

La psychomotricité face aux particularités des émotions dans la schizophrénie

Raphaëlle Burel

► **To cite this version:**

Raphaëlle Burel. La psychomotricité face aux particularités des émotions dans la schizophrénie. Psychologie. 2019. dumas-02183101

HAL Id: dumas-02183101

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02183101>

Submitted on 15 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège sciences de la santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

**LA PSYCHOMOTRICITÉ FACE AUX PARTICULARITÉS DES
ÉMOTIONS DANS LA SCHIZOPHRÉNIE**

Apports du groupe en psychomotricité pour améliorer les compétences
émotionnelles de l'adulte schizophrène.

BUREL Raphaëlle

Née le 22 mars 1995 à Rennes

Remerciements

Je remercie Fabienne, ma maîtresse de mémoire, pour son accompagnement dans cette réflexion et pour ses conseils avisés.

Je remercie Isabelle, ma maîtresse de stage de l'hôpital de jour, de m'avoir permis de côtoyer et de travailler avec cette population inaccessible aux yeux de certains, mais pour moi pleine de ressources.

Je remercie aussi toute l'équipe de l'hôpital de jour pour leur accueil et leurs échanges.

Je remercie toutes les maîtresses de stage qui ont pu me guider vers ce métier de psychomotricienne : Stéphanie, Laura, Séverine.

Je remercie l'ensemble des patients ayant accepté ma présence et m'ayant, par cette occasion, permis d'apprendre mon futur métier.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux de m'avoir donné la chance d'accéder à cette formation et de m'avoir proposé une expertise et des enseignements de qualité.

Je remercie mes amis, géographiquement plus ou moins proches, pour leur présence dans les moments de joie comme de doute.

Enfin je remercie ma famille, soutien indispensable à ma réussite, de m'avoir donné les moyens de poursuivre l'orientation que je désirais.

Sommaire

Introduction.....	1
I. Schizophrénie.....	3
A) La schizophrénie dans l’histoire.....	3
B) Épidémiologie.....	5
C) Clinique.....	6
D) Diagnostic.....	9
E) Étiologie.....	10
F) Traitements.....	11
G) Troubles psychomoteurs dans la schizophrénie.....	14
II. Les émotions et la schizophrénie.....	20
A) Définitions.....	20
B) Théories sur les émotions.....	21
C) Les manifestations émotionnelles.....	27
D) Les compétences émotionnelles.....	30
E) Les émotions chez les patients schizophrènes.....	38
III. La psychomotricité et les émotions.....	43
A) Phénomènes liés aux émotions dans le développement psychomoteur.....	44
B) Les émotions dans le bilan psychomoteur.....	46
C) Le contre transfert émotionnel dans la relation psychomotrice.....	48
D) Les propriétés du groupe en psychomotricité.....	49
IV. Pratique psychomotrice et groupe d’improvisation théâtrale.....	54
A) Présentation de la structure.....	54
B) Le groupe Improvisation théâtrale.....	55
C) Mr V.....	57
Conclusion.....	66
Bibliographie.....	68
Annexes.....	76
Annexe 1 : Critères DSM V.....	76
Annexe 2 : Dessin du bonhomme de Mr V.....	78

Introduction

Ces trois années de formation en psychomotricité m'ont amené à intimement écouter, saisir, représenter ce que je ressens. Plusieurs heures de pratiques variées où l'on me demande d'être attentive à ce que je traverse, ce que je ressens, ce que je perçois.

De toutes ces expériences j'ai remarqué qu'il m'était impossible de ne pas les affecter. J'associe à chacune de ces expériences une ou plusieurs émotions, qu'elles soient positives ou négatives. Ce sont ces émotions qui me donnent envie d'approfondir ou non ces expériences. Elles guident mes choix, mes envies, et teintent mes souvenirs.

Quel fut un choc pour moi d'être confrontée à des personnes qui n'en dégageaient aucune. Plusieurs pathologies peuvent engendrer une sensation de « vide » chez certains individus et j'y ai été confronté lors de mes stages en psychiatrie adulte.

Au-delà du choc est arrivée la gêne. Gêne de ne pas comprendre comment cela était possible mais aussi de ne pas savoir comment me comporter vis à vis de ce masque et de ce corps figés.

L'interrogation est alors née de là : Comment qualifier cette absence perceptible d'émotions ? Comment l'expliquer ?

Pour y trouver une réponse j'ai effectué des recherches sur la schizophrénie, pathologie que j'ai côtoyé lors de mes stages et où cette notion de vide me semblait la plus prégnante. Au cours de ces recherches un terme m'interpelle, celui de l'émoussement affectif. C'est une des particularités des patients schizophrènes qui viendrait altérer le ressenti et l'expression des émotions.

C'est là qu'à commencer à émerger l'idée de ce mémoire : que faire en psychomotricité pour limiter cet émoussement des affects ?

En psychomotricité, nous portons un intérêt particulier à considérer le sujet dans sa globalité. Il m'a paru important d'aller au-delà du symptôme et de m'ouvrir aux diverses difficultés que le patient schizophrène peut rencontrer quant à ses émotions et celles d'autrui.

Et c'est ainsi, de fil en aiguille, à la suite de plusieurs lectures, après plusieurs jours de stages que ma problématique s'affine.

Étant sur un lieu de stage où la prise en charge est groupale, j'ai voulu m'interroger sur la spécificité du groupe en psychomotricité et les liens qu'il y a avec un éventuel travail des émotions. Est alors née de cette réflexion la problématique centrale de ce mémoire :

« Comment la psychomotricité, en utilisant les particularités du groupe, peut aider le patient schizophrène à améliorer ses compétences émotionnelles ? »

Pour répondre à cette question je procéderai à une réflexion divisée en différentes parties. La première partie de ce mémoire sera basée sur la schizophrénie et développera les informations essentielles sur cette pathologie. J'y mettrai en avant les divers troubles psychomoteurs que l'on peut retrouver dans le tableau clinique de cette pathologie. Sans oublier de mettre en avant que chaque schizophrénie se manifeste différemment en fonction de l'individu chez lequel elle s'exprime.

La deuxième partie de ce mémoire sera consacrée aux émotions. J'y expliquerai les différentes théories émergées de cette notion. Je développerai ensuite les manifestations de celles-ci, verbales et corporelles. Les compétences émotionnelles y seront aussi abordées ainsi que les difficultés émotionnelles que les patients schizophrènes peuvent rencontrer.

La troisième partie s'intéressera au lien que l'on peut faire entre psychomotricité et travail des émotions. Je mettrai d'abord en avant les grandes notions liées aux émotions dans le développement psychomoteur notamment l'importance du dialogue tonico-émotionnel. Je parlerai ensuite des épreuves de bilan pouvant permettre d'évaluer les compétences émotionnelles et enfin des particularités du groupe en psychomotricité favorisant le travail émotionnel.

Pour faire le lien entre ces diverses notions, la quatrième partie de ce mémoire sera une partie plus clinique développée autour d'une étude de cas. La médiation d'improvisation théâtrale y sera présentée et ses particularités autour des émotions aussi.

I. Schizophrénie

La schizophrénie est une affection chronique qui touche entre 0,3 % et 0,7 % de la population mondiale et qui appartient au domaine des psychoses. Bien que le terme de psychose ne soit plus employé dans les diagnostics actuels, il reste utilisé avec les patients ayant un diagnostic ancien. C'est un trouble de longue durée, marqué par ce que l'on appelle des accès psychotiques (avec symptômes caractéristiques) et dont l'évolution fluctue au cours du temps. On peut dire que sa caractéristique générale principale est « l'altération du contact avec la réalité ».

(20)

A) La schizophrénie dans l'histoire

Le concept de maladie mentale a beaucoup évolué au fil des années et les représentations diffèrent en fonction des cultures et croyances.

Ainsi dans l'Antiquité on ne différencie pas les causes somatiques et mentales des maladies.

Au Moyen Age, la maladie mentale est fortement associée à la religion et est considérée comme conséquence d'un péché ou d'une possession démoniaque.

P. Pinel, savant français, est le premier à définir des manifestations comportementales pouvant s'apparenter à la schizophrénie. Il divise la psychiatrie en différents types : manie, mélancolie, démence et idiotisme dans les années 1800 et prône le fait que les « fous » peuvent être compris et soignés.

Dans son *Traité des Maladies Mentales* en 1860, **B. Morel**, psychiatre français, emploie le terme de « démence précoce » (*dementia praecox*) pour définir cet état de détérioration anormal et précoce d'un comportement et de la fonction mentale. Dans ce modèle on considère alors cette pathologie comme une dégénérescence mentale qui comporte des épisodes de « folie » avec un début chez le sujet jeune.

Le psychiatre allemand, **E. Kraepelin** associe plus tard la démence précoce à la « catatonie » et aux démences paranoïdes. Il influe fortement sur l'évolution des méthodes de classifications diagnostiques en différenciant la psychose maniaco-dépressive et la démence précoce. (12)

Le terme de schizophrénie apparaît le 24 avril 1908, dans une conférence tenue par **E. Bleuler**, psychiatre suisse, au congrès de l'association allemande de psychiatrie de Berlin. Il considère en effet que le terme de démence précoce jusqu'ici utilisé n'est pas adapté et ne permet pas la création d'adjectifs, de substantifs. Le mot schizophrénie tire son étymologie des termes grecs *shizen* signifiant fendre et *phren* signifiant l'âme, l'esprit. Ce nom permet ainsi de mettre en évidence une des caractéristiques principales de la maladie étant la rupture au sein du fonctionnement psychique. (12)

E. Bleuler, de par son expérience et ses observations cliniques identifie la complexité de cette pathologie et la considère comme un groupe de maladies avec des âges d'apparition et des évolutions variables en fonction des individus. Ceci peut expliquer que certains auteurs puissent parler des schizophrénies et non de la schizophrénie, cette pathologie s'exprimant différemment chez chacun des patients qu'elle atteint. (12)

Ainsi le terme de schizophrénie a remplacé celui de démence précoce et la définition de symptômes fondamentaux fut établie : désintégration de la vie psychique et perte d'unité de la personnalité. **E. Bleuler** considère que les délires et les hallucinations ne font pas partie de ces symptômes fondamentaux de la pathologie, mais qu'ils sont des symptômes « accessoires » considérés comme des réactions à la maladie. Les symptômes fondamentaux ne priveraient pas le patient de relation sociale avec sa famille, ce serait les symptômes « accessoires » qui justifieraient le recours à la psychiatrie et qui confèreraient à la maladie son aspect extérieur. Il décrit quatre sous-types de schizophrénies : catatonique, hétérophrénique, paranoïde et simple. (12)

La schizophrénie est considérée comme une psychose chronique. On peut alors se demander ce que signifie ce terme de « psychose » ?

D'après le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la psychose est « *une affection psychique grave dont le malade n'a pas conscience, caractérisée par une désintégration de la personnalité accompagnée de troubles de la perception, du jugement et du raisonnement.* » (22)

La schizophrénie est une psychose chronique qui se caractérise par un syndrome délirant associé à un syndrome dissociatif. Ce syndrome dissociatif aussi appelé dissociation est une particularité des patients schizophrènes et peut être décrit comme une désorganisation étendue à tous les domaines : processus de pensée, comportemental, affectif. (20)

J. Bergeret établit des lignées structurelles présentant les personnalités pathologiques. Il associe la personnalité psychotique à « *une défaillance de l'organisation narcissique primaire des premiers instants de la vie. C'est une impossibilité pour l'enfant d'être considéré comme un objet distinct de la « mère sujet », personnalité elle-même incomplète ne pouvant concevoir de se séparer de cette partie indispensable à son propre Moi.* » (4, p.73)

Il en résulte une relation très fusionnelle entre l'enfant et sa mère. Le Moi de l'individu ne peut pas se construire complètement et il en résulte une notion de morcellement. Face à cette problématique l'individu psychotique met en place des mécanismes de défense qui sont la projection, le clivage du Moi et le déni de la réalité. Ce sont ces mécanismes de défense qui vont être à l'origine de phénomènes de dépersonnalisation, de déréalisation.

J. Bergeret associe à chaque lignée structurelle des éléments : symptômes, angoisse, relation d'objet, conflit et mécanisme de défense.

Le conflit principal dans la structure psychotique est le conflit entre le « Ça » et la réalité. La relation d'objet est fusionnelle. Les symptômes associés sont la fragmentation du Moi (dépersonnalisation, déréalisation) et le délire. L'angoisse est une angoisse de morcellement avec comme systèmes de défense le déni de la réalité et la projection. (4)

De nos jours, la schizophrénie est encore associée à des préjugés notamment dans les médias. En effet, elle est souvent confondue avec le trouble dissociatif de l'identité. De plus les patients schizophrènes sont souvent stigmatisés comme dangereux et hétéro-agressifs alors que seulement 3 à 5 % feront l'objet d'un passage à l'acte violent.

B) Épidémiologie

La schizophrénie touche actuellement plus de vingt et un millions de personnes dans le monde. On observe un sex-ratio de cette maladie légèrement plus marqué chez l'homme (1,4 homme pour 1 femme) avec un début plus précoce. Le risque de décès est multiplié par deux à trois fois à cause du risque de passage à l'acte suicidaire mais aussi à cause de comorbidités en particulier addictives.

C) Clinique

D'après le **DSM V** (13) cette pathologie débute dans la plupart des cas entre la fin de l'adolescence et le milieu de la troisième décennie. Cela peut s'expliquer par le fait que l'adolescence est une période de multiples remaniements psychiques. Il existe toutefois une forme précoce de la schizophrénie qui débiterait avant l'adolescence, une forme tardive après 45 ans et une forme très tardive après 65 ans.

On trouve deux formes d'entrée dans la maladie :

- le mode d'entrée brutal par un épisode délirant aigu
- le mode d'entrée insidieux avec l'apparition progressive de symptômes. On parle aussi de forme prodromique. Dans cette forme d'entrée dans la maladie, on repère des prodromes (troubles discrets qui arrivent progressivement) qui peuvent être énonciateurs de l'apparition de la schizophrénie.

Il existe trois dimensions principales de symptômes dans la schizophrénie : les symptômes positifs, les symptômes négatifs et la désorganisation. Avant de décrire plus précisément ces différents symptômes il me semble important de définir ce qu'est un symptôme :

C'est la « manifestation spontanée d'une maladie permettant de la déceler, qui est perçue subjectivement par le sujet ou constatée objectivement par un observateur. » (22)

1) Symptômes positifs

On appelle symptômes positifs ceux qui viennent s'ajouter au comportement habituel. On en distingue deux types :

- Les hallucinations définies comme des « *phénomènes psychiques par lesquels un sujet en état de veille éprouve des perceptions ou des sensations sans qu'aucun objet extérieur les fasse naître et qui apparaissent au cours de certaines maladies ou sous l'effet de la drogue.* » (22)

Les hallucinations peuvent être auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles ou cénesthésiques. Tous ces types d'hallucinations sont associés à un organe des sens. Cependant il existe aussi des hallucinations psychiques qui ne sont pas des hallucinations sensorielles mais qui peuvent se manifester sous forme de transmissions d'idées, de pensées imposées.

- Les délires (aussi appelés idées délirantes) sont définis comme des « *altérations profondes du psychisme et de la personnalité, n'entraînant pas forcément l'abolition de la conscience, et caractérisées par de fausses interprétations ou de fausses perceptions.* » (22)

On caractérise ces délires par un thème, un mécanisme, une systématisation, une adhésion et une organisation.

Le thème du délire est le sujet sur lequel il porte. On ne retrouve pas de thème propre à la schizophrénie, ils sont très variés.

Les mécanismes sont les « *processus fondamentaux à partir desquels le délire va se construire* » (20, p.32). On en distingue quatre : le mécanisme interprétatif, le mécanisme intuitif, le mécanisme imaginatif et le mécanisme hallucinatoire.

La systématisation correspond au « *degré de cohérence du délire* » (20, p.32). Si le délire est bien systématisé, il semble cohérent et les éléments s'articulent entre eux de manière organisée. S'il est non systématisé, il ne montre alors aucune cohérence. La plupart des délires rencontrés en psychiatrie sont mal systématisés.

L'adhésion est le « *crédit que le patient porte à son propre délire* » (20, p.33) c'est à dire sa possibilité ou non de le critiquer. Quand l'adhésion est totale, le patient est persuadé de la véracité de ce vécu délirant.

L'organisation du délire se fait soit en secteur soit en réseau c'est à dire qu'il touche plus ou moins de composantes de la vie du patient.

2) Symptôme négatifs

On qualifie ces symptômes de négatifs ou de déficitaires car ils sont le reflet du déclin des fonctions cognitives normales. On observe alors chez la personne un manque de comportements habituels, attendus. On distingue plusieurs symptômes négatifs :

- L'émoussement affectif est le symptôme négatif qui m'a interpellé le plus. Il se traduit par une « *difficulté à ressentir et exprimer des émotions.* » (25). On se retrouve avec des patients sans nuance émotive dans la voix ni manifestations émotionnelles dans le regard ou au niveau corporel de manière globale. Cela donne un aspect très figé, très distant et détaché de l'individu. C'est ce symptôme négatif qui m'a frappé dans cette pathologie. Il me semble avoir un retentissement important sur les interactions sociales, sur la compréhension du discours du patient avec une

réelle discordance entre ce qu'il raconte au niveau verbal et ce que son visage, son corps expriment.

On remarque donc deux composantes à cet émoussement affectif (21) : la composante émotionnelle et la composante expressive. Le schizophrène ayant du mal à ressentir ses émotions, l'expression de celles-ci sera diminuée.

Il existe d'autres symptômes négatifs comme :

- L'alogie qui est une difficulté à communiquer pouvant se présenter sous différentes formes : une absence d'idées, une pauvreté du discours, des réponses brèves, des interruptions subites de la conversation ou un délai de réponse très long avant d'obtenir une réponse à une question.
- L'anhédonie est une difficulté voire incapacité à ressentir du plaisir.
- L'apathie peut se présenter sous la forme d'un « *engourdissement physique et moral avec disparition de l'initiative et de l'activité.* » (22)
- L'aboulie est définie en psychopathologie comme un « *Trouble mental caractérisé par la diminution ou la privation de la volonté, c'est-à-dire par l'incapacité d'orienter et de coordonner la pensée dans un projet d'action ou une conduite efficiente.* » (22)
- L'isolement ou retrait social peut se manifester sous la forme d'un manque d'intérêt de plus en plus prégnant envers le milieu social pouvant mener un repli sur soi très important.

