes schizophrènes ; il est décrit comme un facteur de violence ou de délinquance dans la schizophrénie. (Vandamme, 2009)

Il est important de prendre en compte les affections comorbides lors de la prise en charge dans le but d'améliorer le tableau clinique du patient schizophrène. (Franceschi, 2011).

8) Etiologies

Le modèle étiopathogénique de la schizophrénie est extrêmement complexe. L'hypothèse la plus plausible est que des sujets, porteurs d'une vulnérabilité génétique, développent une schizophrénie en fonction de l'effet délétère de l'environnement. Les facteurs de risque environnementaux comprennent les facteurs psychosociaux, infectieux ou toxiques, ils jouent un rôle dans l'étiopathogénie de la schizophrénie.

Des différences au niveau de l'expression clinique sont retrouvées en fonction du sexe. En effet, les hommes ont plutôt une tendance aux comportements antisociaux et hyperactifs alors que les femmes présentent majoritairement un repli, une timidité leur permettant une meilleure adaptation sociale. L'évolution est donc plus favorable pour les femmes souffrant de schizophrénie. Il est également démontré que les sujets résidant en zone urbaine ont un risque plus important de développer une schizophrénie. Une forte corrélation entre l'exposition à des agents infectieux durant la grossesse et la survenue de la schizophrénie a été retrouvée ; néanmoins, l'implication d'un facteur infectieux déterminé dans la schizophrénie n'a pas été confirmée. La consommation de toxiques (alcool, tabac, cannabis...) a des répercussions néfastes sur le psychisme des sujets. Il est difficile de savoir si ces consommations sont la cause ou la conséquence de la maladie ; en effet, la consommation peut permettre d'améliorer temporairement les symptômes retrouvés dans la schizophrénie.

La liste des facteurs étiopathogéniques environnementaux n'est pas exhaustive, mais elle permet de mettre en avant l'existence d'un modèle complexe et multifactoriel de la schizophrénie. Caroline Demily conclut son article sur les facteurs de risques environnementaux dans la schizophrénie par l'émission de l'hypothèse que « dans une perspective de continuum entre le normal et le pathologique, un environnement très délétère peut engendrer une schizophrénie chez un sujet à faible risque génétique et que, a contrario, chez un sujet à forte vulnérabilité d'origine génétique, un stress moindre peut engendrer la maladie » (Demily, 2008).

9) Traitement pharmacologique

Le traitement médicamenteux est primordial dans la prise en charge de la schizophrénie pour agir sur la diminution des symptômes positifs et essayer d'apporter un « mieux-être » aux personnes souffrant de schizophrénie. Il va également permettre une meilleure implication des patients schizophrènes dans les différentes prises en charge non médicamenteuses.

Les dysfonctionnements dopaminergiques demeurent la cible privilégiée des traitements psychotropes. Les neuroleptiques (antipsychotiques) sont prescrits pour diminuer les délires et hallucinations ; ils ont une action sur la voie méso-limbique permettant la régulation de la vie émotionnelle et le contrôle de la motivation. Ils ont également une action sur les autres voies dopaminergiques donnant des effets secondaires au traitement (syndrome parkinsonien, troubles du tonus...).

Les antipsychotiques permettent la « résolution des phases aiguës et la prévention des rechutes » (Demily, 2013). Les antipsychotiques de seconde génération (atypiques) sont initialement privilégiés, en raison d'effets secondaires moins importants, avec notamment un risque moindre de dyskinésie tardive associée par rapport aux neuroleptiques de première génération (classiques). (Blondeau, 2006)

10) Prise en charge non médicamenteuse

La prise en charge de la schizophrénie ne repose pas seulement sur un traitement médicamenteux, elle comprend également les approches psychosociales. Ces prises en charges sont réalisées sur du long terme, par différents professionnels et prennent en compte les spécificités individuelles de chaque patient en fonction de ses capacités cognitives et sociales et de l'évolution de ses besoins. « Divers programmes d'intervention psychosociale ont fait leurs preuves : les programmes psychoéducatifs, les traitements cognitivo-comportementaux, l'entraînement aux habiletés sociales s'appuyant sur la remédiation cognitive, ou le soutien à la réinsertion professionnelle. » (Petitjean, 2006).

a- Les psychothérapies

Les thérapies cognitivo-comportementales s'intéressent aux déficits cognitifs qui handicapent les patients schizophrènes dans leurs relations sociales et professionnelles. Elles visent à corriger ces déficits. Elles peuvent également s'appliquer dans le cadre de prévention des rechutes ou l'abus de substances.

L'intervention familiale, les interventions de groupes ainsi que les groupes d'entraide peuvent également s'avérer utiles dans cette prise en charge psychosociale. (Blondeau, 2006).

Les bienfaits des psychothérapies intégratives pour les personnes souffrant de schizophrénie sont mis en avant dans la littérature. (Lysaker, 2007 ; Bouroubi, 2016).

b- La remédiation cognitive et ateliers psychoéducatifs.

Les programmes de remédiation cognitive et d'éducation thérapeutique se développent depuis plusieurs années. Ils sont fondés sur le constat d'une relation entre les déficits cognitifs et le handicap psychosocial. Ils peuvent aborder des thèmes tels que la connaissance de la maladie et du traitement, ou encore la gestion émotionnelle. Le but de ces programmes est de permettre un accompagnement du sujet souffrant de schizophrénie dans son parcours de soin. Ils comprennent un ensemble de techniques visant à restaurer ou compenser les fonctions cognitives déficitaires.

La remédiation cognitive est une technique de plus en plus utilisée dans la prise en charge de la schizophrénie, elle est associée aux traitements médicamenteux et à la psychothérapie. Elle vise une action sur les symptômes résistant souvent aux neuroleptiques (troubles cognitifs, symptômes négatifs et désorganisation). Elle permet de réduire le handicap résiduel des personnes souffrant de schizophrénie. (Franck, 2007).

Les techniques de remédiation cognitive sont mises en place après une évaluation des fonctions cognitives ; une durée du programme est fixée dès le départ, des tâches à réaliser à domicile sont prescrites et des retours au patient sont effectués sur les changements observés.

Ces techniques consistent à agir sur les fonctions déficitaires (attention, mémoire...) en ciblant les dysfonctionnements retrouvés dans la vie quotidienne du patient. Ces actions peuvent être réalisées de deux façons : soit en développant des capacités alternatives, soit en agissant directement sur les processus altérés. Ces techniques permettent donc l'augmentation de l'efficacité dans la réalisation d'activités afin d'améliorer les capacités du sujet à faire face aux situations concrètes de sa vie quotidienne.

Les ateliers psychoéducatifs comprennent l'accompagnement et le soutien émotionnel des patients et de leurs familles ainsi que l'éducation thérapeutique. (Petitjean, 2006).

c- L'entraînement aux habiletés sociales

Les programmes d'entraînement aux habiletés sociales ont pour but d'accompagner le patient dans le développement de ses capacités et l'amélioration de son fonctionnement social et de son autonomie. (Petitjean, 2006).

Les habiletés sociales correspondent à des savoir-faire comportementaux indispensables à une bonne adaptation aux niveaux affectif, social, personnel et professionnel. Ces programmes peuvent être proposés par un psychomotricien à travers des jeux de rôle ou des techniques de résolution de problème, par exemple. Durant ces entraînements, le psychomotricien pourra proposer des stratégies destinées à diminuer l'état de désadaptation sociale du patient.

d- La réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale est une approche permettant de développer des actions pour optimiser les capacités et compétences persistantes d'un sujet malade. L'objectif est de diminuer les difficultés résultant de conduites déficitaires inhérentes à la maladie, et de potentialiser les capacités persistantes des patients. Elle a donc pour mission de maintenir dans la communauté les personnes souffrant de maladie chronique et de mettre en place des systèmes permettant l'accompagnement en dehors des hôpitaux.

De nombreuses stratégies de réadaptation se sont développées pour prendre en charge les patients schizophrènes. La remédiation cognitive a une action en particulier sur les déficits cognitifs des patients schizophrènes. Les programmes d'entraînement aux habiletés sociales s'intéressent spécifiquement à l'amélioration du fonctionnement social du sujet. Et la réhabilitation psychosociale a pour objectif l'intégration et l'accompagnement des personnes schizophrènes dans la société. Ces stratégies de réadaptation ont pour objectif de potentialiser les capacités de ces patients et diminuer l'impact de leurs déficits sur leur qualité de vie, leurs relations sociales, leur insertion professionnelle et leur autonomie.

e- Prises en charge psychomotrices

Le psychomotricien peut intervenir par l'utilisation d'approches comportementales et cognitives. C'est un thérapeute de l'action qui prend en charge les troubles de l'action et des relations de l'action avec la cognition et l'émotion. (Lapasset, 2000). Nous avons vu qu'il intervient dans les programmes d'entraînement aux habiletés sociales.

Le psychomotricien peut également prendre en charge des patients schizophrènes dans le cadre de la régulation des émotions et du tonus. Nous présenterons dans une autre partie les approches corporelles qui sont proposées aux patients schizophrènes et décrites dans la littérature.

Les interventions du psychomotricien peuvent être très variées. Il est donc essentiel d'adapter la prise en charge psychomotrice en fonction des difficultés, des besoins et du projet de soins du patient. La réalisation d'un bilan psychomoteur en amont de la mise en place des séances permettra de recueillir les informations nécessaires pour définir les axes thérapeutiques en fonction des résultats et de la demande du patient.

11) Parcours de soins

a- Structures d'accueil en fonction des phases de la maladie

L'hétérogénéité des symptômes et les différentes phases de la schizophrénie nécessitent un large éventail de modalités de prise en charge, depuis l'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel au suivi ambulatoire.

La phase aiguë correspond à l'apparition du premier épisode psychotique. Durant cette phase, les symptômes sont très intenses et nécessitent une hospitalisation de la personne afin de pouvoir mettre en place des mesures visant à réduire la sévérité des symptômes psychotiques et accompagner le patient et sa famille dans l'élaboration d'un projet de soin.

L'établissement d'une alliance thérapeutique solide débute dès le premier épisode psychotique. En effet, il est important de créer une alliance thérapeutique favorable entre les différents soignants et le patient, afin que ce dernier puisse prendre conscience de l'importance d'une prise en charge médicamenteuse et psychosociale.

La phase de stabilisation va être accompagnée de réadaptation ayant pour but de maintenir un équilibre et un contrôle des symptômes psychotiques et prévenir les risques de rechutes. Cette phase de réhabilitation comprend des interventions psychosociales visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes schizophrènes.