3) Désorganisation

La désorganisation est le troisième symptôme de cette triade de la schizophrénie. Elle touche plusieurs aspects de la vie psychique du patient. D'après **P-M. Llorca** (31) cette désorganisation de la pensée s'associe à des troubles formels de l'idéation du langage manifestés par une pauvreté du langage, un discours incohérent, un manque de logique dans le cheminement du raisonnement. Les conséquences de cette désorganisation peuvent se manifester de manière corporelle. En effet, une désorganisation du comportement peut s'observer avec une discordance entre l'expression du sujet et le contexte émotionnel de la situation. D'une autre manière on peut dire que les communications verbale et non verbale ne sont pas accordées.

D) Diagnostic

Les outils diagnostiques ont beaucoup évolué au cours des années et des recherches sur cette pathologie. De nos jours certains aspects de la maladie restent encore à découvrir ou à expliquer. Les classifications actuelles permettant le diagnostic sont multiples. Ce dernier est établi à partir de critères cliniques qui y sont explicités et qui ont été identifiés par des groupes d'experts internationaux. Parmi les classifications les plus utilisées on retrouve la **CIM 10** (39) qui est la classification internationale des maladies entrée en application en 1993. On y retrouve différents types de schizophrénies que je vais développer ci-dessous. La nouvelle version de cette classification internationale des maladies, la **CIM-11** sera soumise à l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) en mai 2019 d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

1) Les critères diagnostiques du DSM -V

L'autre classification la plus utilisée est le **DSM-V**. C'est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. J'ai décidé d'ajouter les critères du **DSM-V** en annexe 1. (p.76 de ce mémoire)

2) Les différentes formes de la schizophrénie (Selon la CIM-10)

- Schizophrénie **paranoïde** : c'est la forme la plus productive au niveau symptomatique. Le délire y est principalement paranoïde. Elle se déclare plutôt tardivement mais répond relativement bien aux traitements médicamenteux.
- Schizophrénie **hébéphrénique** : la désorganisation de la personnalité y est très marquée. C'est une forme qui débute chez le sujet jeune. Elle tient d'ailleurs son nom de *Hébé*, déesse grecque de la jeunesse. Contrairement au syndrome dissociatif, les manifestations délirantes y sont peu récurrentes. On y observe beaucoup de symptômes négatifs.
- Schizophrénie **catatonique** : les troubles du tonus y sont très marqués avec une flexibilité cireuse, avec des accès catatoniques et une agitation extrême soudaine et difficile à contrôler. La dimension comportementale est une des caractéristiques de cette forme de schizophrénie avec une opposition, un refus, du négativisme.
- Schizophrénie **indifférenciée** : c'est une schizophrénie présentant les critères diagnostiques de la pathologie mais qui ne répond pas aux critères de la schizophrénie paranoïde, hébéphrénique ou catatonique.

- Schizophrénie **résiduelle** : le patient a eu un épisode de schizophrénie mais les symptômes majeurs se sont atténués voire ont disparu.
- Schizophrénie **simple** : on voit les symptômes négatifs au premier plan.

E) Étiologie

L'étiologie de la schizophrénie n'est de nos jours toujours pas définie et semble plutôt due à une accumulation de facteurs environnementaux, génétiques et physiologiques. Je vais décrire les différents facteurs étiologiques connus ce jour de manière brève car ils ne sont pas le centre de mon propos dans ce mémoire.

1) Facteurs génétiques

D'après **Saoud** et **D'Amato**, on peut observer des phénomènes d'agrégation familiale de schizophrénies. Cela peut s'expliquer par la multiplication par dix du risque de développer une schizophrénie chez les apparentés au premier degré. Il existerait donc une composante génétique héréditaire dépendante de plusieurs gènes. La mutation sur un de ces gènes de manière isolée ne représenterait pas un risque flagrant mais c'est la multiplication de mutations sur différents gènes de différents chromosomes qui augmenterait ce risque. (46)

Pour les cas de schizophrénies sporadiques c'est à dire les personnes schizophrènes ne présentant pas de schizophrènes dans les apparentés, il existe une cause génétique qui serait liée à des mutations de novo impliquant une répétition de tri-nucléotides.

2) Facteurs neurophysiologiques et neurobiologiques

On remarque chez certains patients schizophrènes, grâce à l'imagerie cérébrale, que des zones du cerveau sont hypo-activées. En effet, le cortex frontal présenterait un défaut d'activation basal et le cortex pré-frontal dorso-latéral une hypo-activation lors d'épreuves nécessitant une activité plus importante de cette zone cérébrale chez les sujets non atteints de schizophrénie. On peut aussi observer des troubles dans les régions sous-corticales du cerveau intimement liées aux régions corticales et influençant leur fonctionnement. (46)

Les zones pariétales et temporales peuvent montrer des anomalies fonctionnelles observables dans des épreuves de mémoire.

On peut donc dire que beaucoup de zones du cerveau sont impactées chez certains schizophrènes. Ces lésions n'étant pas présentes chez tous les sujets on comprend que certains auteurs comme **S. Haouzir** et **A. Bernoussi** puissent parler de schizophrénies au pluriel et non de LA schizophrénie. (20)

3) Facteurs environnementaux

Dans l'ouvrage de **Saoud** et **d'Amato** concernant les causes et traitements de la schizophrénie (46), on retrouve de multiples facteurs environnementaux pouvant influencer l'émergence d'une schizophrénie chez un individu. Parmi ces facteurs on en retrouve de nombreux associés à la grossesse : des infections virales, des carences alimentaires, des facteurs immunologiques (comme l'incompatibilité rhésus) ou encore des complications obstétricales. Ces derniers pourraient augmenter le risque d'avoir un enfant qui développerait une schizophrénie. Les enfants soumis au stress, à des relations mères-enfants perturbées ou à un contexte familial difficile montrent aussi un risque plus élevé de devenir schizophrènes.

Tous ces facteurs montrent bien que l'étiologie de la schizophrénie est multifactorielle et ne peut pas être associée à un seul de ces critères.

Les causes pouvant être multiples elles impliquent de proposer différents traitements que je vais maintenant développer.

F) Traitements

Plusieurs auteurs s'attellent à montrer que les différents symptômes de la schizophrénie s'expriment différemment suivant les patients et qu'il n'y a pas une schizophrénie prédéfinie mais bien une schizophrénie spécifique à chaque patient, c'est le cas de **S. Haouzir** et **A. Bernoussi** par exemple. (20)

S'il y a plusieurs formes de schizophrénies il est préférable d'avoir différents types de traitements pour pouvoir s'adapter à chaque forme clinique de cette pathologie. Ainsi, pour diminuer les symptômes il existe des traitements médicamenteux et des traitements non médicamenteux.

Je vais succinctement présenter les traitements médicamenteux, les symptômes qu'ils limitent et les effets secondaires qu'ils peuvent engendrer. Ensuite je développerai les différents

traitements non médicamenteux que l'on peut proposer à un patient schizophrène et les différents professionnels qui peuvent les dispenser.

1) Médicamenteux

On distingue trois objectifs au traitement de la schizophrénie : stopper l'épisode aigu, limiter voire éliminer les symptômes positifs et agir sur la symptomatologie négative. Le traitement aigu, qui a pour objectif d'éliminer les symptômes psychotiques les plus sévères, dure de quatre à huit semaines. La plupart du temps il est accompagné d'une hospitalisation afin de mettre en place la prise de médicaments et de permettre une observance de ce traitement. (5)

Il existe différents neuroleptiques, ils sont atypiques ou typiques et agissent tous sur le système de neurotransmetteurs du cortex. Certains neurotransmetteurs ayant une surexpression dans la schizophrénie, les traitements vont bloquer leurs récepteurs. Ces neurotransmetteurs sont utilisés pour réguler différents systèmes. Ainsi ces traitements, en limitant les symptômes de la schizophrénie, vont aussi avoir des incidences sur le fonctionnement de l'individu. Bien que ces neuroleptiques soient essentiels pour limiter les symptômes positifs et indispensables pour potentialiser une prise en charge non médicamenteuse de la schizophrénie, ils ont de nombreux effets secondaires indésirables. (5)

On peut observer des répercussions neurologiques avec des modifications du tonus que j'expliquerai dans la partie sur les troubles psychomoteurs. Des conséquences de type anticholinergique avec une sécheresse buccale, des retentions urinaires, une constipation et un défaut d'accommodation visuelle. (5)

Il peut exister aussi des complications au niveau endocrinien avec une aménorrhée, une prise de poids, un risque de diabète et une baisse de libido.

L'usage de médicaments est indispensable pour limiter les phases aiguës de la maladie, il existe aussi des traitements non médicamenteux qui peuvent venir compléter la chimiothérapie.

2) Non médicamenteux

Dans certaines schizophrénies, en alliance aux traitements médicamenteux, on peut utiliser l'électro-convulsivothérapie ou sismothérapie. Cette technique, en entraînant une crise convulsive de brève durée via un courant électrique peut s'avérer efficace dans les schizophrénies catatoniques ou pour traiter des épisodes aigus sévères non réactifs aux médicaments. Cette

méthode est également conseillée dans les formes de schizophrénies associées à des troubles de l'humeur. (5)

La stimulation magnétique transcrânienne (SMT), est une technique plutôt innovante utilisée avec les patients atteints d'hallucinations auditives chimiorésistantes mais aussi dans le traitement des symptômes négatifs. C'est une technique consistant à utiliser un champ électromagnétique au niveau du cortex du patient. (5)

La prise en charge en institution, en plus de la chimiothérapie, permet une prise en charge par une équipe soignante pluridisciplinaire. On retrouve différents professionnels dans cette équipe souvent coordonnée par un psychiatre.

L'HAS préconise une prise en charge pluri-disciplinaire du patient afin de lui permettre un accompagnement le plus complet possible. (43)

Le psychiatre se charge du diagnostic et c'est lui qui établit le plan de soin avec l'équipe. Il effectue un suivi du patient régulier afin de mettre à jour le traitement si besoin. Il travaille en collaboration avec le médecin traitant.

Le psychologue peut proposer une psychothérapie (qui peut aussi être pratiquée par un psychiatre) mais aussi un bilan neurocognitif afin de faire le point sur les troubles associés à la pathologie. La psychothérapie peut être sous forme de réhabilitation psychosociale, de psychothérapie institutionnelle, de thérapie cognitivo-comportementale, de psychanalyse ou encore de psychoéducation. (5)

L'infirmier qu'il soit un infirmier libéral, ou dépendant d'une structure peut aider à l'observance du traitement et proposer des ateliers thérapeutiques au sein d'une institution.

La psychomotricité est pertinente dans l'accompagnement des patients schizophrènes au vu des multiples troubles psychomoteurs associés à cette pathologie. Ainsi il peut développer plusieurs axes de travail quant à la conscience corporelle, le travail des émotions (base des processus de relations avec autrui), l'ajustement tonique, le repérage spatio-temporel.

De nombreux autres professionnels gravitent autour du patient schizophrène pour l'aider dans sa vie quotidienne (ergothérapeute, assistante sociale, curateur ou tuteur).

G) Troubles psychomoteurs dans la schizophrénie

1) Que sont les troubles psychomoteurs ?

D'après **C. Potel**, « *Les troubles psychomoteurs sont des expressions symptomatiques, corporelles ou comportementales, du fonctionnement d'un sujet, enfant, adolescent, adulte, dont les origines peuvent être diverses (neurologiques, psychologiques, relationnelles, psychiques), et dont la présence affecte les potentialités du sujet, qu'elles soient de l'ordre de la cognition, de la créativité ou des moyens d'expression ou de communication qui, habituellement, empruntent le canal du corps : un corps sensible, un corps en mouvement, un corps dans l'espace, un corps en relation.* » (42, p.194)

Afin de trouver un consensus, un noyau commun, sur ce que sont les troubles psychomoteurs, le **CEDIFP** (Collège des Équipes de Direction des Instituts de Formation en Psychomotricité) a établi cette définition : « *Les troubles psychomoteurs sont des troubles neurodéveloppementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. Leurs étiologies sont plurifactorielles et transactionnelles associant des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et/ou psychosociaux qui agissent à différents niveaux de complémentarité et d'expression. Ils sont souvent situationnels et discrets, entravant en priorité les mécanismes d'adaptation, constituant une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et son milieu social.* » (29, p.111)

Ces troubles vont venir engendrer une inadaptation des conduites et générer une souffrance, des désagréments pour le sujet mais aussi pour son entourage. Ces symptômes sont mis en évidence par l'examen psychomoteur qui permet d'observer la qualité des perceptions, des représentations, des actions du sujet et leurs aspects quantitatifs.

Je vais décrire ci-dessous les différents troubles psychomoteurs que l'on peut retrouver chez des patients schizophrènes.

a) Ralentissement psychomoteur

Le ralentissement psychomoteur aussi appelé hypokinésie est décrit depuis des années chez les patients schizophrènes. **E. Bleuler** en parlait déjà en 1911 en le qualifiant de « *forme bénigne de stupeur* ». Ce ralentissement se manifeste par une lenteur d'exécution des gestes

(bradykinésie) et une lenteur psychique (bradypsychie). Il n'est pas lié à un trouble élémentaire. (41)

Mr D met beaucoup de temps à prendre le dé, le jeter. Au-delà des actes moteurs il lui faut aussi un certain temps pour qu'il puisse répondre à la question posée. Les actes moteurs et les réponses qu'il donne sont ajustés mais cela prend un temps très important.

b) *Troubles de l'ajustement tonique et de la régulation tonico-émotionnelle*

S. Robert-Ouvray et **A. Servant-Laval** affirment que « *le tonus constitue la trame support de l'existence, dont les aspects fonctionnel et relationnel ne peuvent être dissociés.* » (47, p.172)

On en comprend que cette fonction est impliquée dans divers processus et qu'elle est essentielle au maintien de l'existence de l'individu.

On observe trois composantes du tonus :

- le **tonus de fond** aussi appelé tonus de base qui permet la cohésion du corps, le maintien des différents segments corporels entre eux. C'est cette composante du tonus qui amène le sentiment d'unité corporelle.
- le **tonus postural** constitue l'activité minimale de tension musculaire permettant le maintien des postures. Il est lié à l'éveil, à la vigilance.
- le **tonus d'action** permet la motricité globale (déplacement, gestes), la communication non verbale et le langage.

Ces trois composantes permettent le bon déroulement de l'acte moteur et sont intimement liées à l'activité émotionnelle du patient.

On remarque une posture et un tonus relativement caractéristiques des patients schizophrènes. Le tonus axial est hypertonique et les différentes ceintures (scapulaire, pelvienne) sont peu dissociées. Cela donne un aspect « en bloc » de la posture du patient. De plus, le traitement par neuroleptiques peut entraîner un « syndrome parkinsonien » qui se manifeste par une forme de rigidité musculaire et pouvant être accompagnée de dyskinésies. (5)

La dyskinésie est un « *ensemble de troubles de l'activité motrice, caractérisés par des spasmes, des crampes, etc.* » (27)

Si on regarde les références psychanalytiques, on peut faire le parallèle avec les angoisses de morcellement des patients schizophrènes. Une hypertonie peut être perçue comme un mécanisme de défense qui donne l'illusion de tenir les différentes zones corporelles ensemble, de sentir son corps unifié.

Quand Mr P doit pivoter pour observer quelque chose ou orienter son regard vers quelqu'un, il est incapable de faire pivoter son buste. Il est dans une telle hypertonie qu'il est obligé de tourner son corps entier, aucune dissociation de ses ceintures n'est observable.

Le tonus d'action lui est plutôt hypotonique et les mouvements sont réalisés de façon lente comme on a pu le décrire dans le ralentissement psychomoteur.

Cette notion de mécanisme de défense tonique est plus amplement détaillée dans la troisième partie de ce mémoire.

c) Troubles du schéma corporel et de l'image du corps

Le schéma corporel et l'image du corps sont des concepts importants en psychomotricité. Avant de parler des modifications de schéma corporel et d'image du corps que l'on peut observer chez les patients schizophrènes je vais commencer par expliquer ces deux notions.

Il est important que ces deux concepts soient dissociés afin de ne pas les confondre.

- Le schéma corporel

D'après **J. de Ajuriaguerra** « Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. » (Ajuriaguerra, 1970)

Nous pouvons comprendre de cette citation que le schéma corporel se développe au fil de nos expériences et tout au long de notre vie. C'est une connaissance que nous avons de notre corps de manière objective et consciente.

J-M. Albaret affirme que le schéma corporel est un ensemble de représentations pour l'action qui répond à la question « Où ? » (localisation des membres) et à la question « Comment ? » (quelle utilisation pour atteindre le but fixé ?). (47)

Le schéma corporel est donc lié à la notion d'espace corporel, il permet la localisation des différentes parties du corps et la conception de notre unité corporelle.

C'est cet espace corporel qui est mis à mal dans la schizophrénie, le sujet peut présenter une méconnaissance des parties du corps que l'on observe lors des actions mettant en jeu les coordinations dynamiques générales.

- L'image du corps

J-M. Albaret estime que l'image du corps répondrait à la question « Quoi ? ». Quel corps suis-je ? Quelles sont les particularités de mon propre corps par rapport aux autres ? Quelles sont les spécificités de mon apparence ? (47) L'image du corps est pour **C. Potel** « *l'image que l'on se fait de soi.* » (42, p.145)

Sa construction est le fruit d'expériences psycho-corporelles mettant en jeu la relation entre l'individu et les autres. **F. Dolto** ajoute à cette notion d'image du corps un versant inconscient. Elle définit l'image du corps comme une « *synthèse vivante de nos expériences émotionnelles* » (42, p.145). Pour elle, les conflits psychiques, les frustrations, les relations au père et à la mère, viennent, de manière inconsciente, impacter l'image du corps. (42)

Ainsi cette image du corps se base sur des éléments conscients comme les sentiments, la façon dont on se sent dans sa peau et des éléments de l'ordre de l'inconscient liés à l'organisation de notre psyché.

La construction de l'image du corps n'est jamais terminée contrairement au schéma corporel. Cette image du corps est en mouvement constant. Elle s'affine au fur et à mesure de nos expériences psycho-corporelles (perceptions et éprouvés du corps) et des étapes de vie affective (deuils, joies, parentalité, séparations, chagrins, etc.)

Cette image du corps nous permet, si elle est croisée à notre schéma corporel, d'entrer en communication avec l'autre.

Chez les patients schizophrènes les limites entre le dedans (le soi) et le dehors (l'extérieur) sont floues. On remarque un manque d'unité corporelle lié aux angoisses de morcellement caractéristiques des psychoses. Ces troubles de l'image du corps ont un retentissement sur la vie du patient schizophrène et peuvent mener à une difficulté à se prendre en charge, à établir ou percevoir son identité et une baisse de l'estime de soi.

Ce manque d'unité corporelle et cette question de l'image du corps est illustrée par l'étude de cas de ce mémoire.

On retrouve également parmi ces troubles de l'image du corps la dysmorphophobie. Ce trouble est expliqué par **N. Loréa** comme « *une fixation de l'attention du sujet sur une partie de son corps, qui est alors perçue comme la cause d'un sentiment plus diffus d'être non attirant, voire repoussant.* » (32, p.38) Ce trouble de l'image du corps est souvent, dans la schizophrénie, associé à un délire porté sur le corps.

d) Troubles des repères spatio-temporels

L'espace et le temps sont des notions très liées au sein de notre fonctionnement car c'est au sein de ces deux notions que nos actions et nos mouvements se déroulent.

La désorientation temporo-spatiale peut s'observer chez certains schizophrènes. Les difficultés de perception de l'espace peuvent se mettre en lien avec la difficulté du schizophrène à percevoir son corps et inversement.

D'après un article de **J-M. Vanelle** (50) les patients schizophrènes présentent des anomalies du rythme veille-sommeil. Bien qu'il soit encore difficile de donner une cause certaine à ces perturbations des rythmes circadiens, on estime que les symptômes négatifs peuvent y être liés.

Mr K. évoque être content car la veille il a réussi à trouver le sommeil avant deux heures du matin, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. Il explique qu'il a un rythme veille/sommeil très perturbé et qu'il peut se retrouver à dormir très peu.

e) Les mouvements anormaux

J. Corraze parle de stéréotypies motrices chez certains patients schizophrènes, majoritairement associées à la forme catatonique de la maladie.

Les stéréotypies sont des « *mouvements ou des séquences motrices, répétés, pouvant exister de façon indépendante, susceptibles d'interférer avec un mouvement adapté ou de s'y intriquer* » (11, p.62).

Ces stéréotypies seraient liées à une anomalie des informations entre le cortex et les noyaux striés à cause d'un manque de régulation de la dopamine. Ces stéréotypies

interviendraient lorsque le patient est confronté à la résolution d'un problème ou à une tâche nécessitant de créer une suite de mouvements au hasard.

La mimique permet de traduire les états émotionnels, affectifs du sujet. En lien avec les symptômes négatifs du patient schizophrène comme l'émoussement affectif, on peut observer une amimie chez les patients.

Des paramimies peuvent aussi être présentes. Ce sont des mimiques en inadéquation avec le contenu du discours, faisant référence à la discordance, la désorganisation desquelles elles découlent.

Pendant l'atelier expression il arrive régulièrement que Mr E. se mette à rire sans raison particulière. Ces rires immotivés sont fréquents chez ce patient, peu importe la situation.

f) Troubles des coordinations, troubles de l'activité motrice

Les troubles du tonus, de la gestualité, du schéma corporel et de l'image du corps précédemment cités jouent sur la motricité et les coordinations du patient schizophrène et peuvent expliquer ses difficultés de motricité globale.

On entend parler d'apraxisme chez certains patients schizophrènes. Il est défini comme « une incapacité à réaliser une action » (27) d'après l'**Encyclopaedia Universalis**. **M. Goyty** en parle comme d'un « trouble de l'activité volontaire, d'origine psychique, rendant le sujet incapable de réaliser une action définie à l'avance. » (17, p.23) L'apraxisme est souvent la conséquence d'une accumulation de symptômes décrits comme négatifs : aboulie, anhédonie, incurie.

Cette première partie de mémoire m'a permis de montrer la complexité de la schizophrénie et d'en présenter les principales caractéristiques. Les symptômes et retentissements y étant nombreux j'ai ciblé ma réflexion sur l'émoussement affectif. Afin d'éclairer cette réflexion et de comprendre comment la psychomotricité peut aborder cet émoussement affectif il me paraît important, après avoir expliqué la pathologie, de détailler l'élément central de ce symptôme négatif : les émotions.

II. Les émotions et la schizophrénie

A) Définitions

1) Émotion

Si on s'intéresse à la racine du mot émotion on retrouve le terme latin *emotio* signifiant « *se mouvoir de-vers* ». Cette racine met en avant le mouvement physique et psychique que l'émotion induit chez le sujet.

D'après le CNRTL, l'émotion est une « *conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur.* » (22)

On verra dans la partie suivante, concernant les théories, qu'on peut compléter cette définition dépendamment du courant de pensée sur lequel on s'appuie.

2) Affect

Terme introduit par **S. Freud**, qui rend compte de « *manière subjective de la quantité d'énergie pulsionnelle* » (34). Cette notion peut aussi désigner le retentissement émotionnel d'une expérience importante. Aujourd'hui le terme affect est lié aux réactions « *cognitives-expérientielles* » des émotions, à différencier des manifestations physiologiques. L'aspect cognitif fait référence aux processus utilisés par l'individu pour ajuster les réactions à son environnement et le terme expérientiel rapporte le vécu subjectif et unique de chaque expérience émotionnelle. (34)

T. Monnet met en avant que pour **B. Golse**, la différence entre l'affect et l'émotion se situe surtout au niveau de la théorie à laquelle chacun de ces termes va s'attacher ; l'affect faisant plutôt appel à la vie pulsionnelle du sujet et l'émotion étant plutôt en lien avec l'aspect relationnel de la vie du sujet. (37)

3) Sentiment

C'est un « *état affectif complexe, assez stable et durable, composé d'éléments intellectuels, émotifs ou moraux, et qui concerne soit le « moi » (ex : orgueil, jalousie) soit autrui (ex : amour,*

haine, envie). » (22) C'est un état plus complexe et qui perdure par rapport à l'émotion. Les émotions vont venir nourrir le sentiment qui s'introduit dans l'existence du sujet. Le sentiment contrairement à l'émotion est « *conscientisable par rapport à un objet interne ou externe*. » Il s'agit par exemple de l'amour, de la haine, de l'angoisse. (6, p.119)

4) Humeur

L'humeur se définit comme la « *tendance affective de base de l'état mental*. » Un synonyme pourrait être la thymie. (22)

J. Cosnier définit l'humeur comme « *disposition ou état affectif qui constitue un arrière-plan plus ou moins durable imprégnant et orientant positivement ou négativement le déroulement de la vie quotidienne* » (23, p.7)

Cette citation vient montrer que l'humeur est inscrite dans le temps, les émotions vont venir moduler cette humeur entre deux pôles : être de bonne ou de mauvaise humeur.

B) Théories sur les émotions

Il existe de nombreuses théories sur les émotions, c'est en fonction de chacune d'elles que l'on peut ajuster la définition de l'émotion donnée précédemment. Quand on effectue des recherches sur les émotions, les premiers écrits d'analyse sont ceux de Platon. C'est donc un sujet qui intrigue et intéresse l'homme depuis de nombreux siècles.

D'après **Platon** (427-358 av J-C.), les émotions ne sont pas une bonne chose. En effet, il les considère comme des moyens de venir pervertir la raison, d'empêcher son développement. C'est une période où il fallait contrôler ses pulsions, ses passions pour ne pas dévier de la raison.

Aristote (384-324 av J-C.) a une vision plus positive des émotions. Créateur de la Rhétorique, il postule que pour que le discours soit persuasif, il faut impliquer l'univers émotionnel de son auditoire. Il remarque que l'on croit plus facilement quelqu'un qui vient toucher nos sentiments. De la même façon, on partage plus facilement l'avis de quelqu'un qui témoigne les mêmes émotions que nous, c'est la notion d'empathie. Il considère que nos émotions dépendent de nos croyances et connaissances personnelles. C'est ce qui fait de l'émotion quelque chose de subjectif.

A. NUGIER publie en 2009 un article intitulé *Histoire et grands courants de recherche sur les émotions* (38) qui reprend les différents points de vue et découvertes de chaque courant s'intéressant aux émotions. C'est en m'appuyant sur cette article que j'ai développé la perspective Darwinienne, la théorie de James-Cannon, la perspective cognitiviste ainsi que le point de vue des socio-constructivistes.

1) La perspective Darwinienne

C'est dans son ouvrage *L'expression des émotions chez les hommes et les animaux* (1872) que **C. Darwin** rend compte de ses recherches sur les émotions. Grand fondateur de la théorie de l'évolution, il se centre sur deux points essentiels et liés entre eux : l'universalité des émotions et leur valeur adaptative. (38)

L'universalité des émotions concerne les émotions de base, qui sont aussi qualifiées d'émotions primaires. Elles sont innées d'après lui ou du moins elles se développent de manière invariable chez les individus vivant dans les mêmes milieux. On note parmi ces émotions de base : la joie, la tristesse, la colère, le dégoût et la peur.

Suite à ces postulats, de nombreuses recherches ont été menées pour compléter voire vérifier les dires de **C. Darwin**. On peut noter à ce jour jusqu'à huit à dix émotions de base qui comprendraient entre autre : la honte, la culpabilité, la surprise.

R. Plutchik développe son modèle en partant de ces émotions fondamentales et considère que chaque émotion primaire est associée à une fonction primaire. Les huit émotions de base de Plutchik s'opposent deux à deux : joie/tristesse, colère/peur, attirance/dégoût, surprise/anticipation. La combinaison de plusieurs émotions fondamentales au fur et à mesure des expériences vécues par l'individu donne naissance à des émotions secondaires, par exemple la joie associée à l'attirance donne l'amour.

De même, en variant d'intensité, certaines émotions de base peuvent se transformer en d'autres émotions comme une colère si intense qu'elle devient de la rage.

La valeur adaptative des émotions se rapporte à son expression. Les conséquences expressives des émotions auraient permis à l'homme de survivre et donc de prospérer malgré la sélection naturelle.

Pour illustrer cette notion de fonction adaptative de l'émotion je prends l'exemple du dégoût. Les manifestations comportementales du dégoût consistent à expulser un aliment de la bouche et à éviter d'inhaler de mauvaises odeurs. D'après **C. Darwin**, ces comportements ont permis aux individus d'éviter d'ingérer des substances dangereuses. (44)

Bien que nous soyons, dans certaines cultures, moins amenés à devoir sentir ou goûter les aliments pour ne pas nous empoisonner (contrôles sanitaires, dates de péremption), ces expressions faciales ont été maintenues, comme des vestiges du passé.

2) Théorie psychanalytique

Les apports de **S. Freud** sur les émotions ne consistent pas en une théorie particulière mais expliquent plutôt les conséquences que peuvent avoir les situations connotées d'une signification émotionnelle intense. Des événements précoces peuvent créer un trauma émotionnel ayant des répercussions permanentes et néfastes sur le fonctionnement psychique de l'individu. Freud met en avant deux composantes essentielles au processus émotionnel : les réactions expressives et comportementales ainsi que les réactions cognitives et expérientielles. (34)

3) Théorie Jamesienne

W. James accepte le principe de valeur adaptative des émotions mais il cherche à rendre compte de leur nature. Pour lui l'expérience de l'émotion passe d'abord par l'expérience des changements physiologiques, corporels l'accompagnant. La perception de ces changements est indispensable pour pouvoir vivre les émotions. Ces changements corporels et physiologiques vont se manifester de manière expressive ou viscérale. Pour James, le corps est pré-programmé pour répondre à l'environnement. Ce corps nous permet de percevoir des émotions car il a évolué de manière adaptative pour répondre automatiquement aux différents éléments qui engagent notre survie. Chaque réponse corporelle peut alors être perçue comme une potentielle source d'interprétation émotionnelle. Il considère que les manifestations physiologiques sont premières aux manifestations cognitives de l'émotion. (38)

W-B. Cannon viendra controverser la théorie de **W. James** notamment au niveau des structures cérébrales mises en jeu dans les processus émotionnels. **W. James** propose une sollicitation du système nerveux autonome pour expliquer les réponses neurovégétatives alors que **W-B. Cannon** considère que c'est le système thalamique qui induit ces réponses. La théorie de

W-B. Cannon est, due à cette idée, appelée théorie thalamique ou centrale. La théorie centrale est basée sur l'idée que les réactions périphériques ne sont pas assez vives, rapides pour expliquer la complexité du ressenti émotionnel. Pour démontrer cela il met en évidence qu'une excitation physiologique simple n'est pas suffisante pour réellement provoquer l'émotion. L'intervention centrale, corticale est indispensable à induire une véritable émotion. L'existence de patterns d'excitations périphériques propres à chaque émotion est remise en cause et ces phénomènes d'excitation seraient plutôt des conséquences et non l'origine du processus émotionnel. (38)

Bien que les différents auteurs ne soient pas d'accord sur qui, des manifestations physiologiques ou de la conscience de l'émotion sont à la base de ce processus, il est clair que pour qu'il y ait émotion l'individu doit être conscient du signifiant émotionnel quel qu'il soit. Toutes ces théories physiologiques amènent donc des perspectives de recherches sur les processus cognitifs des émotions.

4) Perspective cognitive

La perspective cognitive est la théorie sur les émotions la plus dominante. L'évaluation cognitive sur laquelle elle est basée peut s'intégrer aux autres théories et puise ses origines dans la résolution du conflit **W. James - W-B. Cannon**. (38)

M-B. Arnold et **R. Lazarus**, au début des années soixante, développent le concept d'*appraisal* (évaluation cognitive) pour montrer les distinctions qualitatives entre les émotions. En effet, le même événement peut faire émerger différentes émotions que ce soit chez des individus différents ou chez un même individu en fonction du moment. Chaque individu vivra la situation différemment, c'est la signification personnelle qui détermine l'émotion que nous allons ressentir. L'individu prépare sa réponse en fonction des aspects qu'il évalue au cours de la situation, il existe quatre dimensions qui sont évaluées à ce moment-là : « la détection de la pertinence, l'évaluation de l'implication, le potentiel de maîtrise et l'évaluation de la signification normative. » C'est ce phénomène d'association de l'expérience émotionnelle à un pattern particulier d'évaluation que l'on appelle *appraisal* ou évaluation cognitive. (38)

La détection de la pertinence et l'évaluation de l'implication se font de manière plutôt inconsciente et fixent le niveau d'attention qui sera alloué à la situation. Le potentiel de maîtrise et l'évaluation de la signification normative font appel à des raisonnements cognitifs plus complexes

qui mettent en jeu le raisonnement conceptuel. Ainsi il faut que la modification de l'environnement soit assez importante pour induire la pertinence d'une réponse émotionnelle. Il y a autant de types d'émotions que de profils d'évaluation cognitive. Ces évaluations, dépendantes de l'environnement, de l'individu, du moment sont subjectives et sont influencées par les croyances et les attentes de l'individu vis à vis du monde et des autres.

5) Le point de vue socio-constructiviste

Cette théorie s'oppose à l'idée de détermination biologique des phénomènes émotionnels que l'on peut retrouver dans les théories Darwinienne et Jamesienne. Nous construisons nos états, nos attitudes et nos comportements à partir de notre culture et des apports de notre société. Nos émotions sont le produit de scripts de réaction dépendant d'une culture donnée. Les normes socio-culturelles de référence régissent nos émotions. Prenons l'exemple de l'ours que l'on croise en liberté. **W. James** postule que cette situation entraîne de la peur et la fuite alors que les guerriers d'une tribu lambda pourraient ressentir une fierté de pouvoir combattre une force de la nature. Chez eux, la peur dans une telle situation, ne fait pas partie du script culturellement transmis. En étudiant le langage on remarque que certaines émotions n'existent pas dans toutes les langues et c'est cette constatation qui est le principal argument de la théorie socio-constructiviste. (38)

6) Théorie neuroanatomique

Pour développer cette partie de la théorie neuroanatomique je me suis basée sur l'article de **F. Lotstra** nommé *Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions* (33). Cet article reprend l'évolution des différentes découvertes de la neuroanatomie sur les émotions.

La théorie neuroanatomique dans les processus émotionnels a vu le jour grâce à la description par **J. Harlow** du cas de son patient : Phineas Gage. Phineas Gage, était un travailleur ferroviaire ayant subi un grave accident en 1848. Il a été victime d'un accident du travail : une barre de fer a transpercé sa tête sans lui causer la mort. Ce cas a mis en évidence les répercussions sur le comportement et les émotions de lésions cérébrales. On observe chez cet homme une humeur devenue changeante, des propos grossiers, des pulsions animales. C'est à cette période que des travaux sur le cerveau de **P. Broca** et de **C. Wernicke** font le lien entre certaines lésions cérébrales et l'aphasie.

Les liens à proprement parlé entre structures cérébrales, lésions et émotions commencent à s'observer dans les théories de **W. James** et **W-B. Cannon** mais la notion de mécanisme anatomique est mise en valeur plus tard notamment par **J. Papez**. Il émet l'hypothèse que le siège anatomique des émotions se présente sous la forme d'un circuit regroupant différentes structures cérébrales sur la partie médiane du cerveau. **H. Klüver** et **P.C. Bucy** montrent quelques années plus tard, qu'en procédant à une ablation bilatérale des lobes temporaux, on induisait une cécité psychique chez le singe adulte. Ainsi la peur et les autres émotions ne sont plus manifestées et les interactions sociales sont perdues. Ils mettent en avant, par ces expériences, l'importance des lobes temporaux dans les processus émotionnels. On peut alors se demander s'il y a vraiment un endroit spécifique aux émotions au niveau cérébral ou si de nombreuses structures de différents lobes sont impliquées dans les processus émotionnels.

J. Ledoux et **J. Muller**, dans les années 90 postulent qu'il existe une unité cérébrale fonctionnelle distincte à chaque émotion et que ces unités sont le résultat de l'évolution de l'espèce. Actuellement, les neuroanatomistes s'accordent à dire qu'il n'y a pas de centre unique des émotions mais plutôt des ensembles d'unités cérébrales reliés.