Coldefy et Nestrigue ont observé le parcours de soins de patients schizophrènes suivis en psychiatrie dans un établissement de santé. Ils ont pu distinguer plusieurs grands types de prises en charge. Un premier groupe comprend les patients qui ont majoritairement un contact ponctuel avec le système de soins psychiatriques (ambulatoire ou hospitalier). Le deuxième groupe rassemble les patients qui ont un contact régulier avec le système de soins avec des prises en charge adaptées à leurs besoins : hospitalisation longue à temps plein ou partiel, prises en charge marquées par l'absence d'adhérence aux traitements, prises en charge ambulatoires avec des soins très fréquents et variés ou un suivi moins intense mais régulier. (Coldefy, 2013).

b- Evolution

La schizophrénie peut évoluer de trois façons :

- une évolution favorable caractérisée par l'amélioration des symptômes permettant une insertion socioprofessionnelle satisfaisante.
- une évolution intermédiaire correspondant à une stabilisation des symptômes sur un mode déficitaire avec une prédominance des symptômes négatifs ou délirants.
- une évolution défavorable marquée par l'aggravation des symptômes positifs et négatifs et de la désorganisation amenant à une dégradation progressive de la personne souffrant de schizophrénie.

Le parcours d'une personne souffrant de schizophrénie n'est pas linéaire. En effet, il peut être ponctué de différents niveaux d'altérations avec des symptômes changeants nécessitant des hospitalisations afin d'adapter les prises en charge en fonction des besoins du patient. Il est donc très important d'instaurer des plans de soin individualisés. La coordination des professionnels prenant en charge ces patients est également essentielle.

L'observance du traitement est un facteur essentiel dans l'évolution de la schizophrénie. Cependant, l'anosognosie a souvent un impact négatif sur la prise en charge des personnes schizophrènes. Le psychomotricien peut avoir une action sur l'adhésion au traitement en travaillant l'amélioration de la conscience des troubles et de la maladie.

Après avoir présenté la schizophrénie, nous allons maintenant parler des compétences émotionnelles associées à la gestion des émotions.

Les compétences émotionnelles

Les émotions ont été longtemps vues comme des « phénomènes perturbant l'exercice de la raison » (Mikolajczak, 2009). Ce n'est qu'à partir de la fin du XX^{ème} siècle que les études ont mis en avant l'importance des émotions dans la survie et l'adaptation de l'être humain à son environnement.

Dans une première partie, nous allons tenter de définir ce que sont les émotions, quelles sont les bases neurobiologiques qui les soutiennent, leurs dimensions et enfin leurs fonctions communes et spécifiques.

Dans une deuxième partie, nous aborderons plus spécifiquement les compétences associées à la gestion des émotions.

Enfin, dans une troisième partie, nous essaierons d'expliquer comment le psychomotricien est amené à intervenir dans l'accompagnement de la gestion émotionnelle.

1) Les émotions

a- Définitions

Le mot émotion vient du latin, -motio signifie mouvement et e- signifie qui vient de. Cette étymologie indique que l'émotion est un mouvement provoqué par un stimulus extérieur.

Ce terme est employé régulièrement mais il est difficile à définir.

D'après le Larousse, une émotion est une « réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement ». C'est aussi un « trouble subit, une agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie... ». (Larousse, 1865). Cette dernière définition peut questionner sur la cohérence de l'expression « trouble subit » alors qu'il n'est plus à prouver que les émotions en elles-mêmes ne sont pas des troubles mais sont essentielles pour la survie et l'adaptation de l'être humain.

D'après le dictionnaire de psychiatrie, l'émotion est un « mouvement affectif soudain et intense, entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu ». (Juillet, 2000).

Nous allons décrire succinctement les bases neurobiologiques qui sous-tendent les émotions.

b- Les bases neurobiologiques des émotions

Plusieurs régions clés ont un rôle dans le traitement émotionnel et dans la régulation émotionnelle. Nous allons présenter les principales structures cérébrales impliquées.

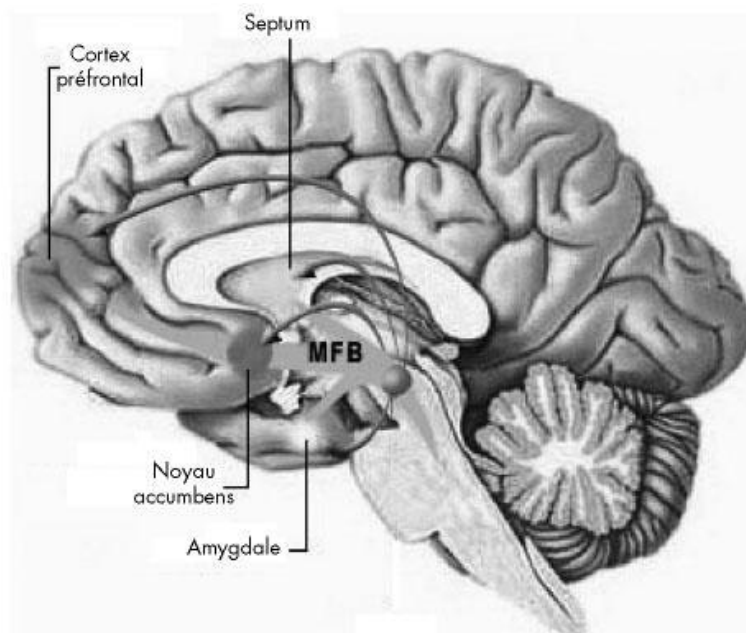


Figure 1 : Localisation de l'amygdale, du cortex préfrontal et du noyau accumbens (Mikolajczak, 2009)

L'amygdale est une structure cérébrale située dans la région interne du lobe temporal, elle fait partie du système limbique. Elle est impliquée dans la reconnaissance et le décodage des émotions. L'amygdale peut être activée par deux voies différentes : elle peut être activée par le thalamus sensoriel en réponse à un stimulus venant d'un des cinq sens (voie courte) mais elle peut également être activée par le cortex sensoriel qui a reçu l'information par le thalamus sensoriel (voie longue). La voie courte permet de réagir plus rapidement face à un danger, la voie longue est plus précise, elle permet de moduler l'activité de l'amygdale en fonction du réel stimulus sensoriel. L'amygdale est responsable de l'activation des émotions négatives préférentiellement.

Le cortex préfrontal est lui, responsable entre autres de la modulation des émotions. Il va permettre d'analyser une situation qui pose problème et planifier la stratégie de régulation appropriée. Il va également mémoriser le plan d'action et permettre que celui-ci se réalise en initiant les actions nécessaires et inhibant celles entravant l'atteinte de l'objectif, avant de contrôler le résultat final.

Le noyau accumbens va être responsable de la génération des émotions positives. Il est souvent surnommé « le centre du plaisir ». En effet, il est chargé de signaler la présence de stimuli appétitifs. (Mikolajczak, 2009).

c- Les cinq dimensions de l'émotion

Les différentes manifestations de l'émotion peuvent être catégorisées en cinq grandes dimensions.

La première dimension concerne les modifications biologiques et physiologiques entraînant un ensemble de manifestations neuro-végétatives contrôlées par le système nerveux autonome (système hormonal, rythme cardiaque et respiratoire...). Ces phénomènes préparent à l'action.

Une autre dimension de l'émotion est la tendance à l'action : chaque émotion provoque une motivation pour faire quelque chose, un comportement particulier. Par exemple, la peur a souvent tendance à nous donner l'envie de fuir. L'action sera produite ou non en fonction de la situation (faisabilité, contraintes sociales et régulation de l'émotion).

La troisième dimension correspond aux modifications expressives et comportementales qui permettent la transmission d'une information. Ces manifestations sont utiles pour prédire le comportement futur d'une personne.

Quatrièmement, la dimension cognitive de l'émotion, correspondant aux pensées suscitées par la situation.

Et enfin, vient s'ajouter l'expérience subjective, le ressenti propre à chacun de l'émotion, qui peut être différent chez une même personne selon le contexte.

d- Les fonctions communes des émotions

Les émotions sont indispensables à notre survie et notre adaptation. (Mikolajczak, 2009). « La fonction de l'émotion est de nous préparer à une réponse automatique

réussie, très rapide et historiquement utile aux tâches fondamentales de la vie » (Reeve, 2017). Dans chaque acte de la vie quotidienne, les êtres humains émettent une réaction adaptative émotionnelle correspondante. Ces réactions ont plusieurs fonctions.

Chaque émotion apporte une préparation spécifique pour répondre à une situation particulière. Les émotions comprennent des réactions biologiques permettant de préparer le corps à s'adapter à la situation. Elles permettent de diriger l'attention où il faut et préparent à l'action en organisant l'adaptation des comportements. Les émotions nous poussent à effectuer certains comportements et en inhiber d'autres afin d'être le mieux adapté à notre environnement.

Les émotions ont aussi une fonction de support à la décision. En effet, grâce aux réponses physiologiques déclenchées par l'émotion, la prise de décision est plus rapide et permet de choisir une option biologiquement avantageuse.

Elles sont une source d'informations sur notre relation au monde, elles nous informent sur la satisfaction ou non de nos besoins et la réalisation de nos objectifs.

Les émotions sont également des phénomènes sociaux, en effet, elles donnent des informations à autrui sur leurs caractères et leurs intensités au travers de notre corps (visage, posture, signal vocal...). Elles permettent de communiquer nos sentiments aux autres et influencent la manière dont les individus interagissent avec une personne. Les émotions peuvent susciter, maintenir ou mettre fin à des relations sociales. De manière générale, elles facilitent les interactions sociales.

Les émotions sont donc un outil indispensable à l'adaptation. Elles organisent les réponses de l'organisme en fonction des situations dans lesquelles il se trouve et ont un rôle très important dans les relations sociales. Néanmoins, les émotions peuvent être parfois dysfonctionnelles ; il conviendra alors d'analyser les dysfonctionnements et d'accompagner si besoin la personne rencontrant des difficultés.

e- Les émotions de bases et leurs fonctions spécifiques

De nombreux débats se sont centrés sur la question de la définition des émotions fondamentales. Un consensus s'est construit sur le fait que chaque « émotion de base n'est pas unique mais plutôt une famille d'émotions liées » (Reeve, 2017). Chaque

membre d'une famille d'émotions partage plusieurs caractéristiques de l'émotion de base (manifestations physiologiques, sentiment subjectif, expressions...).

Paul Ekman a défini les caractéristiques des émotions de bases :

- « - Elles sont innées plutôt qu'acquises ou apprises par l'expérience ou la socialisation.
 - Elles résultent de circonstances identiques pour toutes les personnes [...].
 - Elles sont exprimées de manière unique et distinctive (comme à travers une expression universelle du visage).
 - Elles évoquent un pattern de réponse physiologique distinctif et hautement prévisible.
- » (Ekman cité dans *Psychologie de la motivation et des émotions* de Reeve, 2017 ; p360).