J. Ledoux découvre les composantes principales du circuit de la peur et démontre le rôle majeur de l'amygdale. Cette structure cérébrale, située dans la partie antérieure du lobe temporal est connectée avec les cortex sensoriels et les différentes régions cérébrales qui assurent l'expression de la peur.

Parmi les diverses structures cérébrales impliquées dans les processus émotionnels on peut noter l'importance du cortex préfrontal. Son utilité a été démontrée lors de la période des lobotomies et des leucotomies (lobotomies partielles) développées par **E. Moniz**. La lobotomie est une « *Section chirurgicale de la substance blanche d'un lobe cérébral, le plus souvent du cortex préfrontal, (...) ayant pour objet d'interrompre certains circuits neuroniques.* » (22)

Ces lobotomies indiquées à l'époque dans certains cas de schizophrénie diminuaient les hallucinations mais engendraient une apathie chez les patients. Cela a permis de montrer l'implication du cortex cingulaire antérieur, partie du cortex préfrontal, dans les processus cognitifs et affectifs. L'importance d'une autre partie du cortex préfrontal, le cortex orbito-frontal a été mise en évidence. En effet, des lésions dans cette région entraînent la perturbation des émotions et un manque de cohérence entre les émotions exprimées et le contexte social.

Ces différentes théories se complètent au fur et à mesure des recherches et montrent que les émotions naissent de processus complexes. Dépendamment de nos croyances, de notre culture, de notre expérience elles s'expriment différemment et cela met en avant leur aspect subjectif.

C) Les manifestations émotionnelles

1) Les manifestations physiologiques

Comme je l'ai exposé dans les différentes théories des émotions, on peut associer les émotions à diverses manifestations physiologiques. Ces manifestations sont dues à des messages nerveux du système autonome qui contrôle les fonctions automatiques et non volontaires. L'activité végétative de l'individu peut être décrite grâce à plusieurs facteurs : la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la pression artérielle, la température corporelle, l'activité nerveuse. La modification de ces paramètres entraîne des manifestations physiologiques diverses : sudation, dyspnée, tremblements, rougeurs, tachycardie.

Chaque émotion va donc, en fonction de l'individu chez lequel elle s'exprime et en fonction du stimulus, induire des manifestations physiologiques qui pourront aider le sujet à l'identifier.

Je me promène dans la rue tard le soir et il fait sombre. Je réalise que quelqu'un est en train de me suivre. Je sens mon cœur battre plus vite, je commence à transpirer, ma respiration s'intensifie, mes mains tremblent et ma vitesse de marche s'accélère. Ces diverses manifestations physiologiques : augmentation de la fréquence cardiaque, sudation, hyperventilation me permettent de comprendre que je ressens une émotion que je vais identifier comme étant de la peur.

2) Les expressions faciales

P. Ekman, dans les années soixante, écrit sur les expressions faciales des émotions. Il pense que les six émotions de base qu'il identifie : la joie, la peur, la colère, le dégoût, la surprise et la tristesse possèdent chacune une expression faciale innée et universelle. Bien que cette idée soit

controversée du fait des différences culturelles et individuelles, il est indiscutable que les émotions peuvent être témoignées par des expressions faciales. (44)

La quantité d'afférences nerveuses motrices sur le visage est considérable et permet une multitude de mouvements de la face. De plus, le visage étant la partie du corps généralement la plus exposée, il représente un lieu privilégié d'expression des émotions.

Cette composante expressive permet à l'individu d'exprimer ses émotions, de transmettre son état affectif à autrui et d'entrer en relation avec l'autre. Ainsi, l'individu avec qui il échange pourra proposer des réactions adaptées.

Une patiente cherche à deviner mon âge. Elle n'y arrive pas et quand je le lui donne, elle écarquille les yeux, et ouvre grand la bouche. C'est cette expression faciale qui m'a permis à ce moment là de saisir qu'elle me communiquait une émotion. Émotion que j'ai identifié comme étant la surprise.

3) La voix

La voix est une composante propre à chaque individu qui évolue toute notre vie. Présente dès la naissance avec le cri du nouveau-né, elle est enracinée dans notre corps de par sa liaison avec le souffle et la respiration. Elle est un vecteur des émotions grâce à de nombreux paramètres modulables : le débit, le timbre, le volume, l'intonation, l'amplitude. La même phrase peut alors communiquer une émotion différente en fonction de la manière dont on la prononce.

D'après **G. Caelen-Haumont**, depuis de nombreuses années des chercheurs s'intéressent aux états émotionnels et à la prosodie qui leur est associée. Ils ont pu remarquer que malgré les particularités vocales des langues, on retrouve une prosodie proche qu'importe le langage pour les émotions primaires au moins. (7)

Ainsi grâce à la prosodie, on peut communiquer ses émotions ou comprendre celles que les autres expriment. De plus, qu'importe le message véhiculé, il est possible, par la prosodie de percevoir une émotion sans comprendre le sens des mots. Ces propos sont très bien résumés dans une citation de **M.F Castarede** par **T. Monnet** « *La voix, comme la musique, est le lieu où les affects se déploient hors du sens des mots et de la représentation.* » (37, p.10)

Mme M. doit nous dire son prénom en exprimant la colère. Pour cela elle durcit le timbre de sa voix, le ton qu'elle emploie est grave, le volume sonore est important, l'intention est percutante.

4) Le tonus

H. Wallon développe en premier l'idée du tonus comme toile de fond des émotions. Il met en avant son importance dans la relation mère-nourisson. **J. De Ajurriaguerra** propose le concept de « dialogue tonico-émotionnel » à partir des propos de **H. Wallon** pour définir la transmission des états émotionnels entre la mère et son enfant dès les premiers mois de la vie. Lorsque le nourrisson observe des fluctuations toniques en lien avec son environnement, la mère, en ajustant sa posture, ses mimiques et donc son tonus, permet à l'enfant une réponse en miroir à ses propres manifestations émotionnelles. Grâce à ce dialogue l'enfant perçoit son propre état émotionnel. (1)

Ce concept de dialogue tonico-émotionnel est approfondi dans la troisième partie de ce mémoire dédiée aux liens entre psychomotricité et émotions.

Nos perceptions, sensations modifient notre tonus de fond et cela vient impacter notre posture, notre attitude, nos mimiques, en lien avec notre activité émotionnelle. **F. Leplat** considère que ce sont les variations de notre tonus qui permettent de nous émouvoir. (37)

Étant observable, le tonus est un indicateur important de notre état émotionnel et peut guider l'autre sur les émotions que l'on ressent.

Mr B. montre un mouvement de redressement guidé par un recrutement tonique important au niveau de son axe corporel suite à un échange. La modification tonique est flagrante et m'indique qu'une émotion se manifeste de notre échange.

5) Les mots

On peut verbaliser ses émotions. En effet, la langue française est riche de différents termes qui permettent d'expliquer nos ressentis affectifs. Cependant, verbaliser ses émotions reste une tâche qui peut s'avérer difficile. C'est quelque chose d'intime et les ressentis ne sont pas toujours facile à attribuer à des mots précis.

Étant subjective, l'expérience émotionnelle est difficile à retranscrire telle qu'on l'a vécue. La retranscription de l'émotion nécessite que l'on ait pu percevoir cette émotion. Cela passe par

les manifestations corporelles citées ci-dessus. Mais il est important de notifier que le processus de verbalisation de l'émotion est complexe. Je ressens l'émotion, la perçoit et ensuite seulement, grâce à mes interprétations, je peux l'exprimer verbalement. Il arrive donc qu'au cours de ce processus des informations ne soient pas retranscrites exactement comme elles ont été vécues. Les mots peuvent réduire ou amplifier l'expérience émotionnelle. (37)

Les manifestations des émotions sont multiples et il est important d'observer et d'avoir conscience de l'intégralité de celles-ci avant d'interpréter son expérience émotionnelle. C'est l'ensemble de ces manifestations, articulées ensemble qui va permettre d'identifier nos émotions et celles d'autrui.

Certaines manifestations émotionnelles ont vertu de communication. On distingue deux types de communication : la communication digitale qui concerne l'aspect verbal (utilisation des mots) et la communication analogique qui regroupe le non verbal et le paraverbal (expressions faciales, tonus, posture).

D) Les compétences émotionnelles

Dans son ouvrage, **M. Mikolajczak** explique que malgré les différentes recherches sur les compétences émotionnelles, il n'est pas possible de trouver un consensus sur leur nombre. Toutefois, elle en cite cinq desquelles découlent les autres : l'identification des émotions, leur compréhension, leur expression, leur régulation et enfin, leur utilisation.

Chacune de ces compétences émotionnelles possède un versant intrapersonnel (soi et un versant interpersonnel (autrui). Je vais développer ces différentes compétences émotionnelles en m'appuyant sur son ouvrage. (36)

1) Identification des émotions

L'identification des émotions, chez un sujet ayant de bonnes compétences émotionnelles consiste à identifier ses propres émotions (versant intrapersonnel) et identifier les émotions d'autrui (versant interpersonnel).

L'identification des émotions est un prérequis aux autres compétences émotionnelles. Si l'émotion n'est pas identifiée on ne peut pas la comprendre, l'exprimer, la réguler, l'utiliser de manière adaptée.

Afin d'identifier ses propres émotions il faut être capable de s'y ouvrir. Les émotions, qu'elles soient positives ou négatives nous donnent des informations sur le monde extérieur, sur nous-même et sur nos rapports à ce monde. Une émotion n'apparaît jamais de manière inutile, elle permet de transmettre un message, une information importante. Ignorer l'émotion ne change en rien la situation. Cela vient uniquement entraver la qualité de notre adaptation à cette situation.

Le premier frein à l'identification de nos émotions est un mécanisme de défense. On le retrouve chez les sujets qui pensent que les émotions viennent perturber leur raison ou leur équilibre psychique.

Une autre condition à l'identification des émotions est d'avoir à sa disposition un vocabulaire riche et précis afin de représenter ces émotions. Plus ce vocabulaire sera riche plus l'individu sera capable de discriminer les émotions avec finesse.

C'est ce vocabulaire que l'on retrouve dans la roue de **R. Plutchik** présentée dans la partie exposant les théories des émotions.

Ainsi, l'ouverture aux émotions couplée à un vocabulaire émotionnel riche sont les prérequis essentiels à l'identification de ses émotions. Pour la faciliter le sujet va s'appuyer sur ses pensées, ses sensations physiologiques et ses tendances à l'action (comportements déclenchés par l'émotion).

Pour ce qui est de l'identification des émotions d'autrui on peut se demander ce que cela peut nous apporter.

Les émotions d'autrui informent sur ses attentes et ses besoins. Elles nous informent sur l'environnement et peuvent nous alerter sur la présence d'un danger par exemple. Enfin elles nous renseignent sur nos propres comportements et nous permettent de les ajuster. En modulant notre comportement, elles jouent un rôle dans l'adaptation sociale.

C'est, d'une part, la communication digitale de l'autre qui vient nous donner des informations pour identifier ses émotions. D'autre part, la communication analogique vient la compléter, la remplacer, l'accentuer, la réguler ou la répéter.

Certaines fois la communication analogique vient contredire la communication digitale. Dans ce cas, il semble que la communication non verbale soit la plus significative sur ce que ressent vraiment l'autre car elle est plus difficile à feindre.

2) Expression des émotions

Cette compétence est la capacité à exprimer ses émotions de manière socialement acceptable et de permettre à l'autre d'exprimer, lui aussi, ses émotions.

De nombreux chercheurs ont essayé d'identifier des raisons pour lesquelles l'expression des émotions était importante, il en ressort plusieurs informations.

Tout d'abord, la non expression des émotions augmente l'intensité de leurs manifestations physiologiques.

Ensuite, l'expression des émotions permet, sur le plan individuel, d'obtenir de meilleurs résultats académiques, de diminuer les plaintes somatiques, d'améliorer la santé physique (moins de consultations médicales), de renforcer les fonctions immunitaires. Sur le plan social, l'expression des émotions est cruciale pour réguler et développer des relations. Elle aide à résoudre les problématiques de la vie en société et influence le comportement de l'autre en lui permettant de s'ajuster. Plus cette expression est partagée avec un individu, plus la construction du lien, de l'intimité peut se développer.

Il est toutefois important de contrôler l'expression de ses émotions et de ne pas les exprimer de manière intempestive. Cela risquerait d'altérer les relations sociales.

Dans certaines situations telles que la médiation d'un conflit ou lors d'une présentation en public il peut être légitime et approprié de ne pas exprimer ses émotions.

On en déduit que l'expression des émotions doit se faire de manière adaptative, en fonction du contexte dans lequel on se trouve. Lorsque l'on exprime ses émotions il est d'ailleurs recommandé d'utiliser la première personne et une formulation du type : « Je me sens triste ». Cela permet de ne pas attribuer à l'autre la responsabilité de notre état émotionnel.

Le versant interpersonnel de l'expression des émotions consiste à écouter les émotions de l'autre, favorisant ainsi son expression. C'est une compétence essentielle au psychomotricien pour créer une alliance thérapeutique avec son patient.

L'écoute des émotions d'autrui est une compétence sociale très importante, elle permet de créer une relation, de diminuer la méfiance de l'autre et lui permettre d'être à l'aise dans l'expression de ses états émotionnels.

On peut observer différentes réactions à l'expression des émotions d'autrui, chacune étant plus ou moins recommandable :

- Juger : c'est se permettre de dire si l'individu qui exprime son état émotionnel à raison ou tort, s'il dit vrai ou faux. C'est une réaction moralisatrice qui peut être vécue comme agressive. Elle est propice à l'émergence de réactions défensives chez l'individu qui s'exprime. Elle n'est donc pas une attitude d'écoute optimale.
- Interpréter : interpréter le ressenti de l'autre c'est prendre un risque. Le risque de laisser penser qu'on connaît mieux que l'autre les raisons de son état émotionnel. Ce n'est donc pas une réaction d'écoute recommandée.
- Solutionner : c'est une réaction axée sur le résultat et la résolution de problème. Elle peut être pertinente si le danger est proche et qu'il faut aider l'autre à réagir vite. Dans d'autres circonstances elle n'est pas réellement adaptée car elle peut donner l'impression de décider à la place de l'autre.
- Consoler : consiste le plus souvent à dire à l'autre que « ça va aller. » C'est une réaction partant généralement d'une bonne intention. Cependant cette réaction traduit notre propre malaise et une tendance à l'identification. D'un autre point de vue elle peut donner l'impression que l'on minimise ce que vit l'autre.
- Investiguer : on va « creuser » la situation afin d'obtenir des informations qui finalement, sont plus des informations qui nous intéressent mais qui ne vont pas aider l'autre. Il est préférable de se centrer sur le vécu de l'individu. De plus, ça peut donner l'impression d'un interrogatoire, assez oppressant et pouvant générer une forme de pression.

- Comprendre : ça consiste à entendre ce que dit l'autre et comprendre son état. Cela n'induit pas de le ressentir soit même, seulement de comprendre. On identifie le vécu de l'autre sans s'y laisser aller complètement. C'est la réaction qui semble être la plus appropriée.

Je vais développer comment peut se manifester cette réaction puisqu'elle est celle qui, il me semble, devrait être adoptée par le psychomotricien.

Elle consiste à poser des questions ouvertes à l'individu sur ses ressentis, émotions. Suite à ces questions on peut reformuler ce que nous dit la personne. Reformuler ne veut pas dire répéter, ce qui au contraire pourrait irriter. Reformuler le vécu de l'autre c'est utiliser des mots différents. Cela permet de montrer à l'autre qu'on écoute ce qu'il dit et qu'on le comprend mais aussi de remettre les émotions au premier plan de la discussion. L'individu pourra alors affirmer ou infirmer nos propositions et ainsi repréciser ce qu'il ressent. Il ne faut pas avoir peur des silences que les questions peuvent générer. Au contraire, ces silences sont un espace qu'on laisse à l'autre pour s'exprimer. Lors de la reformulation on peut aussi s'atteler à en ressortir les besoins, envies de l'autre. Toute cette démarche d'écoute permet à l'individu de se sentir au centre de la discussion et l'encourage à exprimer ses émotions en confiance.

En tant que psychomotricien ce qui va nous intéresser dans l'expression des émotions, au-delà de l'aspect verbal, c'est l'expression corporelle des émotions. Les manifestations émotionnelles que j'ai développées précédemment dans ce mémoire ont aussi une valeur expressive et communicative.

Dans un article sur les postures émotionnelles, **I. Sage** parle de l'expérience proposée par **M. Coulson** en 2004. Il a présenté 176 postures à des personnes allant de 18 ans à 60. Chacune de ces personnes devait attribuer une émotion parmi ces 6 à la posture photographiée qu'il observait : joie, surprise, colère, peur, dégoût, tristesse. De cette expérience il a pu établir pour chaque émotion, une posture lui étant identifiée comme typique :

« - *La joie : la tête et le tronc en franche extension vers le haut, les bras en l'air tendus ;*

- *La surprise : la tête légèrement penchée en avant, les bras lancés en l'air, le poids sur la jambe positionnée en arrière ;*

- *La colère : la tête en extension, le tronc basculé en avant, les bras pliés devant le tronc, le poids sur la jambe avant ;*

- *La peur : la tête et le tronc en légère extension, les bras écartés du tronc établissant l'équilibre lors du transfert du poids vers l'arrière ;*
- *Le dégoût : la tête et le tronc en franche extension vers le haut, les bras en extension vers l'avant, transfert du poids vers la jambe arrière ;*
- *La tristesse : la tête et le tronc en franchement repliés vers l'avant, les épaules rentrées, les bras ballants, le poids sur la jambe arrière. » (45, p.20)*

Cette expérience montre qu'au-delà des mots, la communication non verbale est aussi primordiale pour exprimer une émotion. Les participants à cette expérience ont pu identifier des émotions en observant seulement une posture.

Il est possible d'exprimer ses émotions avec des expressions faciales, des gestes, un recrutement du tonus, une attitude. Toutes ces manifestations sont des composantes de la communication non verbale. Ces expressions corporelles des émotions viennent compléter l'expression verbale.

3) Compréhension des émotions

Un individu avec de bonnes compétences émotionnelles peut comprendre les causes et les conséquences de ses émotions ainsi que celles d'autrui.

Les émotions informent du niveau de satisfaction des besoins de l'individu. Il est donc important de les comprendre afin de trouver les moyens de satisfaire ses besoins.

L'intensité de l'émotion est corrélée directement à l'importance de l'évènement pour l'individu. Les émotions connotées négativement indiquent un ou des besoins insatisfaits alors que des émotions connotées positivement vont indiquer des besoins satisfaits.

A long terme, l'insatisfaction des besoins peut rendre chronique un état émotionnel négatif et devient un danger pour la santé physique et mentale du sujet.

La compréhension des émotions va passer par trois étapes :

- **l'accueil des émotions** : cette étape consiste à accueillir les émotions sans jugement. Il est important de limiter au maximum les conduites d'évitement des émotions qui mènent à une persistance de l'émotion, un renforcement et une augmentation du mal être.

Afin d'accueillir les émotions il faut être conscient qu'elles nous renseignent sur nos besoins. Ce cheminement met en valeur toutes les émotions, qu'elles soient connotées positivement ou négativement, en mettant en avant leur valeur fonctionnelle.

- **la reconnaissance des besoins** : Pour reconnaître le besoin il faut parfois le dissocier de l'élément déclencheur de l'émotion. Je vais illustrer ceci en reprenant les exemples donnés par **M. Mikolajczak**. (36)

Exemple 1 : J'ai peur à la vue d'un scorpion car cela menace mon besoin de sécurité. Ici le stimulus et le besoin se confondent.

Exemple 2 : On me fait une remarque blessante sur mon efficacité au travail (élément déclencheur) mais le besoin qui est sous-jacent est le besoin de reconnaissance. Dans ce cas il faut dissocier l'élément déclencheur du besoin afin de ne pas interpréter de manière inadaptée le stimulus et d'augmenter l'émotion négative.

- **la satisfaction des besoins** : les besoins sont universels et afin de les satisfaire on peut mettre en place des moyens qui sont très nombreux. Ces moyens sont limités par des facteurs externes et environnementaux.

Comprendre l'origine de nos émotions permet de diminuer notre réactivité émotionnelle et d'améliorer l'équilibre émotionnel à long terme.

Ainsi les émotions permettent de nous informer sur ce qui est important pour notre bien-être, nos besoins et nous donnent des indications pour les satisfaire.

4) Régulation des émotions

La régulation des émotions implique une gestion du stress, une gestion des émotions inadaptées au contexte. Elle nécessite aussi, pour être opérante, de savoir gérer le stress et les émotions d'autrui.

On a vu précédemment que les émotions ont un aspect fonctionnel. Cependant, si elles ne sont pas régulées, elles peuvent être à l'origine de comportements regrettables.

Les émotions peuvent prendre une tournure dysfonctionnelle si elles sont en désaccord avec l'objectif de l'individu (nuisent au bien être, au travail, ont un effet délétère sur autrui) ou si

elles ne sont pas en accord avec les règles d'expression émotionnelle. Leur régulation est alors nécessaire.

Pour réguler ses émotions on peut chercher à modifier différents paramètres : le type d'émotion, son intensité, sa durée, sa ou ses composantes.

On observe quatre grands types de régulation des émotions : l'augmentation des émotions négatives ou leur diminution, l'augmentation des émotions positives ou leur diminution. Les plus fréquentes étant l'augmentation des émotions positives et la diminution des émotions négatives.

Pourquoi est-il important de réguler ses émotions ?

- Pour entretenir des relations sociales : si les émotions sont trop intenses on s'expose à des conflits
- Pour permettre la performance qu'elle soit académique ou professionnelle.
- Pour favoriser le bien-être et limiter les risques de troubles psychologiques : la non régulation des émotions négatives entraînant une qualité de vie inférieure.
- Pour préserver sa santé physique : les émotions ont des conséquences sur l'apparition de certaines maladies graves ou sur l'aggravation de certaines pathologies. L'effet positif de ces émotions à court terme comme indicatrices d'un danger par exemple devient un effet négatif s'il se prolonge trop.

5) Utilisation des émotions

On estime que la compétence émotionnelle de l'utilisation des émotions est de qualité quand l'individu peut utiliser ses émotions pour améliorer son efficacité : réflexion, prise de décisions, actions. Le versant interpersonnel de cette compétence est la capacité à utiliser les émotions des autres au profit de son efficacité.

Les émotions orientent nos pensées et nos comportements. Je vais décrire les différentes répercussions des émotions à différents niveaux cognitifs.

- L'attention : les émotions orientent notre attention. Quand l'individu est dans un état émotionnel positif il est plus sensible aux stimuli positifs et vice versa.
- La pensée divergente ou convergente : lorsque que le sujet est dans un état émotionnel positif, il fait preuve de bonnes capacités de pensée divergente. Cela lui permet une créativité riche. La

catégorisation est inclusive. Le raisonnement systématique est quant à lui, de moins bonne qualité. Quand l'humeur est plutôt négative, l'individu aura une pensée convergente.

- Le jugement : les émotions modifient les éléments sur lesquels nous allons appuyer notre jugement. Elles modifient aussi la nature de celui-ci.

Émotions	Positives	Négatives
Éléments sur lesquels s'appuie le jugement	Éléments précis	Éléments superficiels
Nature du jugement	Positive	Négative

- La prise de risque : Nos émotions influencent notre perception du risque. Lorsque notre état émotionnel est positif, nous avons tendance à sous-estimer le risque. Au contraire, lorsque notre état émotionnel est plutôt négatif nous allons surestimer le risque.

- Le choix : nos choix sont bien souvent congruents à nos états émotionnels.

- L'interprétation des événements : Lors d'un état émotionnel connoté négativement, les interprétations que nous allons faire seront plus péjoratives. On note l'inverse en cas d'émotions positives.

- La mémoire : les événements qui seront de la même nature que notre état émotionnel seront plus facilement encodés et de la même manière ils seront mieux mémorisés.

- Le répertoire de pensées et d'actions : Lors d'une humeur positive, nos capacités de pensées et d'actions sont plus ouvertes. On va avoir envie de faire plus de choses.

- Les comportements : Un individu dans un état émotionnel positif sera plus communicatif, plus à l'aise, plus chaleureux et pourra vivre des situations socialement plus constructives.

E) Les émotions chez les patients schizophrènes

Nous venons de voir quelles sont les compétences émotionnelles que l'on retrouve chez l'homme et les répercussions qu'elles peuvent avoir si elles ne sont pas fonctionnelles. Je me suis alors posée la question des compétences émotionnelles des patients schizophrènes. En effet, des lacunes dans ces compétences pourraient être en lien avec l'émoussement affectif qu'on retrouve chez certains schizophrènes.

1) Déficit de reconnaissance des émotions

On identifie différentes composantes de traitement des émotions qui ne sont pas effectives chez le patient schizophrène. « *La reconnaissance des émotions est détériorée dans toutes ses composantes (verbale, faciale, auditive).* » (24, p.389)

La difficulté de reconnaissance des émotions faciales chez le patient schizophrène est présente peu importe la phase de la maladie. On l'observe pendant la phase prodromique et chez les patients déjà diagnostiqués. Ce défaut de reconnaissance des émotions faciales chez les schizophrènes peut s'expliquer par une tendance chez ces patients à observer des parties locales du visage au lieu de considérer son ensemble. Cette technique d'observation ne permet pas de percevoir clairement les émotions transmises par le visage de l'autre. De plus, une activation trop importante de l'amygdale (noyau du système limbique) chez ces patients viendrait entraver la capacité à reconnaître les émotions faciales. (15)

La difficulté de reconnaissance des émotions peut aussi s'expliquer par un défaut de la « *théorie de l'esprit* » chez ces patients. La « *théorie de l'esprit* » étant le processus permettant de comprendre l'état mental de l'autre et de percevoir ses propres états mentaux. Cette incapacité peut venir troubler leur jugement des émotions de l'autre. Nous pouvons illustrer ces propos par le fait qu'ils puissent construire un délire de persécution vis à vis de quelqu'un qui n'a jamais manifesté d'émotions négatives envers eux. (24)

Afin d'évaluer les déficits de reconnaissance des expressions faciales, un test pour les neuropsychologues a été élaboré. Il permet d'évaluer le niveau de difficultés de reconnaissance des émotions faciales chez le patient atteint de schizophrénie afin d'ajuster une éventuelle prise en charge sous forme de remédiation cognitive.

Ce test s'appelle le TREF (Test de Reconnaissance des émotions faciales) (16). Il est composé de cinquante-quatre photographies en couleur. Sur ces photographies, des individus hommes et femmes de vingt à soixante ans expriment une des six émotions principales (joie, mépris, tristesse, peur, colère, dégoût) avec des intensités d'expression allant de 20 à 100 %.

La passation du test se fait sur ordinateur, sous forme d'un diaporama. Chaque photographie apparaît sur l'écran pour une durée de 10 secondes, le patient a le temps qu'il veut pour choisir l'émotion qui lui a été présentée parmi les six. La personne est invitée à donner une réponse à chaque photo car c'est essentiel pour pouvoir interpréter le test. (16)

On doit donc intégrer aux prises en charge de ces patients des activités permettant d'améliorer la reconnaissance des émotions et leur traitement qui sont des pré-requis indispensables au bon fonctionnement des autres compétences émotionnelles.

2) Moins d'expression des émotions

On remarque chez les patients schizophrènes un déficit dans l'expressivité émotionnelle. Cette difficulté à exprimer ses émotions se manifeste tant au niveau facial que vocal, peu importe la connotation de l'émotion (positive ou négative), peu importe le sexe et peu importe s'il y a médication antipsychotique ou non. Diverses causes à ce manque d'expressivité ont été proposées (24) :

- Mauvaises connexions cérébrales dans les régions responsables de l'expressivité émotionnelle et sociale.
- L'expérience émotionnelle étant exacerbée chez les schizophrènes, le déficit d'expression des émotions serait un mécanisme de protection vis à vis des potentielles critiques des autres.
- La limitation de cette expressivité pourrait provenir du peu d'attentes qu'ils ont à éprouver du plaisir dans les activités sociales générant une distanciation vis à vis des autres et un isolement social.

Ce déficit d'expression peut bien sûr s'associer à d'autres composantes de la maladie. (24)

3) Défaut de régulation des émotions

Il existe deux mécanismes pour réguler ses émotions :

- La suppression : elle vient en aval de la réaction et de l'expression émotionnelle. Elle consiste à modifier ou rediriger son attention afin de transformer l'émotion en une autre émotion.
- La réévaluation : c'est un processus qui a lieu en amont de la réaction émotionnelle. Il consiste à changer la signification de la situation et permet de réguler l'expérience et l'expression de l'émotion. C'est un processus plus efficace mais qui nécessite des fonctions cognitives développées et des affects positifs.

On remarque chez les patients schizophrènes que la technique de régulation utilisée majoritairement est la suppression. Si elle devient trop fréquente, cette technique de régulation

émotionnelle entraîne une augmentation de la sévérité des hallucinations et de nombreuses perturbations de la vie quotidienne. (24)

4) La discordance affective

C. Azoulay rapporte les caractères généraux de la discordance que **H. Ey** a mis en évidence :

- *L'ambivalence* qui est la manière que certains patients schizophrènes ont de « *décomposer des sentiments à l'égard d'une personne ou d'une situation en une pluralité de sentiments déliés.* » (9, p.275) C'est en lien avec le fait que la psychose amène un clivage entre le bon et le mauvais objet à mettre en lien avec les mécanismes de défense proposés par **J. Bergeret** (4).

- *La bizarrerie* liée aux manifestations affectives « *paradoxaes et incongrues* » (9, p.275)

- *L'impénétrabilité* qui est cette « *impression de se retrouver face à un être aux réactions affectives imprévisibles.* » (9, p.275) Cette impénétrabilité vient en lien avec les rires immotivés par exemple.

- *Le détachement* est cette impression que les émotions sont énigmatiques et « *détachées du sujet lui-même.* » (9, p.275)

Cette discordance entraîne une impression de clivage entre ce que le patient cherche à véhiculer comme émotion et ce qu'il exprime vraiment.

Je joue avec Mr V au tennis de table. Mr V se met à me féliciter plusieurs fois : « Bravo ! » ; « Bien joué ! » « Super ! ». Cependant je remarque qu'à part ses mots, rien ne vient confirmer le message de félicitations qu'il exprime. Aucune émotion ne se fait ressentir dans le ton de sa voix, aucune expression ne vient animer son visage, le tonus reste le même.

Cet exemple vient illustrer la discordance affective que l'on peut retrouver chez certains patients schizophrènes.

Cette deuxième partie de mémoire permet de mettre en avant la complexité des processus émotionnels et les difficultés que peuvent rencontrer les personnes atteintes de schizophrénie.

Suite à toutes ces informations, il semble primordial de pouvoir mettre les émotions au centre du soin des patients schizophrènes. En effet, un travail sur cette composante permettrait de

limiter les conséquences de ces déficits au niveau des symptômes, mais avant tout de participer à un mieux-être de ces patients en souffrance.

Quelle est la place de la psychomotricité dans la prise en charge des émotions ? Quels outils du bilan psychomoteur peuvent permettre de les évaluer ? Quels bénéfices au niveau émotionnel cette prise en charge psychomotrice peut permettre au patient atteint de schizophrénie ?

III. La psychomotricité et les émotions

« La psychomotricité représente l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques et ce plus particulièrement au niveau du mouvement, des attitudes, des positions, des mimiques. » (2, p.3)

Cette citation vient appuyer le fait que les processus psychiques se manifestent corporellement. Les émotions, au-delà de leur expression verbale, viennent marquer le corps de l'individu et ont des conséquences sur son mouvement, son attitude, sa posture et ses mimiques.

Le psychomotricien va porter son attention sur ces manifestations corporelles et leur sens. Il considère l'individu dans sa globalité et travaille avec le patient sur la conscience qu'il a de son corps. Ainsi, le psychomotricien peut venir observer, commenter, guider, aider le sujet à comprendre son corps et ce qu'il manifeste. Cette compréhension est primordiale pour réagir de manière adaptée aux situations et à l'environnement. Le psychomotricien attribue trois mises en œuvre du corps au cours desquelles on peut observer la vie psychique du patient : en mouvement, en expression, en relation.

Nous avons pu identifier dans la partie précédente de ce mémoire, l'importance des émotions dans la relation, leur implication au niveau expressif et leurs manifestations dans le mouvement.

Tous ces éléments montrent qu'elles occupent une place importante dans la psychomotricité du sujet et qu'elles sont à mettre au centre de la pratique psychomotrice.

« Aborder les émotions dans une optique psychomotrice signifie trouver le lien entre l'émotion et les indicateurs psycho-corporels, pour une prise en charge basée, d'une manière prioritaire, sur le dialogue tonique corporel, propre de la relation clinique psychomotrice ; ce qui requiert du psychomotricien une compétence spécifique. » (6, p.118)

Afin d'éclairer cette citation de **F. Boscaini**, je vais détailler l'émergence des émotions dans le développement psychomoteur pour clarifier notamment la notion de dialogue tonique. Je vais aborder le contre transfert émotionnel qui met en jeu les compétences spécifiques du psychomotricien ainsi que des items de bilans liés à l'expression des émotions. Je vais ensuite aborder la notion de groupe en psychomotricité et pourquoi la prise en charge groupale me

semble pertinente pour un travail autour des émotions avec des patients atteints de schizophrénies.

A) Phénomènes liés aux émotions dans le développement psychomoteur

1) Dialogue tonico-émotionnel

L'idée de fonction tonique a été développée par **H. Wallon**, cette fonction tonique permet un dialogue qu'il qualifie de dialogue tonique. **J. De Ajurriaguerra** s'est appuyé sur cette idée pour développer le concept de dialogue tonico-émotionnel. Il s'agit d'une communication qui se fait entre la mère et son enfant. C'est un ensemble de regards, touchers, vibrations, sourires et mimiques émotionnelles qui viennent aider l'enfant dans la compréhension de ses propres ressentis corporels. La fonction tonique vient réguler la vie affective. C'est une fonction primitive essentielle à la communication entre l'enfant et sa figure d'attachement. (47)

Le dialogue tonique opère de manière inconsciente lors des moments de portages et de soins corporels et peut être conscientisé dans les moments où le parent cherche à mobiliser le tonus de l'enfant (essayer de le faire rire par exemple). Ce dialogue tonique va venir entretenir différents liens par différents processus :

- le portage et les bercements vont favoriser le lien tonique
- les massages, le toucher, les soins corporels vont amener le lien sensoriel
- la verbalisation va guider le lien affectif
- l'élaboration va entretenir le lien de pensée. L'élaboration peut s'apparenter à la fonction alpha de **W. Bion** : c'est la capacité qu'a le parent à transformer les éléments bêta vécus par le bébé (contenus psychiques bruts) en éléments alpha (éléments élaborés et plus facilement acceptables).(47)

L'enfant de par ses interactions avec une figure d'attachement associant tonus et verbalisation va petit à petit mettre du sens sur ses ressentis corporels. Le dialogue tonique va donc guider la symbolisation et l'accès au langage.

Au-delà d'être un élément clé de l'attachement, de l'intégration des sensations et d'accès à la symbolisation, le dialogue tonique peut s'utiliser comme outil thérapeutique. Il s'exprime tout au long de notre vie et est une partie intégrante de la communication non verbale. Le

psychomotricien peut l'utiliser pour renouer avec le patient et l'aider à symboliser ses ressentis.
(47)

2) Stimulation des neurones miroirs

La psychomotricité s'attache au corps en relation et donc aux échanges interindividuels. Les patients peuvent se trouver dans des situations d'actions ou d'observations qui mettent en jeu l'activation des neurones miroirs.

Les neurones miroirs sont des neurones spécifiques de notre système nerveux qui « *déchargent quand un sujet observe une action produite par autrui.* » (3, p.12)

Ces neurones miroirs, au-delà de réagir aux caractéristiques de l'action, viennent aussi réagir à son but. Plus l'intention associée à cette action est claire, plus les neurones miroirs vont s'activer.