La liste des émotions de base diffère selon les chercheurs mais un relatif consensus s'accorde pour inclure comme émotions de base les émotions suivantes :

- La peur :

Elle correspond à une réaction émotionnelle déclenchée suite à l'interprétation par la personne d'une situation à laquelle elle fait face comme dangereuse et menaçante pour son bien-être. La peur permet de se défendre, elle envoie un signal d'avertissement d'un danger imminent en stimulant le système nerveux autonome (tremblements, sueur...), qui va amener la personne à se protéger en mettant une distance (physique ou psychologique) entre elle et l'objet de la peur. L'expérience de la peur informe la personne de sa vulnérabilité. Un apprentissage de nouvelles réponses adaptatives va également être facilité par les expériences de peur afin de diminuer le risque de se retrouver dans la situation qui a engendré la peur.

- La colère :

Elle correspond à une réaction émotionnelle déclenchée chez une personne qui pense qu'une force externe fait obstacle à son bien-être ou à ses plans. La colère découle d'un sentiment que les choses ne se sont pas passées comme elles auraient dû, que quelque chose d'illégitime s'est déroulé (trahison, obstacles, critique...). La colère permet d'augmenter l'énergie de l'individu, elle va le rendre plus fort et lui donner un sentiment de contrôle, une affirmation de soi si elle est exprimée de façon non violente. Néanmoins, le but de la colère est de se débarrasser des barrières amenées par le milieu, elle peut donc provoquer des réactions agressives et faire du mal à l'adversaire.

- Le dégoût :

Il correspond à une réaction émotionnelle amenant la personne à se débarrasser d'un objet non désiré du fait de son état (pourri, abimé...). Le dégoût permet le rejet de quelque chose d'indésirable, mais il va également motiver la personne à apprendre les comportements nécessaires pour éviter de se retrouver dans les situations qui ont provoquées cette réaction émotionnelle.

- La tristesse :

Elle correspond à une émotion négative qui découle essentiellement des expériences de rupture et de malheur. La tristesse est ressentie comme désagréable, elle motive donc la personne à se recentrer sur elle-même et à agir pour modifier les circonstances amenant cette émotion. Elle favorise également la cohésion sociale afin de diminuer les risques qu'une personne ressent de la tristesse dans un groupe.

- La surprise :

Elle correspond à une réaction émotionnelle déclenchée par l'apparition soudaine d'un objet. Elle va permettre à la personne d'orienter son attention vers l'élément ayant déclenché cette réaction. La surprise peut être vécue de manière positive ou négative suivant les conséquences de cet événement inattendu.

- La joie :

Elle correspond à une réaction émotionnelle occasionnée suite à l'expérience d'évènements dont les conséquences sont favorables (réussite, progression...). La joie va rendre la personne enthousiaste et ouverte, elle va la motiver à s'engager dans des activités sociales mais elle va aussi l'apaiser grâce au sentiment positif rendant la vie agréable. Elle permet également de se protéger face à des événements difficiles.

f- Expressions faciales des émotions de base

Chaque émotion de base se distingue par des patterns de réponses expressifs spécifiques. L'expression émotionnelle permet de communiquer des informations. Ainsi, les réactions émotionnelles sont différenciées par des expressions faciales et vocales spécifiques. Nous aborderons seulement une description des expressions faciales selon chaque émotion de base.

Une méthode de codage des signes a été créée par Ekman et Friesen en 1977 (cité dans *Traité de psychologie des émotions* de Sander et Scherer, 2014) : la *Facial Action Coding System* (FACS). Cette méthode repose sur des bases anatomiques, elle décrit les mouvements de chaque expression faciale en termes de petites unités d'activités musculaires sans interprétation en termes d'émotions durant la phase de codage. La FACS présente la localisation des fibres musculaires et la direction des mouvements de chaque muscle facial en fonction du type d'action. Un système visant à distinguer les expressions faciales émotionnelles prototypiques sur la base du FACS a été réalisé par Ekman et Friesen : *l'Emotion FACS*. Ils répertorient les expressions faciales émotionnelles des émotions de base et décrivent leur correspondance en unité d'action.

Voici une description succincte des expressions prototypiques de chaque émotion de base :

- La peur : les sourcils se soulèvent et se rapprochent. Le front est contracté entre les yeux, les paupières supérieures et inférieures sont relevées. La bouche est ouverte et les lèvres se dirigent vers l'arrière.
- La colère : les sourcils s'abaissent et se rapprochent, les paupières supérieures se relèvent faisant apparaître un plissement entre les sourcils. Les lèvres se contractent et la bouche est serrée.
- Le dégoût : la lèvre supérieure est relevée, les joues sont contractées vers le haut et le front abaissé avec une contraction au niveau du nez.
- La tristesse : le mouvement le plus important de cette émotion se réalise au niveau des sourcils, ils sont légèrement froncés (sourcils en accent circonflexe). Une partie du champ de vision est recouverte par les paupières, les yeux sont dirigés vers le bas. La bouche est serrée et les commissures des lèvres d'abaissent légèrement.
- La surprise : le muscle du front se contracte, les sourcils sont soulevés et courbés, les paupières relevées et les yeux écarquillés. La bouche est ouverte et tombe passivement.
- La joie : les coins des lèvres et les joues montent vers le haut, le coin des yeux est contracté faisant apparaître des plissements au niveau de la paupière inférieure.

2) Compétences pour la gestion des émotions

Un consensus sur les différents modèles existants concernant les compétences émotionnelles est que celles-ci se réfèrent aux particularités de chaque individu dans la manière d'identifier, d'exprimer, de comprendre, d'utiliser et de réguler ses propres émotions et celles d'autrui. (Mikolajczak, 2009). Nous allons voir les caractéristiques des cinq compétences émotionnelles de base.

a- L'identification des émotions

Cette compétence correspond à la capacité d'identifier ses émotions et celles d'autrui. Elle est indispensable pour l'adaptation de l'être humain à son environnement. En effet, si nous n'arrivons pas à identifier ce que l'on ressent, nous aurons des difficultés à réguler nos émotions. L'identification de ses émotions est donc une prémisse à la régulation, elle est également utile pour distinguer les émotions qui améliorent notre fonctionnement de celles qui l'entravent afin de les utiliser de la meilleure façon.

Mikolajczak (2009) met en avant les processus sous-jacents à l'identification des émotions. Pour maîtriser cette compétence émotionnelle, il est tout d'abord important d'être ouvert aux émotions et de posséder un vocabulaire émotionnel assez riche. Le fait d'être ouvert à ses émotions comprend l'acceptation de leurs présences et l'analyse de leur valeur informative pour décider s'il est plus opportun de les utiliser ou de les réguler. Le vocabulaire émotionnel permet de distinguer et d'exprimer les différentes nuances pouvant être ressenties dans une émotion.

L'identification des émotions peut se faire à partir des différentes composantes émotionnelles décrites plus tôt (tendance à l'action, pensées, modifications physiologiques, expressives et comportementales).

La conscience émotionnelle est un prérequis à l'identification de ses propres émotions. Lane et Schwartz (cités dans *Les compétences émotionnelles* Mikolajczak, 2009 ; p. 56) ont élaboré un modèle décrivant cinq niveaux de conscience émotionnelle :

- conscience des sensations corporelles associées à l'émotion

- reconnaissance des tendances à l'action suscitées par l'émotion
- capacité d'identification et de dénomination des émotions
- prise de conscience des émotions complexes et des combinaisons d'émotions
- capacité à « se représenter et apprécier la complexité de ses propres expériences émotionnelles et celles d'autrui » (Mikolajczak, 2009).

Il est essentiel de pouvoir identifier ce que l'on ressent afin d'arriver à le gérer si besoin. La capacité à identifier les émotions d'autrui est également importante dans l'adaptation sociale et la régulation des interactions sociales. En effet, elle permet de connaître les besoins et attentes d'autrui afin de pouvoir y répondre. L'identification des émotions d'autrui se fait principalement par l'observation de ses communications non verbales (expressions faciales, regard, postures, gestes, prosodie, distance interpersonnelle...).

b- L'expression des émotions

Cette compétence permet d'exprimer ses propres émotions de manière adaptée à la situation et aux buts, elle permet également de favoriser l'expression émotionnelle d'autrui à travers l'écoute de ses émotions. La capacité d'exprimer ses émotions de manière adaptée est primordiale dans le bon fonctionnement des relations sociales. L'expression de nos émotions permet de donner à autrui des informations sur notre état et sur la répercussion de ses comportements sur la relation. Elle peut également favoriser la construction de liens affectifs entre les individus et renforcer la cohésion sociale par le partage et la communication.

Cependant, il est essentiel d'exprimer ses émotions de manière contrôlée pour ne pas qu'il y ait des effets négatifs sur les relations. De plus, dans certaines situations, il sera plus adapté de ne pas exprimer ses émotions.

c- La compréhension des émotions

Parmi les fonctions d'une émotion, l'émotion permet d'indiquer le niveau de satisfaction de nos besoins. En effet, la satisfaction ou l'insatisfaction des besoins de l'être humain

procure un ensemble d'émotions. Ainsi, les émotions seront positives ou négatives suivant la satisfaction ou non du besoin ; l'intensité des émotions informe sur la nécessité d'y répondre.

« Les émotions dites négatives comme la peur, la colère ou la tristesse sont des expériences qui nous signalent que nos besoins sont insatisfaits. A l'opposé, les émotions dites positives, comme la joie, le ravissement ou l'amusement, nous signalent que nos besoins sont satisfaits » (Mikolajczak, 2009).

Les émotions font partie intégrante d'un système régulateur nous informant sur ce qui est vraiment important pour notre bien-être (nos besoins) ; elles nous apportent des indications essentielles pour mieux les satisfaire. Il convient donc de prendre en compte les émotions que nous ressentons pour identifier les besoins sous-jacents et agir en conséquence afin d'obtenir un bien-être et un équilibre émotionnel. En effet, l'insatisfaction répétée des besoins peut entraîner des effets négatifs sur la santé mentale et physique.

d- La régulation des émotions

Nous avons vu que les émotions favorisaient l'adaptation au milieu. Cependant, il existe des situations où elles peuvent être dysfonctionnelles en nuisant au bien-être ou aux capacités de la personne ou encore en ayant un effet délétère sur autrui. Dans ces situations, les émotions doivent être régulées. La régulation émotionnelle concerne les émotions positives et négatives ; elle peut permettre de modifier le type, l'intensité, la durée de l'émotion.

Selon plusieurs auteurs, les formes de régulation émotionnelle peuvent être réunies en quatre grands types. La régulation émotionnelle peut consister à diminuer une émotion négative, augmenter ou maintenir une émotion positive, diminuer ou éliminer une émotion positive ou enfin augmenter ou maintenir une émotion négative.

Une régulation émotionnelle dysfonctionnelle va impacter les relations sociales, les capacités, le bien-être et la santé de la personne. Il convient alors de proposer à cette personne des stratégies de régulation fonctionnelles. Les stratégies de régulation émotionnelle peuvent s'effectuer en amont ou en aval de la situation engendrant des manifestations émotionnelles dysfonctionnelles. En effet, il peut être utile d'anticiper

les différentes situations susceptibles de provoquer des émotions ou de modifier ses comportements une fois que l'émotion a émergé.

e- L'utilisation des émotions

Les émotions influencent les processus cognitifs et les comportements. En effet, elles aiguillonnent nos pensées, nos perceptions, nos souvenirs, nos jugements et interprétations des événements, nos décisions et nos comportements. Il est important de prendre conscience et de repérer ces effets afin de les utiliser de manière à améliorer notre fonctionnement ou au contraire, de se débarrasser des émotions qui compromettent l'adaptation sociale et les performances de l'individu.