Au niveau du développement psychomoteur, ces neurones ont une importance capitale dans la mise en place de l'imitation et donc dans la quête identitaire de l'enfant. En effet, ces neurones miroirs permettent, lorsqu'on est imité l'activation de régions corticales intervenant dans la conscience de son propre corps.

« Etant donné l'importance vitale de la compréhension des états affectifs et émotionnels d'autrui, il est légitime de faire l'hypothèse que ces neurones jouent un rôle dans ce domaine et pas seulement dans celui des actes moteurs. » (3, p.15)

On remarque qu'il se pose la question de la mise en jeu de ces neurones pour comprendre les émotions d'autrui et ainsi l'intention de l'autre.

A. Baudier évoque les recherches de **G. Rizzolatti** et **C. Sinigaglia** qui viennent confirmer que la « *compréhension des états émotionnels d'autrui dépend d'un mécanisme miroir capable de coder l'expérience sensorielle directement en termes émotionnels.* » (3)

Cela signifie que grâce à ces neurones, le sujet peut comprendre l'émotion que l'autre éprouve grâce à l'interprétation des ressentis émotionnels qu'elle génère chez lui.

A. Baudier met en évidence que plusieurs avis divergent quant à la suffisance de cette action des neurones miroirs pour les compétences de cognition sociale. En effet, l'activation des neurones miroirs peut suffire dans des phénomènes simples d'émotions de base. Cependant,

lorsque les états mentaux d'autrui sont plus complexes, comme se mettre à la place de l'autre par exemple, l'action miroir n'est pas suffisante. (3)

B) Les émotions dans le bilan psychomoteur

1) Évaluation du tonus

A . Cochereau parle du tonus comme « *une toile à partir de laquelle l'émotion prend forme. Véritable tissu d'échanges entre l'individu et l'environnement, support d'inscription de l'expérience émotionnelle du sujet, il nous invite à reprendre les chemins de notre premier langage, qui existait bien avant les mots, quand nous réagissions corporellement aux ambiances, à la tonalité de la voix, au tonus de l'adulte qui nous portait. C'est une véritable capacité corporelle à recevoir les messages non-verbaux et à s'y ajuster.* » (10, p.9)

Cette citation montre bien l'importance du tonus dans sa valeur communicative des émotions. Mais elle met aussi en avant l'importance d'un ajustement tonique lors de nos relations interpersonnelles afin de dialoguer avec l'autre non seulement avec des mots mais aussi avec notre corps.

F. Pitteri évoque l'importance de l'évaluation du tonus chez l'adulte atteint de trouble psychiatrique dans le manuel d'enseignement de psychomotricité. On va développer l'importance de cette évaluation, sa passation et essayer de comprendre les mécanismes d'hypertonie observables chez certains patients. (49)

a) Pourquoi évaluer le tonus ?

Cette évaluation donne des indications sur les caractéristiques de la fonction tonique du sujet mais aussi sur le vécu de son état tonique. Le tonus du patient peut nous orienter sur des états psycho-émotionnels et nous guider sur les émotions éprouvées ou non par le patient.

b) Comment évaluer le tonus ?

L'examen du tonus comporte différentes épreuves :

- des **épreuves de mobilisation passive** où le psychomotricien mobilise les différentes parties du corps du patient avec des mouvements de ballants, de chute du membre afin de tester le relâchement tonique.

- des **épreuves de résistance** qui nécessitent un recrutement tonique approprié à la force de la poussée. Cela montre la capacité du sujet à mobiliser son tonus et à l'ajuster en fonction de l'intensité de la poussée.

- un **échange verbal** qui permet au patient d'évoquer ses difficultés de relâchement ou non. S'il en a conscience, on peut aussi lui demander à quelle tonalité affective il associe ses différents états toniques, est-ce qu'il peut associer des émotions à l'hypertonie ou à l'hypotonie ?

c) Hypertonie : mécanismes et fonctions

Chez les patients schizophrènes on remarque souvent une hypertonie de l'axe donnant une impression de rigidité. Mais cette hypertonie n'est pas là par hasard, elle est la conséquence de divers mécanismes.

Dans le mécanisme de « *bouclier* », l'hypertonie prend une forme de protection contre les risques du dehors. L'individu en ayant cette sensation de « dur » associée à son hypertonie a l'impression qu'il ne peut être atteint par ce qui vient du dehors. Chez certains patients schizophrènes, le délire de persécution ou des idées d'intrusion de la pensée peuvent amener à la mise en place de ce mécanisme hypertonique. (49)

Le mécanisme de « *colmatage* » peut aussi justifier cette hypertonie. Chez le patient atteint de schizophrénie, on peut observer des angoisses de morcellement. Cette hypertonie de fond permet au sujet de sentir son axe, de lui donner une consistance et donc de lutter contre ces angoisses. (49)

Cette hypertonie vient donc animer une « *continuité du sentiment de perception de soi* » et concourt à la représentation des limites corporelles essentielle à la différenciation soi-autrui. (49)

Il apparaît important de bien mettre en évidence que cette hypertonie peut avoir une fonction et qu'il va falloir travailler la régulation tonique de manière progressive afin de ne pas déstabiliser complètement le patient.

2) Évaluation de la mobilité faciale

On a pu voir, concernant les émotions, qu'il en existe de nombreuses manifestations, notamment les expressions faciales. Ces expressions faciales sont extrêmement importantes dans leur valeur communicative. Il semble intéressant donc, lors du bilan psychomoteur, de s'intéresser

aux capacités de motricité faciale du sujet. Une altération de ces coordinations pouvant détériorer la qualité de ces expressions émotionnelles.

Pour cela, il existe le **test de Kwint**, test permettant de donner une échelle de développement des coordinations fines de la face.

Il comporte six items classés en deux catégories de difficultés :

- trois items bilatéraux : gonfler les joues, lever les sourcils et fermer à demi les deux yeux en même temps.

- trois items unilatéraux : gonfler une joue, lever un sourcil, fermer à moitié un œil.

Les items unilatéraux sont plus difficiles à effectuer car ils demandent une compétence de dissociation des deux côtés de la face.

Ce test est intéressant auprès des patients atteints de schizophrénie car il peut permettre de mettre en évidence l'amimie chez certains.

3) Tout au long du suivi

Au-delà de ces deux évaluations, l'observation des émotions ou de leur absence peut se faire tout le long du bilan. Certaines peuvent se manifester dès l'anamnèse à l'évocation de certains éléments de vie. Au contraire on peut être interpellé du détachement émotionnel avec lequel certains patients racontent leurs traumatismes, leurs échecs, leurs délires ou leurs angoisses.

Le psychomotricien étant attaché à l'observation de l'expression corporelle de celui qu'il accompagne, il sait reconnaître des manifestations émotionnelles autres que des manifestations verbales. Ce travail d'observation ne s'arrête pas à la passation du bilan, il se poursuit tout au long du suivi du patient. Ainsi chaque séance vient enrichir le psychomotricien d'informations sur la manière dont le patient vit corporellement ses émotions.

C) Le contre transfert émotionnel dans la relation psychomotrice

S. Robert Ouvray met en évidence le phénomène de contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice. Elle estime que notre particularité de psychomotricien est que « *notre*

niveau de compréhension est le niveau de notre ressenti émotionnel », cela induit donc que « notre contre transfert tonique et sensoriel est un contre transfert émotionnel ». (26)

Ainsi pour permettre l'expérimentation, le psychomotricien doit être capable de fluidité tonique et émotionnelle. C'est l'écoute de son propre corps qui permet au psychomotricien de comprendre le message que le patient véhicule par son activité tonique, sa motricité, ses préférences sensorielles. Il doit être à l'écoute des réactions toniques, posturales, faciales, gestuelles que le patient va entraîner chez lui et les ajuster en permanence.

En se posant comme un support, un repère stable, accordé entre ses manifestations verbales et toniques, le psychomotricien pose un cadre émotionnel stable propice aux expérimentations du sujet. (26)

Ce contre transfert émotionnel s'observe dans tout type de prise en charge en psychomotricité, qu'elle soit groupale ou individuelle. Cependant, le groupe possède des particularités supplémentaires à la seule présence du psychomotricien pour étayer les expérimentations des patients. C'est ce que je vais développer maintenant.

D) Les propriétés du groupe en psychomotricité

D'après **F. Leplat**, la psychomotricité s'exerce en groupe depuis ses premières pratiques. L'origine de ce travail groupal s'explique sûrement par le fait que la psychomotricité est en premier lieu exercée par des pédagogues gérant des groupes d'enfants. Je vais présenter ici les particularités du groupe en psychomotricité qui peuvent aider le sujet à identifier et exprimer ses émotions. (30)

1) Cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique est défini par **C. Potel** comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.* » (42, p.321)

Pour établir un cadre sécurisant et contenant, il faut définir des paramètres composants ce cadre :

- **L'espace** : il faut définir un espace dans lequel les sujets vont pouvoir se sentir en sécurité. Cet espace doit pouvoir contenir les expériences sensorielles et motrices des patients. Physiquement, cela va se manifester par la délimitation d'un lieu (la salle de psychomotricité par exemple).

- **Le temps** : fixer la durée de l'accompagnement de groupe ainsi que sa régularité est important. La ritualisation et les repères temporels sont essentiels pour construire un cadre sécurisant et contenant. On définit donc une fréquence : hebdomadaire, mensuelle, etc. et une durée.
- **Le matériel** : le psychomotricien mûrit le choix des objets qui sont un support à l'imaginaire et aux diverses intégrations que peuvent faire les individus du groupe. Les objets sont choisis en fonction du thème que le psychomotricien aimerait travailler.
- **L'encadrement** : le nombre de soignants ainsi que leur profession est un choix primordial au cadre du groupe. La pluridisciplinarité permet de proposer différents éclairages intéressants dans la pratique groupale. De plus, l'accompagnement par plusieurs soignants amène une contenance supplémentaire.
- **Une médiation** : Le choix de la médiation est fait en fonction des besoins des patients du groupe mais aussi des compétences des professionnels encadrant ce groupe. La médiation permet d'organiser les interventions de manière claire.
- **Le cadre groupal** : le nombre de patients, qui ils sont ainsi que leurs pathologies sont des choses qui doivent être pensées afin de permettre un certain équilibre dans le groupe.
- **Le cadre institutionnel** : tous ces différents éléments constituant le cadre du groupe sont chapeautés par le cadre de l'institution dans laquelle s'exerce la prise en charge de groupe. Ce cadre institutionnel est régi par le règlement de l'institution ainsi que son projet de soin. Il s'appuie sur le travail de l'équipe soignante et son fonctionnement.

Le cadre permet une contenance, une sécurité pour les patients. C'est le cadre du groupe qui va participer à la possibilité des expérimentations des patients.

Au-delà d'une fonction de contenance physique et psychique, le cadre est aussi une manière de poser des limites. **D. Marchal** explique que pour **R. Kaës**, le cadre permet une distinction entre le Moi et le non-Moi. Il pose des limites solides sur lesquelles le sujet pourra s'appuyer. (35)

Cette idée de différenciation Moi, non-Moi est très importante dans l'accompagnement de patients schizophrènes. En effet, si l'on reprend ce que dit **J. Bergeret** (4) sur les lignées structurelles, la psychose est liée à un défaut de différenciation Moi – non Moi. Le cadre, en posant les limites du groupe, peut guider le patient sur ses propres limites corporelles.

En permettant cette sécurité affective, le cadre groupal favorise la mise en place d'expérimentations du patient.

2) La dynamique de groupe

« Le groupe est un tout, un organisme ; des lois régissent les interactions personnelles, ces interactions créent un processus dynamique d'adaptation. » (48, p. 143)

Au sein du groupe thérapeutique, on a différentes règles qui sont posées par le cadre dont il a été question précédemment. Ces règles viennent guider les interactions entre les différents membres de ce groupe.

Cette dynamique de groupe met l'accent sur les liens qui peuvent s'élaborer entre les sujets. Les patients vont, en partageant leurs émotions, leurs comportements et leurs sentiments petit à petit, pouvoir s'identifier aux autres.

L'effet de groupe entraîné par sa dynamique permet une résonance, une réverbération des difficultés de chacun. **C. Potel** décrit la réverbération par le fait qu'une difficulté d'un membre du groupe entraîne des réponses des thérapeutes mais aussi des autres membres du groupe. *« C'est cette réverbération, non pas unique mais multiple, qui va être thérapeutique. » (42, p.384)*

Cette réverbération permet à chaque individu de trouver et de prendre sa place au sein du groupe afin d'y être porté et de s'y exprimer.

3) Un espace d'interactions

Les interactions libres au sein du groupe permettent de redéfinir la place de chacun. Chacun trouve son espace et son rôle au sein de ce groupe. Sans interaction, le groupe ne vit pas, il faut donc que chacun se mobilise pour que cela fonctionne. Cette distribution de fonction permet un travail sur l'identité du patient. Sa présence prend un sens et il peut se sentir exister dans ce groupe. *« Chaque patient devient l'agent thérapeutique de l'autre. » (48, p.143)*

Ces interactions, au-delà de mettre en jeu les mots, viennent solliciter le corps du patient dans son intégralité. Elles font émerger des sensations qui peuvent jusque-là ne pas avoir attiré la conscience du sujet.

« Les échanges dans le groupe sont autant du registre verbal que corporel et sont toujours au service de l'être. Être soi en relation avec les autres. » (42, p. 381)

L'idée d'« être soi » renvoie à une notion de conscience de soi, de conscience corporelle convoquée par ces interactions au sein du groupe. Être en conscience suppose d'être à l'écoute de ses ressentis. La psychomotricité ayant pour outil principal le corps, ces interactions vont être exploitées dans ce qu'elles entraînent en réactions corporelles.

L'éroussement affectif du patient schizophrène est défini d'une part par la difficulté du patient à ressentir ses émotions et d'autre part à les exprimer. On remarque que la contenance apportée par le cadre, l'élan amené par la dynamique du groupe et les interactions sont des facteurs qui viennent favoriser les expériences et ainsi l'émergence de ressentis. Le groupe de thérapie psychomotrice semble déjà lever cette barrière des ressentis émotionnels. On peut émettre l'hypothèse qu'au-delà de proposer un endroit sûr d'expérimentation guidé par le psychomotricien, le groupe a aussi des effets sur la symbolisation des émotions. Il semble donc important de s'intéresser au sens que prennent ces ressentis et aux mécanismes mis en jeu au sein du groupe permettant leur symbolisation.

4) Lieu d'émergence de représentations

Le groupe est un « *espace transitionnel, un espace de transformation* » (42, p.385) c'est-à-dire qu'il est un espace qui se situe entre la réalité interne et la réalité externe du sujet. Cet espace étant contenant et contenu par le psychomotricien permet les expérimentations sûres du patient comme on a pu le développer précédemment. En plus d'être un espace propice à l'acte moteur, ce dernier va aussi être propice à l'émergence de représentations résultantes de ces actes. « *Le modèle Wallonien de la psychomotricité va à l'évidence, dans l'espace relationnel, s'appuyer sur les manifestations tonico-posturales pour permettre la représentation des émotions.* » (30, p.83)

On peut voir par cette citation que **F. Leplat** met en évidence l'apport du dialogue tonique développé par **H. Wallon** dans les processus de représentation des émotions.

On voit émerger un autre aspect intéressant du groupe pour traiter de cette problématique des émotions. En effet, la thérapie psychomotrice de groupe met en mouvement divers participants qui interagissent ensemble via la parole mais aussi via leur fonction tonique. Ainsi s'installe dans le groupe, un ensemble de dialogues toniques entre les individus qui, guidés par les mises en mot et en mouvement du psychomotricien, favorisent l'élaboration de processus de symbolisation des émotions.

« On peut dire que le groupe en tant que tel participe à la fonction thérapeutique. Il est le témoin, contenant, garant de la continuité du discours de chacun. Sans risque d'être détruit, il permet à chacun d'oser contre lui ses mouvements agressifs ou de rejet, il gère les conflits intra-muros. Pour chacun il est processus d'interactions et d'émotions partagées. » (8, p.225)

On peut dire de cette citation que le groupe propose au patient schizophrène un lieu sûr et contenant où il pourra expérimenter sans être envahi par ses angoisses. Les limites du groupe viennent l'aider à figurer ses propres limites corporelles et ainsi diminuer l'idée de morcellement. La présence d'autres patients avec lui vient le remettre en relation avec d'autres sujets, le pousse à interagir et favorise l'émergence de ressentis émotionnels. Le partage des émotions des autres avec lui vient mettre en jeu le dialogue tonico-émotionnel et peut ainsi enclencher des processus de symbolisation des émotions.

Tous ces éléments abordés précédemment sont intéressants et à prendre en considération pour justifier la pertinence d'une prise en charge groupale dans un travail centré sur les émotions.

Au-delà du choix d'une prise en charge groupale ou individuelle, il est intéressant en psychomotricité de choisir une médiation pertinente aux objectifs thérapeutiques que l'on s'est fixé. Ce choix doit bien évidemment être pertinent quant aux patients à qui on va proposer cette prise en charge groupale.

J'ai donc choisi, dans la prochaine partie de ce mémoire, de présenter la médiation qui a attiré mon attention de par ses spécificités quant aux émotions. Contrairement aux autres, cette partie sera une partie théorico-clinique et s'appuiera sur une étude de cas effectuée sur mon lieu de stage.

IV. Pratique psychomotrice et groupe d'improvisation théâtrale

A) Présentation de la structure

J'effectue mon stage de troisième année dans un hôpital de jour (HJ) qui accueille un public adulte avec diverses pathologies psychiatriques (schizophrénies, troubles anxieux, dépressions, troubles bipolaires,...). L'HJ est une structure qui accueille les patients en ambulatoire soit à temps partiel, soit à temps plein. Le temps plein comprend la présence des patients aux repas du midi.

L'amplitude horaire de l'accueil proposé est de 9h15 à 18h30, du lundi au vendredi. La file active de la structure compte 85 patients et elle peut en accueillir 25 en même temps.

Les repas proposés sont des repas thérapeutiques. Trois soignants y participent à chaque fois afin de pouvoir échanger avec les patients et de répondre à leurs interrogations. Cela permet parfois de libérer la parole de manière plus informelle que lors d'un entretien individuel.

Il existe deux modes d'admission à l'HJ :

- En relais d'une hospitalisation à temps plein ou à domicile
- Pour compléter le suivi de secteur déjà effectué.

L'équipe qui travaille à l'HJ est une équipe pluridisciplinaire. Elle est composée de sept infirmiers, un ergothérapeute à temps complet, une psychologue à 40 % et une psychomotricienne à 80 %.

Tous les jeudis, une réunion rassemble l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, la cadre de santé et le psychiatre chef de pôle afin de pouvoir échanger sur les patients et les éventuelles difficultés ou informations importantes à communiquer.

Les prises en charge au sein de cet HJ sont groupales. Il reste possible d'organiser des entretiens individuels de manière ponctuelle sur demande des patients ou des soignants.

Dans le projet d'établissement on retrouve les missions de l'HJ qui sont les suivantes :

- La prévention : prévenir le risque de rechute des patients et une potentielle hospitalisation
- Le soin : soigner par l'accompagnement, l'écoute, l'étayage social, l'observance de traitements, la proposition d'ateliers thérapeutiques

- Le social : favoriser la réhabilitation psychosociale et la réinsertion sociale

Lorsque les patients sont guidés vers l'hôpital de jour par leur psychiatre, il n'y a pas systématiquement d'axes thérapeutiques proposés. Ainsi, il appartient à l'équipe de l'HJ de voir avec le patient si les ateliers thérapeutiques qu'il choisit sont pertinents ou de l'interpeller sur un atelier particulier qui pourrait lui être bénéfique.

Au sein de l'hôpital de jour, il n'y a pas de prise en charge spécifique en psychomotricité mais des ateliers thérapeutiques collectifs. Ces derniers reposent sur des médiations variées et sont co-animés avec des infirmiers. La psychomotricienne y apporte son regard spécifique et ses compétences.

B) Le groupe Improvisation théâtrale

1) La médiation d'improvisation théâtrale et ses particularités

C'est une médiation proposée en groupe. On y dispose de tous les avantages propres à l'expression des émotions propres au groupe : la cadre permettant une sécurité affective, la dynamique de groupe, les interactions inter-individuelles favorisant l'émergence de ressentis et l'espace transitionnel propice à la symbolisation.

Au-delà des phénomènes de groupe, la médiation d'improvisation théâtrale possède ses propres particularités.

T. Guénoun parle du fait que bien qu'il s'agisse d'une médiation artistique, il paraît important de préciser que le but de cette médiation n'est pas d'améliorer leurs performances artistiques. « *Il s'agit plutôt de donner aux patients la possibilité d'exprimer leur subjectivité, tout en canalisant leurs angoisses.* » (19, p.118)

Le cadre et l'élaboration des ressentis guidés par le psychomotricien vont permettre de contenir les angoisses des patients et de les mettre en confiance pour expérimenter.

Lors des temps d'improvisation, il y a toujours des spectateurs et des comédiens. C'est là qu'on trouve à nouveau une spécificité du théâtre qui propose « *les mouvements de vu/être vu.* » (Médiation thérapeutique par l'impro théâtrale, p.120)

E. Laszlo évoque l'originalité du jeu d'improvisation théâtrale en mettant en avant « *qu'il propose une grande variété de situations imaginaires au sein d'un groupe appelé « équipe », au cours desquelles le joueur pourra vivre des émotions authentiques.* » (28, p.170)

Cette citation vient appuyer le fait qu'il ne s'agit pas que de feindre les émotions mais de les vivre réellement. C'est un aspect de cette médiation qui paraît très intéressant pour les patients schizophrènes. Ils peuvent, grâce à celle-ci, expérimenter les émotions de manière vivante et se servir de tous les éléments du groupe pour les aider à les représenter. Ce travail de représentation vient enrichir leur connaissance des émotions. Il me semble que cette spécificité peut, avec du temps et de la répétition, venir les aider à mieux reconnaître les émotions, parce qu'ils les auront vécues en conscience.

Je vais au fur et à mesure de cette étude de cas, apporter des précisions, en lien avec les situations rencontrées quant à la particularité de l'improvisation théâtrale.

2) Contenu et déroulé du groupe d'improvisation théâtrale

L'atelier théâtre est un atelier hebdomadaire animé par trois soignants de l'hôpital de jour. Parmi eux il y a deux infirmiers et une psychomotricienne. C'est un atelier qui dure une heure.

Cet atelier du jeudi matin programmé à 11h s'adresse à un groupe fermé, c'est-à-dire que seuls les patients y étant inscrits peuvent y participer et sur un temps déterminé. Ils sont douze ce qui permet de nombreux échanges.

L'atelier est principalement basé sur un travail d'improvisation qui mobilise l'imagination des participants sans enjeu de performance. Lors de l'élaboration du projet d'atelier, plusieurs objectifs ont été proposés. Parmi ces objectifs, on retrouve le travail de la motricité, de l'estime de soi, d'écoute et de coexistence au sein d'un groupe. Cependant, l'objectif qui m'intéresse dans cet atelier, est de favoriser la reconnaissance et l'expression des émotions.

L'atelier est composé de différentes parties qui reviennent au fur et à mesure des semaines. On a un temps de fluence verbale où tout le monde est assis sur une chaise, en cercle. Cette fluence verbale permet d'échauffer et de prendre conscience de tous les muscles du visage pouvant nous aider dans notre articulation mais aussi dans notre transmission des expressions. Je pense ici à l'importance des expressions faciales pour venir compléter le message transmis par les mots. Ensuite, on propose un temps d'éveil corporel afin d'être disponible et prêt à se mettre en

mouvement. C'est un temps qui est proposé en pleine conscience et qui va amener les patients à se centrer sur leurs ressentis.

La dernière partie de ce temps ensemble est consacrée aux improvisations, c'est le temps le plus long de cet atelier. Les chaises sont déplacées pour être positionnées en quinconce et tout le monde s'installe en spectateurs. On pioche dans un chapeau le nom des comédiens et on définit ensuite le point de départ de cette improvisation qui peut être une expression, une phrase tirée d'un livre, une image ou un thème.

Lors de ce moment d'improvisation, les soignants participent. Il y a souvent un soignant par groupe d'improvisation ce qui permet d'ouvrir l'improvisation ou de la relancer si les patients sont en difficulté.

C) Mr V.

1) Rencontre

J'ai rencontré Mr V lors de la première séance d'improvisation théâtrale, le premier jour de mon stage. C'est un patient qui m'a tout de suite interpellée par l'impression de vide qu'il dégage. Un visage figé, peu de mouvements, pas de mimiques. Je me suis tout de suite demandée comment il allait pouvoir exprimer des émotions, travail central d'un atelier théâtre.

Avant de développer les observations que j'ai pu faire de ce patient, il me semble important de le présenter et d'informer de sa pathologie.

Mr V est un patient de 47 ans, il vit seul dans un appartement et ne travaille plus depuis 20 ans. C'est un ancien contrôleur de gestion (Bac +5 ans), il n'a exercé son métier qu'un an.

2) Anamnèse et diagnostic

Mr V est atteint d'une schizophrénie paranoïde.

La schizophrénie paranoïde est une pathologie répertoriée dans la Classification Internationale des Maladies Mentales (CIM 10). C'est une forme de schizophrénie dans laquelle on retrouve des symptômes positifs (délire et hallucinations) au premier plan, le délire y est majoritairement paranoïde.

A l'aide du dossier de Mr V et d'entretiens individuels, j'ai pu regrouper des informations pour comprendre l'entrée dans la maladie et ce qu'il en est encore aujourd'hui.

Mr V est hospitalisé pour la première fois en 2000 suite à un épisode délirant aigu, il a alors 28 ans. D'après ses dires, il était persuadé qu'on l'avait hypnotisé contre son gré pour connaître ses vies antérieures. Ce premier délire s'apparente à un délire paranoïde avec des idées de persécution. La première manifestation de sa pathologie est donc cet épisode délirant aigu qui l'a mené à faire, je cite, un « scandale à l'hôpital ». Il lui est prescrit, suite à cette première hospitalisation, un traitement neuroleptique auquel il mettra un terme seul à cause des effets secondaires qu'il vivait mal. Il ne me décrit pas vraiment la forme de ces effets secondaires mais précise que cela venait entraver son fonctionnement habituel.

C'est à l'issue des attentats du 11 septembre 2001 que les premières hallucinations acoustico-verbales se manifestent. Mr V décrit deux voix qui reviennent souvent. Une voix qui est celle de la Légion et qui le persécute. C'est une voix persistante, agressive, culpabilisante. L'autre voix est celle d'une psychanalyste avec qui il suit une « psychothérapie par télépathie ». Suite à l'apparition de ces hallucinations, les proches de Mr V lui conseillent de se faire hospitaliser, ce qu'il accepte. Cette hospitalisation permet de remettre en place un traitement médicamenteux et les voix disparaissent alors.

Les médicaments ayant un effet trop « assommant » dit-il, il n'est plus capable de vivre seul et déménage chez ses parents en 2002. Il fréquente l'hôpital de jour depuis ce moment.

Quelque temps plus tard, il reprend son indépendance en allant vivre seul dans un appartement. C'est à ce moment-là que les hallucinations acoustico-verbales se manifestent à nouveau. Depuis ce temps, la voix de la Légion ne le quitte que lorsqu'il dort ou qu'il est fortement concentré sur quelque chose (partie de scrabble, séance de cinéma). Depuis 2004, Mr V est suivi au centre médico-psychologique par un psychiatre qui lui a prescrit divers traitements neuroleptiques afin d'essayer de supprimer ses hallucinations, en vain. Dernièrement, Mr V a même suivi un protocole de stimulation magnétique trans-crânienne (SMT). C'est une technique plutôt innovante utilisée avec les patients atteints d'hallucinations auditives chimio-résistantes qui consiste à appliquer un champ électromagnétique sur le cortex du patient. Ce protocole n'a pas fonctionné avec lui.

Quand on parle avec Mr V de sa maladie, on est confronté à un discours ambivalent. En effet, c'est un patient capable de critiquer ses voix et ses délires mais qui reste persuadé qu'il fait de la télépathie et qu'on le fait passer pour « fou », alors qu'il ne l'est pas.

3) Observations

Les bilans psychomoteurs n'étant pas pratiqués dans la structure d'accueil de Mr V, mes observations sont issues d'entretiens, d'observations lors des ateliers mais aussi pendant les temps de vie quotidienne au sein de l'HJ.

Mr V est un homme de taille moyenne avec une corpulence mince. Il a pour habitude de porter des vêtements sombres. Il porte un collier orné d'un pendentif religieux qu'il met toujours par-dessus son pull. Il est important de savoir que la religion prend une place importante dans la vie de Mr V, au-delà du fait qu'il se rende à l'église orthodoxe toutes les semaines, la religion a aussi longtemps fait partie de ses délires que l'on appelle délires mystiques.

a) Tonus et motricité globale:

On note une hypertonie de fond chez ce patient qui se tient toujours très érigé. Quand il se déplace, le corps est penché du côté droit, semblant toujours très raide. Cette raideur est accentuée par le fait qu'il boite de la jambe gauche. Cela entraîne un déhanchement, un flottement dans le genou et on peut aussi observer des tremblements. Il n'y a pas de cause somatique identifiée à cette claudication.

Lors des ateliers auxquels il participe, Mr V est capable de se mettre en mouvement mais le relâchement tonique est difficile à atteindre. La dissociation des différentes ceintures (scapulaire, pelvienne) est faible et le limite dans ses mouvements. Les enroulements au sol sont effectués de manière crispée. Grâce à toutes ces observations, on peut déduire qu'il est difficile pour Mr V d'ajuster son tonus musculaire pour optimiser ses mouvements et que cette hypertonie entrave sa motricité.

b) Ralentissement psychomoteur :

On observe une lenteur à l'exécution des gestes chez Mr V. Les déplacements sont lents, et l'exécution des gestes fins aussi. Ce trouble psychomoteur est souvent retrouvé chez les patients souffrant de schizophrénie. Il peut être dû à leur pathologie mais aussi aux effets secondaires des neuroleptiques qui, en agissant sur les systèmes endocriniens, peuvent perturber la motricité.

c) Image du corps & schéma corporel :

Pour appréhender ces deux notions avec Mr V, je lui ai demandé de dessiner comment il se percevait. Au-delà de la simple représentation sur la feuille de ce qu'il percevait de son corps, je lui ai demandé de me l'expliquer.

Le dessin (annexe 2, p.77) comporte une tête avec quelques cheveux, un cou, un buste, deux bras, deux jambes avec des pieds. Les deux jambes ne sont pas reliées entre elles laissant percevoir l'image d'un corps non fermé. On sait les difficultés des patients psychotiques à différencier le dedans du dehors et c'est ce à quoi cette absence de corps « étanche » m'a fait pensé.

Suite à ce dessin et à la façon dont Mr V utilise son corps dans les gestes de la vie quotidienne, il me semble que son schéma corporel est fonctionnel.

Cependant c'est l'image que Mr V a de son corps qui est venue m'interpeller. Il colorie sa tête en rouge car il a une peau très sensible, sujette à des éruptions cutanées. En l'observant, je n'ai pas remarqué de rougeur particulière sur son visage et j'y ai prêté attention aussi dans les semaines qui ont suivi. Ne constatant aucune rougeur si importante, je me suis posé la question de la dysmorphophobie que l'on retrouve chez certains sujets schizophrènes. Il se représente avec un bras plus grand que l'autre car il le sent plus lourd, et il me décrit la posture exacte que j'observe quand il se déplace : « Je l'ai fait penché car je penche vers la droite, mon bras droit est plus grand car je le sens plus lourd, ma main gauche est coloriée car je ne peux pas la bouger quand je marche, elle est collée à ma jambe. J'ai fait des points sur mes genoux car ils me font mal et je boite. J'ai un œil plus ouvert que l'autre. »

J'ai été surprise de voir à quel point la conscience corporelle de sa posture était pointue. Je me suis d'ailleurs demandé si c'était une conscience objective de sa posture, si elle était issue d'une observation dans le miroir ou si elle était une appropriation d'observations extérieures ? Il ajoute qu'il se trouve moche et qu'il doit passer pour un handicapé à sa démarche.

L'image que Mr V a de son corps est très dévalorisante, il insiste sur le fait qu'il ne se trouve pas beau. La représentation d'un corps non fermé m'interroge sur de potentielles « angoisses de morcellement », typiques des structures de personnalité psychotiques d'après **J. Bergeret**. (4)

d) Émotions

On remarque un important émoussement affectif chez Mr V.

Je lui ai donc proposé, lors d'un temps d'échange individuel, d'aborder les émotions. Je l'ai alors questionné sur ce que le terme « émotion » pouvait évoquer chez lui. Sa réponse est restée

centrée sur un registre émotionnel négatif avec des termes comme « pleurs, tristesse, angoisse, harcèlement, peur, oppression. » Il associe ces termes à ses voix qui le persécutent et je me permets de lui demander comment ces émotions s'expriment corporellement. Il peut associer l'oppression à des tremblements.

On peut remarquer que la persécution est très présente dans le discours de ce patient. Je l'ai questionné sur sa capacité à ressentir des émotions positives. Il a pu m'évoquer la joie lors d'une victoire de l'équipe de foot qu'il supporte ou la satisfaction, le contentement après une séance de yoga. La manifestation corporelle de cette joie s'observe chez ce patient, d'après ses dires, par une détente musculaire.

Mr V est capable d'associer des émotions à des manifestations corporelles, cependant il ne fait pas ces associations de lui-même, il faut le guider. Un travail sur la conscience corporelle pourrait l'aider à reconnaître ses émotions et ainsi permettre leur expression.

4) Axes thérapeutiques

Suite à mes observations, j'ai identifié divers axes thérapeutiques pertinents pour un accompagnement en psychomotricité de Mr V. Je choisis de mettre en évidence ci-dessous ceux qui sont en lien avec les compétences émotionnelles:

- Favoriser l'écoute des ressentis corporels pour l'aider à identifier ses émotions
- Améliorer l'ajustement tonique pour permettre les manifestations toniques des émotions
- Maintenir les schèmes moteurs pour faciliter l'expression corporelle des émotions

Après avoir défini ces différents axes thérapeutiques, je me suis penchée sur les prises en charge en psychomotricité déjà d'actualité à mon arrivée à l'hôpital de jour. Par prise en charge en psychomotricité, j'entends les ateliers auxquels la psychomotricienne participe. Bien que cette prise en charge ne soit pas uniquement psychomotrice, il me semble que chaque professionnel, à travers ce travail pluridisciplinaire, apporte à chaque séance une part de son point de vue thérapeutique et de ses particularités.

5) Prise en charge et objectifs au sein de l'HJ

Mr V participe à de nombreux ateliers thérapeutiques tous proposés en collaboration avec la psychomotricienne. Il est inscrit aux ateliers de relaxation, d'expression corporelle, de gym douce et d'improvisation théâtrale. C'est un homme qui pratique de la méditation tous les matins

chez lui et qui va au yoga plusieurs fois par semaine. Il a une pratique corporelle assez riche mais l'idée de l'aiguiller pour affiner sa conscience corporelle semble intéressante à faire en psychomotricité.

L'atelier d'expression corporelle du mardi est l'atelier préféré de Mr V. Il dit s'y sentir bien et aimer se mouvoir sur de la musique. N'étant pas en stage le mardi, j'ai demandé à ma maître de stage de me décrire ce qu'il s'y passe avec ce patient. Elle m'explique qu'un jour pendant une séance, Mr V s'est mis à se mouvoir de manière inhabituelle. Lui toujours peu mobile, s'est mis à sautiller sur place, montrant des capacités de coordination et un élan vital qu'il n'avait jusque-là jamais manifesté. Cet atelier permet d'entretenir les schèmes moteurs. On a vu que les manifestations émotionnelles peuvent être corporelles. Ainsi, au-delà de maintenir une certaine autonomie du patient, le travail des schèmes moteurs est intéressant pour maintenir l'expression non verbale des émotions. Il permet aussi de travailler sur l'ajustement tonique.

Sans oublier que cet atelier a une vocation d'expression, on vient aussi travailler sur les compétences émotionnelles en favorisant l'expression des émotions par le corps, le mouvement, le tonus.