3) Intervention psychomotrice ciblée sur les compétences émotionnelles

La thérapie psychomotrice est un moyen permettant de rétablir l'adaptation de l'individu à l'environnement par l'intermédiaire d'apprentissages psycho-perceptivo-moteurs.

Le psychomotricien va s'intéresser aux compétences émotionnelles où les dimensions expressives de l'émotion sont présentes. Il peut être amené à accompagner son patient dans l'identification et la régulation de ses émotions pour l'aider à apprendre à gérer ses émotions.

Une approche ayant pour objectif l'amélioration du système émotionnel de patients schizophrènes a été mise en place par des psychomotriciens. Elle est constituée de plusieurs phases. Dans un premier temps, un travail de motricité faciale est proposé avec une coordination des mouvements avec la respiration. Ensuite une phase d'identification de l'émotion exprimée en portant une attention particulière aux sensations proprioceptions. Une fois que les mouvements de l'expression sont automatisés, le sujet est invité à se concentrer sur un support évoquant une émotion spécifique. Puis la dernière phase consiste à adapter la posture à l'émotion travaillée

avec les mouvements faciaux et la respiration. Les résultats montrent une évolution favorable de l'adaptation des patients schizophrènes avec des progrès importants aux niveaux sensori-moteur, émotionnel et relationnel. (Treillet, 2012).

Le Tai-chi est une approche corporelle pouvant être utilisée dans la prise en charge des patients schizophrènes. Le psychomotricien peut s'inspirer de cette technique pour proposer des exercices de relaxation dynamique. Elle consiste en la réalisation avec lenteur et précision de mouvements continus et circulaires dans un ordre défini. Elle se pratique généralement en position debout. C'est une « technique de relaxation en mouvement » qui a un impact favorable sur les symptômes retrouvés dans la schizophrénie. Elle favorise la détente, la concentration, la mémoire et permet une meilleure prise de conscience de soi et de son environnement. (Goffinet, 2011).

Ces différentes approches contribuent à l'amélioration des compétences émotionnelles des personnes schizophrènes. Elles peuvent être proposées par le psychomotricien en séances individuelles ou en groupe.

Nous allons voir maintenant les dysfonctionnements émotionnels retrouvés dans la schizophrénie.

Dysfonctionnements émotionnels retrouvés chez les personnes schizophrènes

La schizophrénie est caractérisée par de multiples difficultés dans les compétences interpersonnelles, qui sont dues en grande partie à des dysfonctionnements émotionnels. En effet, dans la partie concernant les compétences émotionnelles, nous avons vu que la capacité à gérer ses émotions dépendait des capacités d'identification, d'expression, de compréhension, d'utilisation et de régulation de ses propres émotions et de celles d'autrui. Ces compétences sont essentielles pour la régulation des comportements sociaux, elles permettent d'adapter les comportements et participent à la qualité des interactions sociales. De nombreux écrits abordent les déficits émotionnels retrouvés chez des personnes atteintes de schizophrénie.

Mikolajczak présente les déficits émotionnels retrouvés dans la schizophrénie en trois domaines distincts : l'expression des émotions, le traitement des émotions et l'expérience émotionnelle. (Mikolajczak, 2009).

1) Déficits au niveau de l'expression des émotions

La capacité d'exprimer des émotions de manière socialement adaptée est essentielle pour avoir de bonnes relations sociales. Une des dimensions de la schizophrénie a un impact important sur l'expression des émotions.

Les symptômes négatifs retrouvés dans la schizophrénie peuvent toucher la sphère affective. Ils s'expriment par « une perte dans les domaines émotionnel et comportemental » (Franck, 2013). En effet, la schizophrénie est caractérisée par des aspects déficitaires du fonctionnement tels que l'émoussement affectif, l'hypo-expressivité émotionnelle souvent appelée froideur affective. L'indifférence affective serait due à un défaut d'expression émotionnelle. D'après Nicolas Franck, cette froideur affective « rend les personnes schizophrènes incapables d'exprimer des

émotions en adéquation avec les situations auxquelles elles sont confrontées » (Franck, 2013).

Les symptômes négatifs peuvent également se manifester par une incapacité à ressentir du plaisir appelée anhédonie ou encore par une incapacité à réagir aux stimulations de l'environnement correspondant à l'apathie.

L'appauvrissement émotionnel peut également être relié à des symptômes plus généraux retrouvés dans la schizophrénie comme l'athymhormie qui correspond à une absence, un désordre de la motivation, des désirs et des affects.

La capacité à produire des émotions est essentielle pour avoir des relations sociales adaptées. En effet, elle permet de communiquer à l'autre son ressenti.

Kring et Moran (2008) montrent que les personnes schizophrènes expriment moins leurs émotions que les personnes non atteintes. Cette pauvreté se retrouve au niveau des expressions faciales et verbales des émotions positives et négatives. Le manque d'expressivité émotionnelle ne semble pas être dû à l'état de médication puisque les personnes atteintes de schizophrénie qui ne prennent pas de médicaments présentent également une expression émotionnelle diminuée (Kring, 2008).

Dans les études utilisant le *Facial Action Coding System* (FACS), qui quantifie l'intensité et la fréquence d'une expression, les conclusions vont dans le même sens que les études de Kring et coll. : « les patients schizophrènes montrent moins d'expressions faciales positives et négatives en réponse à des stimuli émotionnels que les sujets sains » (Weiss, 2009).

Une étude a été réalisée par Weiss et coll. (2009) pour apprécier, chez des personnes schizophrènes, l'expression et la reconnaissance de leurs propres expressions émotionnelles faciales. Les résultats montrent une expression émotionnelle faciale moins intense que chez les sujets témoins. Les sujets schizophrènes ont eu eux-mêmes des difficultés à reconnaître leur propre expression a posteriori. Cette étude a également mis en évidence une absence de conscience de ces troubles chez les personnes schizophrènes. Ils ont une mauvaise perception de leur degré d'expression faciale.

Une discordance affective peut également être retrouvée dans la schizophrénie, elle correspond à une dissociation entre le contenu du discours et les émotions exprimées.

La personne schizophrène peut, par exemple, parler d'un évènement triste en exprimant une émotion plutôt positive. (Llorca, 2004). La production d'affects ne concorde pas avec la situation ou les propos.

Nous venons de voir que l'expression des émotions des personnes schizophrènes est plus faible que celles des personnes non atteintes. La production d'émotions peut être inadaptée au contenu des paroles dites par la personne schizophrène. Nous allons maintenant aborder les déficits retrouvés au niveau de la reconnaissance et du traitement des émotions.

2) Déficits au niveau de la reconnaissance, du traitement des émotions

L'identification et l'interprétation des informations faciales jouent un rôle très important dans la régulation de nos comportements sociaux. En effet, les difficultés dans la reconnaissance émotionnelle peuvent favoriser l'émergence de comportements inadaptés socialement.

Si les troubles de la reconnaissance et de la discrimination des émotions sont maintenant reconnus dans la schizophrénie, ils sont sujets de débats quant à leur nature et leur étendue. Chambon et coll. (2009) ont effectué une revue de littérature qui reprend les hypothèses explicatives de différentes études.

Dans une revue de littérature, Trémeau conclut que la reconnaissance des émotions est dégradée au niveau verbal, facial et auditif chez les personnes atteintes de schizophrénie (Trémeau, 2006).

Une étude de Green et coll. (2007), citée dans le *Traité de régulation des émotions* de Mikolajczak, a montré que les personnes atteintes de schizophrénie n'arrivent pas à utiliser le contexte social pour reconnaître une émotion.

3) L'expérience émotionnelle

La schizophrénie est également caractérisée par un émoussement affectif impliquant une diminution de l'expérience émotionnelle. Cependant, des études montrent que les patients schizophrènes expriment avoir eu la même expérience émotionnelle que des sujets sains. (Weiss, 2009). L'expression émotionnelle est donc diminuée par rapport à des sujets témoins, mais le vécu est similaire. Weiss (2009) parle de l'existence d'une « dissociation entre l'expressivité faciale et le ressenti des émotions chez les sujets atteints de schizophrénie ».

Cette affirmation est intéressante quant aux compétences interpersonnelles de la personne schizophrène. Effectivement, elle ressent des émotions qu'elle n'arrive pas à communiquer à autrui et elle se confronte à une difficulté d'interprétation de son propre état émotionnel. Ces difficultés peuvent avoir des répercussions importantes sur les interactions sociales.

4) L'alexithymie

Aujourd'hui, l'alexithymie est définie par plusieurs caractéristiques (Zimmermann, 2008) :

- une difficulté à identifier et différencier les émotions
- une difficulté à exprimer verbalement les émotions aux autres
- l'existence d'une vie imaginaire limitée
- un mode de pensée essentiellement tourné vers des préoccupations concrètes (mode de pensée opératoire).

La personne alexithymique a donc des difficultés à identifier ses émotions et à les communiquer verbalement à autrui.

Plusieurs instruments ont été mis au point pour mesurer l'alexithymie. Nous parlerons seulement de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS-20) créée par Loas et al. (1995). Il s'agit d'un questionnaire comprenant 20 items mesurant la

capacité à décrire ses émotions, la capacité à identifier ses émotions et les pensées tournées vers l'extérieur. (Deborde, 2004).

L'émoussement affectif et la pauvreté du discours retrouvés dans la schizophrénie ont tendance à augmenter les scores d'alexithymie chez les personnes schizophrènes. La prévalence de l'alexithymie est plus importante chez les personnes schizophrènes souffrant de déficits cognitifs. (Nkam, 1997).

5) Hyperréactivité émotionnelle

Un paradoxe émotionnel est rencontré chez les personnes schizophrènes. En effet, nous avons vu qu'ils présentent une hypo-expressivité émotionnelle, cependant, il est également retrouvé une hyperréactivité émotionnelle. L'activation du système autonome va augmenter la réponse électrodermale des personnes schizophrènes. (Gaillard, 2007).

L'hyperréactivité va entraîner une tendance à l'hypertonie et une augmentation de l'anxiété. Ce phénomène est à prendre en compte par le psychomotricien lors des prises en charge de patients schizophrènes. En effet, la diminution de l'anxiété et des tensions corporelles sont des axes thérapeutiques pouvant être travaillés en psychomotricité.

Les personnes schizophrènes présentent donc des dysfonctionnements dans les trois domaines que sont l'expression de l'émotion, le vécu émotionnel et la reconnaissance de l'émotion. Les personnes schizophrènes peuvent souffrir d'un déficit de perception de leurs propres émotions mais aussi des émotions exprimées par autrui.

Les difficultés retrouvées au niveau des compétences interpersonnelles chez les personnes schizophrènes sont donc dues à de multiples déficits touchant la communication non verbale : les personnes schizophrènes présentent un déficit de l'expression faciale des émotions associé à un déficit de reconnaissance des expressions, et elles n'ont pas conscience de ces troubles.

L'altération de ces compétences émotionnelles va avoir des conséquences importantes sur les relations interpersonnelles. En effet, les difficultés d'adaptation vont se renforcer du fait de l'incompréhension des situations et de l'incapacité à se saisir de ce que les autres ressentent, allant jusqu'à entraîner un isolement relationnel.

Selon Weiss, « l'ensemble de ces difficultés et l'absence de leur prise de conscience pourraient favoriser l'émergence de comportements sociaux inadaptés, tels que les phénomènes hallucinatoires et les comportements bizarres. (Weiss, 2009).

Cette dernière affirmation introduit la partie pratique. Elle comprend l'appréciation des compétences émotionnelles d'un patient schizophrène. Cette évaluation propose un état des lieux des capacités et des difficultés permettant au patient d'avoir une meilleure connaissance de son fonctionnement et une éventuelle prise de conscience de ses difficultés au niveau émotionnel.

Nous allons donc maintenant présenter les propositions pouvant être effectuées par un psychomotricien afin d'apprécier les compétences émotionnelles d'un patient schizophrène. Puis nous illustrerons l'élaboration de cette évaluation par la vignette clinique d'un patient hospitalisé en service de psychiatrie adulte.

PARTIE PRATIQUE

Nous allons maintenant aborder plus concrètement comment le psychomotricien peut évaluer les compétences émotionnelles d'une personne schizophrène dans le but d'un accompagnement autour de la gestion émotionnelle. Cette évaluation peut être un préalable à une prise en charge autour de la gestion émotionnelle, ou encore être proposée au patient dans le but d'acquérir une meilleure connaissance de ses compétences émotionnelles.

Dans une première partie, nous présenterons les propositions pouvant être réalisées afin d'apprécier les compétences émotionnelles d'un patient schizophrène. Puis dans une seconde partie, nous présenterons la vignette clinique d'un patient schizophrène hospitalisé en psychiatrie adulte.

1) Appréciation de compétences émotionnelles chez un adulte schizophrène

Pour préparer l'évaluation des compétences émotionnelles d'un patient schizophrène, j'ai repris les dysfonctionnements émotionnels fréquemment retrouvés dans la schizophrénie afin de cibler le bilan sur les capacités émotionnelles souvent altérées. Je me suis également appuyée sur les différentes méthodes d'évaluation retrouvées dans la littérature.

a- Outils d'évaluation des émotions

Plusieurs tests ont été élaborés afin d'évaluer les compétences émotionnelles. Voici une présentation de quelques outils d'évaluation des émotions.

Nous avons déjà évoqué la méthode du *Facial Action Coding System* élaborée par Ekman et Friesen. Un test d'identification et de discrimination de l'expression émotionnelle faciale a été développé sur la base de cette technique en utilisant des photographies standardisées. (Ekman et Friesen, 1977).

- Test de Reconnaissance des Emotions Faciales (TREF) :

Ce test permet d'évaluer les capacités de reconnaissance des émotions faciales. Il porte sur 6 émotions : la colère, le dégoût, le mépris, la joie, la tristesse et la peur.

Le TREF est composé de photographies couleurs de 6 visages différents (3 hommes et 3 femmes, de 20 à 60 ans). Les expressions faciales émotionnelles ont été photographiées avec 9 intensités croissantes. La passation de ce test s'effectue sur un ordinateur. La photographie d'un visage est présentée au patient qui doit choisir entre les 6 émotions. Le test ne peut être interprété que si les 54 photographies ont été montrées au patient. Cet instrument de mesure est en cours de validation.

- Méthode d'analyse et de Recherche de l'Intégration des Emotions (M.A.R.I.E)

Ce test permet également d'évaluer la reconnaissance des émotions faciales. Il est composé de photographies en noir et blanc de 3 visages différents (2 femmes, 1 homme). Les émotions exprimées sont la neutralité, la colère, la joie, la peur, la tristesse, le dégoût et la surprise. La passation se fait sur ordinateur. Le patient doit identifier l'émotion présentée en choisissant entre deux expressions faciales émotionnelles (choix binaire forcé). Il s'agit donc là d'une tâche de discrimination des expressions faciales émotionnelles.

- Inventaire du Quotient Emotionnel : BarOn EQI

Ce test permet d'évaluer les capacités du sujet à percevoir, comprendre, gérer ses émotions et celles des autres, s'adapter de façon appropriée à son milieu, se confronter aux nouvelles situations et gérer les conflits. Le quotient émotionnel est calculé à partir de 5 échelles (intra-personnelle, interpersonnelle, gestion du stress, adaptabilité, humeur générale). Ce test permet d'évaluer les compétences émotionnelles du sujet.

Avant de présenter les différentes tâches proposées au patient, je vais aborder la préparation de l'entretien initial.

b- Entretien initial

Un des éléments principal de l'entretien initial va être de repréciser le but des séances en psychomotricité. Il va permettre au psychomotricien de présenter au patient l'intérêt de participer à ces séances en mettant du sens sur ce qu'il propose dans son parcours de soins.

Les objectifs de ces séances sont de repérer les forces et les faiblesses du patient au niveau de ses compétences émotionnelles et d'apprécier son fonctionnement à ce jour. Les résultats découlant de cette appréciation ne sont pas figés, ils sont représentatifs des capacités actuelles du sujet dans un contexte d'évaluation et dans le cadre de l'hospitalisation qui reste un moment particulier. En effet, l'hospitalisation est souvent corrélée à une période difficile pour le patient, elle apporte un cadre particulier. Nous présenterons plus tard une réflexion sur le parcours du soin du patient schizophrène et sur l'utilité de proposer ce genre de prise en charge lors d'une hospitalisation.

Un des enjeux pour le psychomotricien sera de développer une appréciation des compétences émotionnelles du patient avec empathie.

Il est important de rassurer le patient sur le fait qu'il n'y a aucun enjeu dans cette évaluation, il s'agit d'un état des lieux de ses capacités au niveau émotionnel à ce jour. Le retour sur l'évaluation et notre observation pourra lui apporter une meilleure connaissance de soi avec une prise de conscience de ses capacités et de ses éventuelles difficultés en matière de compétences émotionnelles.

Cet entretien veillera également à recueillir des informations sur le patient, sur ses habitudes de vie, sur ses préoccupations du moment (troubles du sommeil, douleurs somatiques...).

Je vais maintenant vous présenter les tâches sur lesquelles je me suis appuyée pour apprécier les compétences émotionnelles d'un patient schizophrène. Cette proposition d'évaluation s'intéresse spécifiquement aux domaines pouvant être pris en charge par un psychomotricien. Elle comprend l'évaluation des émotions sur un versant perceptif et sur un versant expressif, une mesure des capacités attentionnelles et un complément d'observation clinique.

c- Evaluation de la perception des émotions

- Vocabulaire émotionnel

Un prérequis nécessaire lorsque le psychomotricien débute une prise en charge autour des émotions est de considérer les facultés du patient en matière de vocabulaire émotionnel.

Le but de cet exercice est de vérifier les « connaissances langagières » du patient en terme d'émotions pour pouvoir travailler ensuite avec celles-ci.

Pour cela, le psychomotricien peut demander au patient de nommer les émotions connues, de donner des synonymes des émotions citées et de les classer en fonction de leur intensité.

Il peut être nécessaire de donner des exemples de situation de la vie quotidienne pour aider le patient à retrouver des émotions. Le sujet doit alors dire quelle émotion il ressentirait s'il était dans cette situation.

Pour vérifier que le patient a une bonne représentation de l'émotion, le psychomotricien peut lui proposer de donner un exemple de situation qui lui ferait éprouver chaque émotion.

- Identification des expressions faciales des émotions de base

Nous avons vu que les personnes schizophrènes pouvaient avoir des difficultés dans la reconnaissance des expressions faciales des émotions.

Pour évaluer la capacité des patients schizophrènes à identifier les expressions faciales des émotions de base, il est possible d'utiliser les photographies standardisées proposées par Ekman et Friesen (1977).

Le patient doit identifier l'émotion représentée par le visage. Le psychomotricien veillera à proposer les différentes émotions dans un ordre aléatoire. La liste des émotions de base pourra être mise à disposition du patient. Plusieurs intensités d'émotions pourront être proposées pour mesurer les capacités d'identification du patient.

- Discrimination des expressions faciales des émotions de base

La capacité à distinguer les différentes expressions faciales des émotions chez autrui est essentielle pour une bonne qualité des interactions sociales. En effet, si je n'arrive pas à voir quand mon interlocuteur est content ou en colère, cette difficulté va impacter ma relation avec lui.

Le support des photos standardisées est également utilisé pour cette épreuve. Néanmoins, la consigne est différente puisqu'il s'agit ici de discriminer, parmi les six émotions de base, une émotion demandée par le psychomotricien. Le patient doit donc choisir entre six visages le visage exprimant l'émotion demandée. Plusieurs intensités d'expressions émotionnelles peuvent également être proposées.

Il peut être intéressant de demander au patient de justifier son choix (pour l'identification et la discrimination) en décrivant ce qui lui a fait penser à cette émotion pour voir ce qu'il analyse dans l'expression du visage.

- Echelle d'alexithymie

Nous avons vu que les personnes schizophrènes pouvaient être considérées comme alexithymiques. C'est-à-dire qu'elles présentent un mode de pensée opératoire, une imagination restreinte avec une difficulté à identifier, différencier et exprimer leurs émotions.

Il existe plusieurs échelles permettant de mesurer l'alexithymie. L'échelle d'Alexithymie de Toronto (TAS-20) a été adaptée pour la population française. Elle est composée de 20 items regroupés sous 3 groupes : la difficulté à identifier ses émotions, la difficulté à décrire ses propres émotions et la pensée concrète. Cette échelle est sous forme d'un questionnaire où chaque item est noté de 1 à 5 suivant le degré d'accord ou de désaccord de la personne vis-à-vis de l'affirmation (1 correspondant à un désaccord complet et 5 à un accord complet). Le score des 20 items est additionné pour donner un score total à comparer avec les notes seuils. Les notes seuils permettent de distinguer trois catégories d'individus : les non-alexithymiques ($TAS-20 \leq 44$), les intermédiaires ($44 < TAS-20 < 56$) et les alexithymiques ($TAS-20 \geq 56$). (Loas, 1995).

d- Evaluation de l'expression des émotions

Nous avons abordé plus haut comment le psychomotricien pouvait évaluer la capacité d'identifier des expressions faciales des émotions sur autrui (photos standardisées). Le psychomotricien peut également proposer un exercice d'expression corporelle des émotions. Cet exercice consiste à demander au patient d'exprimer tout d'abord au niveau du visage, puis au niveau de la posture, chaque émotion de base.

La prise en photo de l'expression faciale et posturale du patient permettra d'apporter un cadre à cette expression. En effet, lorsqu'il s'agit d'exprimer la colère par exemple, pour éviter que le patient « reste dans cette émotion », la photo donne un cadre temporel d'expression de l'émotion. La photo permet également d'apporter un feedback au patient sur la façon dont il exprime les émotions demandées. Il peut être intéressant de les utiliser au préalable en reconnaissance d'émotions puis, elles pourront être reprises pour voir l'évolution après une éventuelle prise en charge.

Le psychomotricien veillera à faire signer une autorisation pour prendre en photo le patient et précisera le cadre de leur utilisation.

e- Compléments d'observation

- Capacités attentionnelles

Nous avons vus dans les déficits cognitifs associés à la schizophrénie que les personnes schizophrènes souffraient souvent de troubles attentionnels.

Afin d'écartier les difficultés attentionnelles et d'apprécier les capacités du patient pour se concentrer sur une tâche, il est possible de faire passer un test d'attention.

Le d2- R est un test attentionnel standardisé et étalonné pour les adultes jusqu'à 92 ans. Ce test permet de mesurer la capacité de concentration et de contrôler l'attention visuelle. Il correspond à une épreuve de discernement de détails indépendante de l'intelligence. Il permet de dresser le profil attentionnel du patient (performance globale, rapidité, précision, maintien ou déclin de la concentration). Il apporte également des informations intéressantes au niveau clinique.

- Examen du tonus

Il est retrouvé des particularités du tonus chez les personnes souffrant de schizophrénie. En effet, une tendance à l'hypertonie est fréquemment observée, avec également des difficultés à maintenir une posture stable lors de résistances à la poussée.

L'examen du tonus va permettre au psychomotricien d'apprécier le tonus de fond du patient. L'intérêt de cet examen est d'évaluer les capacités du patient à se détendre et à moduler son tonus. Il va également être un support important dans la gestion émotionnelle. En effet, l'émotion a une composante corporelle pouvant provoquer une augmentation du tonus. La régulation du tonus contribue donc à la gestion émotionnelle.

L'examen du tonus se compose, entre autres, de mobilisations passives au niveau des articulations des membres supérieurs (poignets, coudes et épaules), des ballants des bras, de l'épreuve des marionnettes et de résistances à la poussée. Le psychomotricien pourra également observer la présence de dissociation des ceintures du patient (scapulaire et pelvienne).

- Evaluation de la faisabilité d'une approche corporelle

Un exercice de concentration sur ses cycles de respiration peut être proposé au patient afin d'évaluer sa capacité à se concentrer sur une partie de son corps. Cet exercice pourra aussi permettre d'apprécier la capacité au patient à se poser. Il va permettre de recueillir des informations intéressantes au niveau clinique sur les possibilités du patient à se concentrer sur un paramètre physiologique souvent utilisé dans les techniques de relaxation.

Le psychomotricien pourra également proposer de reproduire des postures les yeux fermés. Cet exercice permet d'apprécier les capacités de proprioception du patient. Ces capacités seront nécessaires notamment dans les approches de relaxations dynamiques (Tai-Chi...).

Ce temps d'évaluation permet donc d'apprécier quelque peu la possibilité de proposer au patient une approche corporelle visant la régulation des émotions et du tonus.

psychomotricien m'accompagnant l'a déjà rencontré plusieurs fois dans le cadre d'ateliers de groupe). Lors de cette première rencontre, Mr P. se montre, au départ, peu disponible. Puis, après que le psychomotricien lui a présenté le but de notre rencontre, il accepte de prendre un rendez-vous pour une première séance en psychomotricité.

Nous retrouvons une discordance dans son discours et dans son attitude. En effet, au départ, Mr P dit ne pas être intéressé par une prise en charge en psychomotricité puis, au bout de quelques minutes, demande quand est-ce que l'on fixe le premier rendez-vous pour se rencontrer. Nous observons également une discordance affective. Mr P va montrer une attitude exprimant plutôt de la joie alors qu'il dit ressentir de la colère : il se met à rire sans raison apparente et verbalise que s'il rit en ce moment c'est parce qu'il est énervé. Mr P explique que c'est une stratégie personnelle qu'il utilise pour gérer sa colère, se détendre.

L'appréciation des compétences émotionnelles est effectuée sur plusieurs séances d'environ une demi-heure.

Pour la première séance, Mr P avait oublié le rendez-vous, nous venons le chercher dans sa chambre où il vient de se réveiller. Mr P. s'excuse d'avoir oublié, il dit avoir fait des cauchemars. Nous lui laissons quelques minutes pour se préparer. Lorsque nous revenons le chercher, Mr P. se montre plus disponible. Nous pouvons relever une posture et une démarche active de Mr P, il montre également une attitude respectueuse, bienveillante et attentive vis-à-vis de nous (s'excuse, nous tient la porte...).

Lors de la présentation des objectifs de la prise en charge, Mr P. écoute attentivement et acquiesce, il est très disponible alors qu'il n'avait à priori pas de motivation particulière à venir.

Au départ, Mr P se dit fatigué et montre des signes de fatigue (s'étire, se frotte les yeux, souffle) mais se montre volontaire et veut essayer, en précisant que ce ne sera pas forcément représentatif de ses capacités au vu de sa fatigue. Il adopte une position de défense vis-à-vis des résultats qui ressortiront de ces exercices pouvant être lié à une possible anxiété de performance.

Au niveau de la distance interpersonnelle, Mr P. est à l'aise, il n'instaure pas de distance dans son positionnement, il n'est pas en retrait, nous observons une

souplesse dans la distance : il peut s'accouder au bureau, s'asseoir au fond de sa chaise.

Durant la séance, l'attitude de Mr P. évolue progressivement: au départ, il change beaucoup de positions puis la posture devient plus stable sans être rigide. Au fur et à mesure, Mr P. montre moins de signes de fatigue et n'en parle plus, moins de gestes régulateurs. Nous n'observons pas d'agitation. Il montre des signes de concentration et de disponibilité avec une attention et une présence maintenue tout au long de la séance. Son expression du visage est globalement neutre. Initialement sur la réserve, Mr P. manifeste progressivement sa confiance et son aisance dans la relation et le cadre de la séance.

→ Entretien:

Lors de cet entretien, j'ai choisi de réduire le nombre de questions et de laisser plutôt Mr P. me raconter ce qu'il désirait tout en veillant à garder un cadre au dialogue. Cette attitude moins intrusive a limité l'accès aux informations anamnestiques mais a probablement permis de mettre Mr P. plus à l'aise.

Mr P. est volontaire pour donner des informations claires sur les motifs de son hospitalisation (consommation d'héroïne, arrêt des médicaments) et pour parler de ses symptômes (hallucinations) qu'il reconnaît comme tel. Il raconte une partie de ce qu'il a « rêvé » mais il a conscience que ce n'est pas la réalité. Mr P. ne donne pas de précision sur le contexte d'hospitalisation (activité, logement, hospitalisation sans son consentement).

Mr P. va également exprimer ses difficultés au niveau relationnel avec sa mère. Il parle d'épisodes où il se met en colère et le regrette après.

Mr P. participe aux ateliers proposés par l'hôpital, il aime faire les activités (chant, activités manuelles...).

→ Vocabulaire émotionnel:

Les émotions citées par Mr P. lorsqu'il lui est demandé de dire les émotions qu'il connaît sont : les pleurs, la tristesse, l'humour et la mélancolie. Il n'arrive pas spontanément à en trouver d'autres. Des exemples de situations pouvant être

rencontrées dans la vie quotidienne sont alors proposés pour trouver d'autres émotions.

→ Association d'une émotion à une situation de vie quotidienne :

Emotion de la situation	Réponses Mr. P
Colère	Colère, humour, déception, injustice personnelle, tristesse
Joie	Joie, fête, euphorie, génial, bonheur
Tristesse	Déception
Peur	Peur, dérangé, énervé
Dégoût	Humour noir, colère, hors de moi, déception
Surprise	Fête, joie

Tableau : Réponses Mr P. concernant l'association d'une émotion à une situation de vie quotidienne.

Les exemples de situation de vie quotidienne ont permis à Mr P. de retrouver facilement des émotions comme la colère, la joie et la peur. La colère est associée à la déception et la tristesse. La joie est associée à la fête et l'euphorie. Elle est exprimée et ressentie par Mr P. lors des exemples. La peur est associée à la colère.

Le dégoût n'est pas retrouvé avec les exemples, Mr P. parle d' « humour noir, colère, déception, hors de moi ». Lorsque je cite cette émotion, Mr P. la reprend avec l'expression « dégoût de la vie » et donne des exemples pouvant être associé reprenant plutôt le champ lexical de la tristesse (« déprime »).

La tristesse n'est pas retrouvée mais Mr P. parle de déception.

Lors des situations pouvant faire ressentir de la surprise, Mr P. va parler de « joie ou de fête ».

Mr P. semble avoir une bonne représentation de plusieurs émotions (joie, peur, colère, tristesse). Des confusions entre joie et surprise sont retrouvées. Mr P. a une

représentation du dégoût associée à une expression utilisée pour parler de situations plutôt tristes.

Quelques situations sont perçues différemment mais la perception n'est pas décalée socialement. La déception a tendance à revenir dans différentes situations (colère, tristesse, dégoût). Mr P. dit ne pas savoir ce qu'est la joie, il parle plutôt d'euphorie ; pourtant lors des exemples, on peut observer l'expression de la joie sur le visage et l'attitude de Mr P. Il va également dire qu'il utilise la joie comme stratégie pour « détendre son cerveau », il présente le rire comme un régulateur de son humeur. Une question ressort de ses verbalisations, Mr P. doit-il passer par de l'imaginaire pour être joyeux ? En tout cas, il semble ne pas utiliser ce mot là pour qualifier ses ressentis.

Une des situations proposées va rappeler à Mr P. des éléments de son histoire personnelle qu'il va exprimer. Mr P. est très affecté par une situation qu'il vit actuellement, il exprime sa tristesse, pleure en parlant de cette situation qui est en effet triste. Il fait le lien avec le récit de son cauchemar où il a vécu une situation d'abandon qui l'a fait également pleurer.

Après avoir discuté ensemble de ces situations, nous proposons de faire une pause et de prendre rendez-vous pour une prochaine séance, ce que Mr P. accepte en nous remerciant.

→ Identification d'expressions émotionnelles faciales :

Mr P. identifie facilement les six émotions de bases lorsqu'elles sont d'intensité forte avec tout de même une hésitation pour le dégoût avec la colère.

Lorsque l'intensité de l'émotion exprimée est faible, Mr P. est en difficulté. Il exprime des plaintes somatiques pouvant nous faire penser à nouveau à un mécanisme défensif. Mr P. ne semble pas à l'aise avec l'exercice, il ne va pas l'exprimer directement mais va passer par des manifestations de mal-être corporel.

Mr P. reconnaît seulement la peur. Des confusions sont retrouvées entre surprise et joie, colère et peur. Mr P. ne reconnaitra pas ni la joie ni le dégoût.

→ Discrimination d'émotions exprimées par visages :

Mr P. a de bonnes capacités de discrimination des émotions lorsqu'elles sont d'intensité forte, avec une légère hésitation entre joie-surprise et colère-dégoût. Pour justifier son choix, Mr P. va mettre l'accent sur l'expression au niveau des yeux et de la bouche.

Lorsque les émotions sont d'intensité faible, Mr P. retrouve la joie et la surprise parmi les six émotions de bases. Il hésite pour la peur entre la peur et la surprise. Nous pouvons noter 3 erreurs de discrimination : confusion dégoût-tristesse dans les deux sens et tristesse à la place de colère.

Les résultats ne sont pas totalement représentatifs des capacités de discrimination de Mr P. ; en effet, une impulsivité est retrouvée dans les réponses lorsque les émotions sont d'intensité faible. Toutefois, cette impulsivité n'étant pas retrouvée sur les intensités plus fortes, nous pouvons penser que Mr P. se trouve en difficulté lors de la discrimination d'émotions peu intense, et répond de manière impulsive à cet exercice. Encore une fois, nous pouvons penser que l'impulsivité retrouvée dans les réponses de Mr P. correspond à un autre mécanisme de défense utilisé comme une stratégie d'évitement de confrontation à des difficultés.

→ Echelle d'alexithymie :

Le score à l'échelle d'alexithymie permet de dire que Mr P. n'est pas alexithymique (score total = 19). Cependant nous pouvons noter quelques difficultés retrouvées chez Mr P., notamment au niveau de la capacité à communiquer ses sentiments à autrui et à décrire ses propres sentiments.

→ Examen du tonus :

L'examen du tonus révèle de nombreuses paratonies d'accompagnement. Au départ, nous observons très peu de ballants des bras. Puis, Mr P. arrive à se détendre. Des syncinésies cinétiques sont retrouvées en controlatéral. Mr P. a donc une tendance à l'hypertonie mais il présente des capacités de régulation tonique.

Lors des résistances à la poussée, Mr P. va avoir tendance tout d'abord à se laisser porter complètement par moi. Mr P. a des difficultés à tenir stable sur ses pieds, la dissociation des ceintures est peu présente, signes d'une hypertonie. Toutefois, Mr P.

Une discordance affective est retrouvée de temps en temps, avec une expression émotionnelle ne correspondant pas à l'état de Mr P. ou au contenu de son discours. Une tendance à l'hypertonie est observée lors de l'examen du tonus, avec cependant une capacité à se détendre.

Au final, il pourrait être bénéfique pour Mr P. d'être accompagné dans l'apprentissage d'une régulation fonctionnelle du tonus pouvant avoir un impact positif sur sa régulation émotionnelle. La régulation du tonus pourrait également permettre de diminuer les douleurs somatiques.

Toutefois, Mr P. a des capacités lui permettant de fonctionner dans les actes de la vie quotidienne et dans les relations sociales. Il convient de prendre conscience de l'utilité d'exprimer clairement ses ressentis afin d'être bien compris par autrui. De plus, Mr P. a de bonnes capacités et exprime le plaisir à se concentrer sur une tâche lui procurant de la détente.

Le compte-rendu met en avant ses bonnes capacités d'identification et de discrimination des expressions faciales avec seulement une confusion entre la peur et le dégoût.

La discordance affective est abordée afin d'insister sur l'importance de bien exprimer son ressenti pour que la personne en face comprenne ce qu'il ressent. (Reprise de sa stratégie personnelle de régulation émotionnelle par le rire).

La tendance à l'hypertonie est reprise afin d'insister sur l'importance de prendre du temps pour se détendre régulièrement dans le but de diminuer les tensions pouvant créer des douleurs.

Les capacités de concentration et de détente sont également mises en avant et permettront d'être utilisées lors de la pratique de relaxation par exemple.

La restitution des résultats de l'évaluation auprès de Mr P. n'a pas pu être effectuée du fait son état et de sa demande d'arrêter les séances en psychomotricité. Peu de temps après sa sortie, Mr P. a été de nouveau hospitalisé à la suite d'une décompensation due à la consommation de toxiques. Nous avons décidé de clore ses séances d'évaluation et de faire un retour à Mr P. quand il sera disponible.

Cette vignette clinique illustre la rencontre d'une personne schizophrène hospitalisée avec un thérapeute. En effet, nous avons vu que le parcours de soins des patients schizophrènes n'est pas linéaire. Nous allons maintenant considérer l'intérêt de proposer une prise en charge autour de la gestion émotionnelle au cours d'une hospitalisation, et présenter une réflexion sur le parcours de soins et la problématique individuelle de ces patients.

DISCUSSION

Les séances d'évaluation des compétences émotionnelles de Mr P. ont été proposées dans le cadre d'une hospitalisation suite à une décompensation. Nous avons vu que le parcours de soin d'une personne souffrant de schizophrénie peut être ponctué d'hospitalisations suite à des rechutes.

Ces rechutes sont souvent liées à la consommation de toxiques et à l'arrêt du traitement médicamenteux. Les études montrent une proportion très importante de personnes schizophrènes consommant du cannabis (plus de la moitié). Or, il est démontré que la consommation de cannabis entraîne une résistance au traitement antipsychotique et allonge ainsi la durée de l'hospitalisation suite à une rechute. La consommation de cannabis provoque une augmentation des symptômes productifs qui déclenche fréquemment une décompensation. (Contentin, 2006).

Plusieurs auteurs postulent l'hypothèse de l'automédication des personnes schizophrènes, qui affirme que la consommation de toxiques est liée à une tentative de soulagement des symptômes et de diminution de la souffrance. (Potvin, 2003). La consommation de toxiques pourrait donc être liée à la recherche d'une baisse de l'anxiété et d'une amélioration de l'état de la personne. Dans les études recherchant les causes de consommation de toxiques chez les personnes schizophrènes (Potvin, 2003), il est rapporté que celles-ci disent ressentir une sorte d'état second qu'elles associent à la détente lors de la consommation d'alcool ou de cannabis. Il est également retrouvé que les personnes schizophrènes consomment des toxiques pour leurs propriétés désinhibitrices leur permettant ainsi de compenser leurs difficultés de socialisation (symptômes négatifs, retrait social...). Enfin, ces personnes peuvent consommer des toxiques dans le but de stimuler leurs capacités cognitives et compenser leurs déficits.

Néanmoins, cette hypothèse pose un problème. En effet, si la consommation de toxiques amène l'amélioration de la symptomatologie de la schizophrénie à court terme, elle a un impact très négatif sur le long terme avec une aggravation des symptômes et une augmentation des rechutes. Elle ne permet donc pas une réelle amélioration des symptômes de la schizophrénie. (Potvin, 2003).

L'amélioration de l'observance du traitement est un enjeu très important dans la prise en charge des patients schizophrènes. En effet, les rechutes représentent une problématique importante dans la trajectoire des personnes schizophrènes, elles sont à l'origine d'hospitalisations répétées et sont fréquemment dues à un défaut d'observance du traitement. (Palazzolo, 2009). Ces rechutes entraînent l'augmentation des délires et rendent les patients moins accessibles, il est ainsi plus difficile de rééquilibrer leur traitement. Les rechutes répétées vont avoir un impact négatif sur la qualité de vie des patients schizophrènes. Il est donc très important de mettre en place un suivi et des prises en charge précoces dans le parcours de soins du patient.

Il est reconnu qu'une bonne conscience des troubles et des bonnes capacités d'introspection contribuent à l'amélioration de l'adhésion au traitement. (Corruble, 2003). Le psychomotricien peut participer à l'amélioration de la conscience des troubles en rendant objectivables les progrès du patient faits en séances, et en le reliant au traitement global effectué.

L'hospitalisation est un temps particulier dans le parcours de soins du patient schizophrène. En effet, elle est souvent corrélée à une décompensation. Le temps d'hospitalisation permet de rééquilibrer le traitement du patient et de lui proposer un cadre thérapeutique plus important.

Les rechutes entraînent généralement des troubles de la régulation émotionnelle. Il peut être intéressant de proposer une prise en charge autour de la gestion émotionnelle durant l'hospitalisation. Cette prise en charge est précédée d'un temps d'évaluation des compétences émotionnelles du patient.

Dans ma réflexion sur la proposition d'une appréciation des compétences émotionnelles, je posais l'hypothèse qu'une meilleure connaissance des capacités et dysfonctionnements émotionnels allaient augmenter la prise de conscience des troubles, et donc une meilleure adhésion aux différentes prises en charge. En pratique, ce n'est pas si évident. Plusieurs facteurs sont à prendre en compte lors de la prise en charge d'un patient schizophrène. Le fait de confronter le patient à ses difficultés peut diminuer sa motivation à venir en séances. D'autre part, les patients hospitalisés sont généralement en phase de rééquilibration du traitement, ils ne sont donc pas nécessairement disponibles. Il convient également de prendre en compte le contexte réel de l'hospitalisation, du mode de vie du patient. Pourquoi évaluer maintenant les compétences émotionnelles ? Quel est le sens de cette proposition si ce n'est pas une

demande du patient ? Comment faire prendre conscience de l'intérêt de prendre ce temps ? Comment suivre ces patients qui sont hospitalisés temporairement et qui n'ont pas forcément les moyens de poursuivre des séances en psychomotricité en dehors de l'hôpital ?

L'intérêt de proposer ce temps d'évaluation à Mr P. durant l'hospitalisation et à ce moment-là de son parcours de soin était de l'accompagner dans la régulation de ses émotions. En effet, Mr P. se trouvait dans une période de changements importants pouvant générer de l'anxiété (projet d'intégrer un appartement géré par un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé entre autres). Mr P. était hospitalisé suite à la prise de consommations de toxiques. Nous pouvons donc penser qu'il était en recherche d'un mieux-être. Une prise en charge autour de la régulation émotionnelle pouvait lui permettre d'améliorer sa qualité de vie en diminuant les difficultés rencontrées dans les relations interpersonnelles, en apportant un bien-être corporel et en permettant un apprentissage de techniques de gestion émotionnelle, pouvant être réutilisées en dehors de l'hôpital.

Comment le psychomotricien peut-il contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients schizophrènes en prenant en compte les différents facteurs évoqués ?

Le psychomotricien participe à l'amélioration des soins des patients schizophrènes. Il veille à adapter ses séances (durée, contenu...) en fonction des capacités et des besoins du patient. Il a également un rôle très important pour augmenter l'estime de soi et la motivation de ces personnes. En effet, les personnes souffrant de schizophrénie ont besoin d'être renforcées dans leurs capacités et d'être encouragées tout au long de leur parcours de soin.

Le développement de réseaux de soins à l'extérieur de l'hôpital est essentiel pour proposer une offre de soin, un accompagnement des personnes schizophrènes tout au long de leur vie. Un travail de collaboration entre l'hôpital et les institutions extrahospitalières permet de faciliter l'accès aux soins et le soutien des personnes schizophrènes.

BIBLIOGRAPHIE

Albaret, J. M., Corraze, J., Soppelsa, R., & Golly, V. L. (2012). Psychiatrie et psychomotricité. Entretiens de psychomotricité, 7-12.

American Psychiatric Association. (2015). DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson.

Blondeau, C., Nicole, L., & Lalonde, P. (2006, December). Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 164, No. 10, pp. 869-876). Elsevier Masson.

Bouroubi, W., Banovic, I., Andronikof, A., & Omnès, C. (2016). Insight et schizophrénie: revue de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 81(2), 405-422.

Bouvet, C., Ettaher, N., & Diot, E. (2010). Insight, dépression, estime de soi et satisfaction de vie chez des personnes souffrant de schizophrénie. *L'Evolution psychiatrique*, 75(3), 471-483.

Cermolacce, M., Lazerges, P., Da Fonseca, D., Fakra, E., Adida, M., Belzeaux, R., & Azorin, J. M. (2011). Théorie de l'esprit et schizophrénie. *L'Encéphale*, 37, S117-S122.

Chambon, V., & Baudouin, J. Y. (2009). Reconnaissance de l'émotion faciale et schizophrénie. *L'Evolution psychiatrique*, 74(1), 123-135.

Coldefy, M., & Nestrigue, C. (2013). Analyser la variabilité des prises en charge de la schizophrénie—Essai de typologie des parcours de soins. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61, S23-S24.

Corruble, E., & Hardy, P. (2003). Observance du traitement en psychiatrie. *Encyclopédie médicochirurgicale*.

Contentin, J. (2006). Cannabis et schizophrénie. *Tribune Médicale*, (50-52).

Deborde, A. S., Berthoz, S., Perdereau, F., Godart, N., Corcos, M., & Jeammet, P. (2004). Validité du questionnaire d'alexithymie de Bermond et Vorst: étude chez des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire et chez des témoins. *L'encéphale*, 30(5), 464-473.

Demily, C., & Franck, N. (2013). *Schizophrénie: diagnostic et prise en charge*. Elsevier Masson.

Demily, C., & Thibaut, F. (2008, October). Facteurs de risque environnementaux à la schizophrénie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 166, No. 8, pp. 606-611). Elsevier Masson.

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1977). Facial action coding system.

Elissalde, S. N., Mazzola-Pomietto, P., Viglianese, N., Correard, N., Fakra, E., & Azorin, J. M. (2011). Schizophrénie, fonctions exécutives et mémoires. *L'Encéphale*, 37, S95-S99.

Ey, H. (1973). *Traite des hallucinations: I-II*.

Franceschi, P. (2011). Traitement cognitif différentiel des délires polythématiques et du trouble anxieux généralisé. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21(4), 121-125.

Franck, N. (2013). Clinique de la schizophrénie. *Encyclopédie médicochirurgicale*, 10.

Franck, N. (2007, April). Remédiation cognitive chez les patients souffrant de schizophrénie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 165, No. 3, pp. 187-190). Elsevier Masson.- Franck, N. (2013). Clinique de la schizophrénie. *Encyclopédie médicochirurgicale*, 10.

Gaillard, R. (2007). Dimensions émotionnelles des schizophrénies. *L'Encéphale*, 33(3), S371-S374.

Gaudelus, B., Virgile, J., Peyroux, E., Leleu, A., Baudouin, J. Y., & Franck, N. (2015). Mesure du déficit de reconnaissance des émotions faciales dans la schizophrénie. Étude préliminaire du test de reconnaissance des émotions faciales (TREF). *L'Encéphale*, 41(3), 251-259.

Goffinet, S., Wilmart, C., Vandeveld, G., Paris, C., Poyer, B., & Fieremans, V. (2011, September). Processus d'installation du tai-chi, technique corporelle thérapeutique adjuvante, en psychiatrie hospitalière. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 169, No. 8, pp. 490-495). Elsevier Masson.

Granato, P., & Bruyer, R. (2002). Measurement of the perception of facially expressed emotions by a computerized device: method of analysis and research for the integration of emotions (MARIE). *European psychiatry*, 17(6), 339-348.

Hamdioui, S., & Lotfi, S. (2016). Psychomotor Disorders in Schizophrenia: A Systematic Review. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 24(4), 1078-1085.

Jaafari, N. L'insight en psychiatrie: concept et applications.

Juillet, P., & Allilaire, J. F. (2000). *Dictionnaire de psychiatrie:[français-anglais]*. Conseil international de la langue française; PUF.

Koupernik, C. (2000). La schizophrénie débutante. *L'Evolution psychiatrique*, 2(65), 444-445.

Kring, A. M., & Moran, E. K. (2008). Emotional response deficits in schizophrenia: insights from affective science. *Schizophrenia bulletin*, 34(5), 819-834.

Lapasset, J. A. (2000). Contribution psychomotrice à la réhabilitation psychosociale des schizophrènes. *Évolutions psychomotrices*, 12(48), 95-104.

Larousse, P. (1865). *Grand dictionnaire universel du XIXe siècle: Français, historique, géographique, mythologique, bibliographique, littéraire, artistique, scientifique, etc., etc* (Vol. 2). Larousse & Boyer.

Llorca, P. M. (2004). La schizophrénie. *Encyclopédie Orphanet*. Paris, France: Inserm.

Loas, G., Fremaux, D., & Marchand, M. P. (1995). Étude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*.

Lotstra, F. (2006). Les modèles biologiques de la schizophrénie: mise à jour. *L'Encéphale*, 32(4), 446-451.

Lysaker, P. H., Buck, K. D., & Roe, D. (2007). Psychotherapy and recovery in schizophrenia: A proposal of key elements for an integrative psychotherapy attuned to narrative in schizophrenia. *Psychological Services*, 4(1), 28.

Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., & Nelis, D. (2009). *Les compétences émotionnelles*. Dunod.

Nkam, I., Langlois-Thery, S., Dollfus, S., & Petit, M. (1997). L'alexithymie chez des schizophrènes déficitaires et non déficitaires. *L'Encéphale*, 23(5), 358-363.

Nuechterlein, K. H., Barch, D. M., Gold, J. M., Goldberg, T. E., Green, M. F., & Heaton, R. K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 72(1), 29-39.

Organisation Mondiale de la Santé. (1993). CIM 10—Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic.

Palazzolo, J. (2009, May). Observance médicamenteuse et rechutes dans la schizophrénie: des neuroleptiques classiques aux APAP. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 167, No. 4, pp. 308-317). Elsevier Masson.

Petitjean, F. (2006). Actualités dans le traitement non pharmacologique des schizophrénies. *L'Encéphale*, 32(6), 1051-1055.

Potvin, S., Stip, E., & Roy, J. Y. (2003). Schizophrénie et toxicomanie: une relecture du concept d'automédication. *L'Encéphale*, 29, 193-203.

Prouteau, A. (2011). *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie: Enjeux et débats*. Dunod.

Reeve, J. (2017). *Psychologie de la motivation et des émotions*. De Boeck Supérieur.

Samalin, L. (2014). Ralentissement psychomoteur et schizophrénie. *European Psychiatry*, 29(8), 579.

Sander, D., & Scherer, K. R. (2014). *Traité de psychologie des émotions*. Dunod.

Saoud, M. (2006). *La schizophrénie de l'adulte: des causes aux traitements*. Paris : Masson.

Thiébaud, E. (2004). *Adaptation française de l'Inventaire de Quotient Emotionnel (EQ-I) de Bar-On—Manuel*. Editions et Applications Psychologiques, Paris Document non publié.

Treillet, L., Anneheim, N., Mechler, I., & Rieg, M. (2012). Présentation d'une technique thérapeutique visant l'amélioration du système émotionnel chez le patient souffrant de schizophrénie paranoïde.

Treillet, L., Rouyère, N., & Mechler, I. (2008). Présentation d'outils d'exploration des profils psychomoteurs en psychiatrie adulte. *Entretiens de psychomotricité; Le sujet adulte en psychomotricité*, 1, 3-18.

Trémeau, F. (2006). A review of emotion deficits in schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(1), 59.

Vandamme, M. J. (2009, November). Schizophrénie et violence: comorbidités et typologies. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 167, No. 9, pp. 709-715). Elsevier Masson.

Weiss, T., Baudouin, J. Y., & Demily, C. (2009). Production d'émotions faciales dans la schizophrénie. *L'Evolution psychiatrique*, 74(1), 137-144.

Zimmermann, G., Salamin, V., & Reicherts, M. (2008). L'alexithymie aujourd'hui: essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalité. *Psychologie française*, 53(1), 115-128.

Résumé

La schizophrénie est une pathologie chronique ayant un impact en particulier sur les relations sociales des sujets. Le psychomotricien peut être amené à accompagner plus spécifiquement des patients schizophrènes autour de la gestion émotionnelle. Nous présenterons ce qu'il peut mettre en place pour évaluer les compétences émotionnelles d'un patient schizophrène. Nous illustrerons l'élaboration de cette évaluation par la vignette clinique d'un patient hospitalisé en service de psychiatrie adulte. Le parcours de soin d'une personne souffrant de schizophrénie peut être ponctué d'hospitalisations suite à des rechutes souvent liées à la consommation de toxiques et l'arrêt du traitement médicamenteux. L'amélioration de l'observance du traitement est un enjeu très important dans la prise en charge des patients schizophrènes. Le psychomotricien a un rôle important dans la prise en charge des patients schizophrènes d'une part dans l'amélioration de la régulation émotionnelle d'autre part dans la prise de conscience des troubles afin d'augmenter l'adhésion du traitement.

Mots-clés : psychomotricité, schizophrénie, émotions, évaluation.

Abstract

Schizophrenia is a chronic pathology impacting especially on the subjects' social relations. The psychomotor therapist may be led to accompany more specifically schizophrenic patients around emotional management. We will present what a psychomotor can set up to assess the emotional skills of a schizophrenic patient. We will illustrate the development of this evaluation by the clinical case of a patient hospitalized in the department of adult psychiatry. The process of care of a person suffering from schizophrenia may be punctuated by hospitalizations following relapses often related to the consumption of toxic drugs and discontinuation of drug therapy. Improving adherence to treatment is a very important issue in the management of schizophrenic patients. The psychomotor therapist has an important role in the management of schizophrenic patients, on the one hand, in the improvement of the emotional regulation on the other, in disorders' awareness in order to increase the adhesion to the treatment.

Keyword : psychomotricity, schizophrenia, emotion, evaluation.