Les ateliers de relaxation et de gym douce se déroulent aussi sur des journées où je ne suis pas présente sur le lieu de stage. Ces derniers viennent eux aussi favoriser l'ajustement tonique. Ils sont le support d'un bien être corporel en appelant à la détente, au relâchement des tensions et se basent sur la conscience corporelle. Mr V peut, pendant ces séances, manifester des difficultés lors des propositions d'étirements à cause de son hypertonie. On peut faire le parallèle avec le fait que cette hypertonie peut avoir plusieurs origines : une origine plutôt médicamenteuse ou un mécanisme de défense contre les angoisses de morcellement associées à l'idée de s'étirer.

Je vais dans cette étude de cas me focaliser sur l'atelier d'improvisation théâtrale préalablement présenté auquel je participe.

L'atelier improvisation théâtrale

Mr V participe à cet atelier depuis septembre. C'est un des derniers arrivants et il est encore difficile pour lui, d'après ses dires, d'exprimer ce qu'il ressent. Il évoque toutefois aimer cet atelier qui lui permet, le temps d'un instant, d'être qui il veut.

Ma démarche a tout d'abord été de réfléchir parmi les axes thérapeutiques identifiés, quels étaient ceux qui pouvaient être exploités dans cet atelier. L'ajustement tonique est au premier plan car les manifestations toniques témoignent des émotions des participants. La motricité est aussi au centre de cet atelier qui nécessite des mises en jeux corporelles. Le travail des ressentis est aussi abordé, notamment lors du temps d'échauffement corporel où l'on appelle à l'écoute des sensations.

L'atelier théâtre permet de favoriser la mise en mouvement des patients. Étant dans un contexte d'improvisation, les patients ont pour support leur imagination et celle de leurs camarades d'improvisation ainsi que leur corps pour communiquer à l'autre ce qu'ils ont imaginé. Il est donc important de pouvoir faire comprendre à l'autre là où on veut aller. C'est cet aspect de l'atelier qui me paraît très pertinent pour Mr V.

Lors de cet atelier, tous les participants mettent en jeu le dialogue tonico-émotionnel.

Au-delà du dialogue tonique avec le psychomotricien, tous les participants devront s'accorder à mettre en lien le recrutement tonique et l'émotion qu'ils cherchent à évoquer et à transmettre. C'est l'ensemble des échanges entre tous les participants qui, par ce dialogue tonique aidant à la symbolisation, pourront aider Mr V à associer manifestations corporelles et émotions. Cela permet d'affiner ses représentations émotionnelles indispensables à leur identification et leur expression de manière adaptée.

D. Oberlé parle du jeu dramatique comme pour « *entrer dans un jeu d'improvisation à plusieurs à partir d'une intention de départ, autour de transposition où les participants mobilisent leurs affects, leurs représentations, leurs sentiments et leurs émotions réels dans une situation fictive.* » (48, p.441)

Cette citation montre bien qu'il ne s'agit pas seulement de feindre les émotions mais aussi de faire appel à de réelles représentations. Cela vient donc proposer un travail en profondeur sur les émotions.

Tous ces apports théoriques sont, bien sûr, longs à mettre en pratique. L'atelier n'ayant commencé qu'en septembre pour Mr V, le travail n'en est qu'à son commencement.

Depuis le commencement des séances en octobre, jusqu'au mois de décembre, Mr V semble prendre ses marques dans cet atelier nouveau pour lui. Il vient aux séances, à l'heure. Je remarque des va-et-vient dans et hors de la salle pour aller aux toilettes. Je comprends plus tard grâce à l'éclairage de ma maître de stage qu'il a des stéréotypies de vérification. Il me parlera plus tard du besoin de se sentir propre. Ces allers-retours ne mettent pas en péril sa participation à l'atelier. En effet, quand vient son tour d'improviser, il ne quitte pas la salle du temps de son improvisation.

Ses qualités d'improvisation ont pu se diversifier au bout de quelques séances, temps je l'imagine, nécessaire pour lui afin d'appivoiser le groupe dans lequel il est amené à s'exprimer.

Au niveau de l'engagement corporel et spatial, Mr V est capable d'investir le sol quand il se retrouve à jouer un animal. Les émotions qu'il exprime sont spontanément et majoritairement à composante triste et les personnages souvent méchants ou persécutants.

Au fur et à mesure de la progression des séances, Mr V semble mieux identifier les émotions jouées par ses partenaires et il arrive d'observer un sourire sur ses lèvres. Ce sourire n'est pas nécessairement forcé mais au contraire semble spontané à quelques reprises. J'ai pu, en dialoguant plusieurs fois avec lui, observer un sourire en adéquation avec son discours lorsque nous parlions de choses agréables. Cela est encourageant concernant le travail des émotions avec Mr V.

Cette prise en charge étant groupale, les propositions doivent être pertinentes pour tous les patients et pas uniquement Mr V. Afin de stimuler cette expression des émotions j'ai pu échanger avec l'équipe soignante sur des éléments d'échauffement, de fluence verbale, ou thèmes d'improvisation qui pourraient se baser sur les émotions. Il faut aborder ces propositions de manière progressive car les émotions sont une composante très personnelle de notre vie. Elles sont associées à des événements, des souvenirs propres à chacun pouvant faire émaner des réactions chez les patients. Il ne faut tout de même pas oublier que tous ces patients présentent des pathologies et que la notion de plaisir qu'ils viennent rechercher dans ce moment de partage est à mettre au premier plan. C'est cette sensation de sécurité et cette dynamique de groupe qui favorisent les processus d'expression corporelle.

Mon objectif en tant que stagiaire psychomotricienne dans cet atelier est de guider les patients, dont Mr V, dans leur cheminement personnel. Je me permets de faire des propositions, de participer au maintien du cadre et de laisser les patients se saisir ou non de mes propositions. Cette citation de **D. Grabot** illustre bien le rôle du psychomotricien dans les groupes thérapeutiques : « *Comme les autres professionnels, les psychomotriciens s'efforcent de maintenir un cadre qui évite les dérives délétères mais qui se limite à proposer un support, libre au groupe de s'épanouir à partir de cette offre. La qualité de la formation théorique et personnelle de l'animateur est nécessaire pour offrir ce cadre, mais elle ne suffit pas, le groupe apportant ses ressources propres.* » (18, p.115)

6) Bilan de l'accompagnement de Mr V

Un accompagnement de Mr V en psychomotricité semble pertinent aux vues des troubles qu'il exprime. Les objectifs thérapeutiques sont encore à travailler et à affiner au fur et à mesure de ses progressions. Son engagement et son assiduité au sein des divers ateliers et notamment au sein de l'atelier d'improvisation théâtrale montrent qu'il se saisit de ces propositions. Il est d'ailleurs en capacité d'exprimer qu'elles lui sont bénéfiques. Le maintien de cet accompagnement permettra à Mr V de se familiariser de plus en plus avec ses ressentis et de pouvoir l'aider à comprendre et à exprimer les émotions qui le traversent. Ce sont tous ces éléments qui vont permettre à Mr V de se sentir mieux dans ce corps et de l'investir de manière plus agréable.

Conclusion

La schizophrénie est une pathologie complexe engendrant divers troubles chez les personnes qui en souffrent. Elle vient toucher divers aspects et il en résulte une perturbation de leur fonctionnement.

L'aspect abordé par la schizophrénie que j'ai tenu à aborder dans ce mémoire est l'aspect émotionnel. Je me suis attelée à mettre en évidence les difficultés émotionnelles dont peuvent être victimes les patients schizophrènes et les compétences émotionnelles qu'elles viennent amoindrir. Un déficit de reconnaissance des émotions, plus particulièrement dû à une difficulté de discernement des expressions faciales et un défaut de « théorie de l'esprit », vient mettre à mal l'identification de leurs propres émotions et de celles d'autrui. Les compétences émotionnelles étant liées, ce déficit d'identification entraîne un amoindrissement de l'expression des émotions. Le tonus perturbé, l'amimie, viennent limiter les manifestations émotionnelles. Cette expression est aussi fortement perturbée par une discordance affective, donnant une impression de clivage entre le message véhiculé verbalement et corporellement. La régulation des émotions est aussi mise à mal par la tendance à utiliser une technique de régulation sur un mode de suppression pouvant venir aggraver les hallucinations.

L'identification de ces divers troubles des compétences émotionnelles m'a alors guidée dans mon interrogation de base : « **Comment la psychomotricité, en utilisant les particularités du groupe, peut aider le patient schizophrène à améliorer ses compétences émotionnelles ?** »

J'ai pu mettre en évidence la présence des émotions lors du développement psychomoteur. Leurs premières expressions étant toniques et l'émergence de leurs premières représentations étant permises par le dialogue tonico-émotionnel, j'ai poursuivi mon argumentaire sur l'importance de l'évaluation du tonus. En effet, celle-ci vient nous informer sur l'état tonique du patient et peut nous orienter sur les émotions que cet état tonique vient signifier. Cela vient déjà mettre en évidence la légitimité d'un travail émotionnel en psychomotricité : les émotions sont une composante du développement psychomoteur et nous disposons d'outils permettant d'évaluer des moyens de les exprimer.

Au-delà du bilan, les émotions sont parties prenantes de la thérapie psychomotrice puisque, ce qui permet entre autre au psychomotricien de signifier les vécus du patient est un

mécanisme de contre transfert émotionnel. En accueillant ce qu'il ressent, ses propres réactions émotionnelles liées à ce que le patient lui exprime, le psychomotricien comprend ce que l'autre vient lui signifier. Il peut ainsi renvoyer, d'une manière plus acceptable au patient le sens que prennent ses réactions, ses actes.

Le groupe possède de nombreuses particularités favorisant le travail des émotions avec le patient schizophrène. Il lui permet, par un cadre contenant, de pouvoir s'individuer, se différencier des autres et reconstruire des limites corporelles stables, propices à l'expérimentation. La dynamique de groupe fait émerger une entraide, les patients en difficulté reçoivent l'aide des soignants mais aussi des patients plus à l'aise, et c'est cette réverbération qui rend le groupe « thérapeutique ». Espace d'interactions, le groupe est un espace transitionnel où le patient peut se laisser aller à des expérimentations. Celles-ci l'amènent à des sensations que le psychomotricien peut venir guider, expliquer, contenir. Et c'est alors que s'ouvre une nouvelle facette du groupe primordiale dans l'accompagnement du schizophrène. Après lui avoir permis de ressentir des émotions, le groupe va venir signifier un espace de symbolisation. En mettant en jeu les divers dialogues tonico-émotionnels entre participants, il permet un retour à l'émergence des représentations des émotions.

Le choix de la médiation utilisée est bien sûr déterminant pour approfondir ce travail. J'ai dans ce mémoire eu à cœur de développer celle de l'improvisation théâtrale que j'utilise en stage. Elle me paraît très pertinente pour développer les compétences émotionnelles du patient schizophrène car elle lui permet d'expérimenter des émotions authentiques et non de se contenter de les feindre. Elle l'engage dans un processus interactif où il doit signifier à ses partenaires les émotions qu'il veut leur faire parvenir et pour cela elle lui demande de mettre en jeu l'intégralité de son corps.

A la suite de la rédaction de ce mémoire, de nouvelles interrogations m'animent. La mise en pratique de la psychomotricité de groupe au sein de mon stage a laissé entrevoir des limites à celles-ci. Limites qu'il pourrait être intéressant d'approfondir et de développer pour se questionner sur les apports, cette fois ci, d'une prise en charge individuelle.

Bibliographie

1. Bachollet, M., & Marcelli, D. (2010). *Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements*. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19.
2. Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2e édition. ed., Psychothérapies). Paris: Dunod.
3. Baudier, A. (2008). *Les neurones miroir*, *Evolutions Psychomotrices*, 79, 12-16.
4. Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique les structures mentales, le caractère, les symptômes* (3e édition. ed., Psychismes), Paris: Dunod, 68-103.
5. Bindler, L., Andlauer, O. (2012) *La schizophrénie : 100 questions -réponses pour mieux comprendre la schizophrénie*. Ellipses.
6. Boscaini, F. (2007). *Les émotions dans la relation psychomotrice*, *Evolutions Psychomotrices*, 77, 117-125.
7. Caelen-Haumont G., 2005, *Les états émotionnels et la Prosodie : Paradigmes, modèles, paramètres*. In *Phonologie et phonétique: Forme et substance*, Hermès, 397-424.
8. Calza, A., & Contant, M. (2007). *Psychomotricité* (3e édition. ed., Abrégés). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson. 209-226.
9. Chabert, C. (2010). *Les psychoses* (Traité de psychopathologie de l'adulte [4]). Paris: Dunod.
10. Cochereau, A. (2009). *Psychometrics, vitality and emotion*. *Soins. Pédiatrie, Puericulture*, (251), 9.
11. Corraze, J. (1999). *Les troubles psychomoteurs* (Collection Psychomotricité). Marseille: Solal éditeur, 36-75.
12. Crocq, M. (2012). *1. La schizophrénie – histoire du concept et évolution de la nosographie*. In *Pathologies schizophréniques*. Lavoisier. 5-17.
13. Crocq, M., Guelfi, J., Boyer, P., Pull, C., & Pull-Erpelding, M. (2016). *Mini DSM-5® critères diagnostiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
14. Defiolles-Peltier, V. (2007). *Le mime en thérapie psychomotrice : du ressenti à l'appropriation des émotions par des adultes schizophrènes*, *Evolutions Psychomotrices*, 77, 141-147.
15. Fakra, E. (2015). *Symptômes négatifs, émotions et cognition dans la schizophrénie*. *L'Encéphale: Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Thérapeutique*, 41(6, Suppl 1), S18.

16. Gaudelus, B. (2015). *Mesure du déficit de reconnaissance des émotions faciales dans la schizophrénie. Étude préliminaire du test de reconnaissance des émotions faciales (TREF)*. L'Encéphale: Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Thérapeutique, 41(3), 251-260.
17. Goyty, M., & Université de Bordeaux (2014). *Du morcellement vers la réappropriation corporelle : approche psychomotrice auprès de patients atteints de schizophrénie dans une unité de transition de psychiatrie adulte*.
18. Grabot, D. (2002). *Le psychomotricien et les groupes*. Enfances & Psy, 19(3), 109-115.
19. Guenoun, Tamara. (2016). *Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale*. Revue Adolescence, 34(1), 117-129.
20. Haouzir, S., Bernoussi, A., Pedinielli, J., & Petit, M. (2014). *Les schizophrénies* (3e édition. ed., 128 Psychologie, psychanalyse). Paris: A. Colin.
21. <http://lesmotsdelaschizo.fr/fr/symptomes/emoussement-affectif>
22. <http://www.cnrtl.fr/>
23. http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/Emotions_et_sentiments.pdf
24. https://www.researchgate.net/publication/265206656_Regulation_des_emotions_et_schizophrenie
25. <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/symptomes>
26. <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-contre-transfert-emotionnel-dans-la-therapie-psychomotrice/>
27. <https://www.universalis.fr/>
28. Laszlo, &. (2013). *Théâtre d'improvisation et Gestalt-thérapie*. Gestalt, Spécial(2), 169-183.
29. Le collège des équipes de direction des instituts de formation en psychomotricité. (2008). *Informations professionnelles, Evolutions Psychomotrices*, 80, 110-112.
30. Leplat, F., (2010). *Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle*, Thérapie psychomotrices et recherches, 162, 80-92.
31. Llorca, P-M. (2004). *La schizophrénie*, Encyclopédie Orphanet, site web : <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
32. Loréa, N. (2012). *Peur d'une dysmorphophobie corporelle et psychose. Cas cliniques et discussion*. L'Encéphale: Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Thérapeutique, 38(1), 37-42.

33. Lotstra, F. (2002). *Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions*. Cahiers Critiques De Therapie Familiale Et De Pratiques De Reseaux, 29(2), 73-86.
34. Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions confrontation et évitement* (2e édition. ed., Ouvertures psychologiques LMD). Bruxelles: De Boeck, 17-43.
35. Marchal, D., & Université de Bordeaux II. (2013). *Aborder le cadre en psychomotricité à travers l'atelier jeu d'opposition*.
36. Mikolajczak, Moira. (2014). *Les compétences émotionnelles* (Psycho sup. 0). Dunod.
37. Monnet, T. & Université Claude Bernard Lyon (2012). *Un corps pour éprouver et s'émouvoir : place de la psychomotricité dans l'émergence émotionnelle*.
38. Nugier, A. (2009). *Histoire et grands courants de recherche sur les émotions*, Revue électronique de psychologie sociale, 4, 8-14.
39. Organisation mondiale de la santé. (1993). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10* (10e révision. ed.). Genève: OMS.
40. Pireyre, E.-W. (2006). *Prise de conscience du corps et affects, une certaine théorie de la psychomotricité*, Evolutions psychomotrices, 72, 94-101.
41. Pollet Villard, L. & Université Paul Sabatier Toulouse (2012). *Schizophrénie et psychomotricité : Le cas d'une U.M.D.*
42. Potel, C. (2010). *Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir*(Trames). Toulouse: Érès.
43. Recommandation HAS, 2007, Guide affection de longue durée, La prise en charge de votre schizophrénie.
44. Rusinek, S. (2004). *Les émotions du normal au pathologique* (Les Topos le savoir en deux mots). Paris: Dunod.
45. Sage, I. (2008). *Quand le corps s'exprime : Les postures émotionnelles*, Evolutions Psychomotrices, 79, 17-24.
46. Saoud, M., Amato, T., & Daléry, J. (2006). *La schizophrénie de l'adulte des causes aux traitements* (Collection Les âges de la vie). Paris: Masson.
47. Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 1 Concepts fondamentaux* (Psychomotricité). Paris: De Boeck-Solal.
48. Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 2 Méthodes et techniques* (Collection Psychomotricité). Paris: De Boeck-Solal.

49. Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 5 Examen psychomoteur et tests* (Collection Psychomotricité). Paris: De Boeck Supérieur.
50. Vanelle, J. (2009). *Schizophrénie et rythmes circadiens*. *L'Encephale*, 35(2).

Table des matières

Introduction.....	1
I. Schizophrénie.....	3
A) La schizophrénie dans l’histoire.....	3
B) Épidémiologie.....	5
C) Clinique.....	6
1) Symptômes positifs.....	6
2) Symptôme négatifs.....	7
3) Désorganisation.....	8
D) Diagnostic.....	9
1) Les critères diagnostiques du DSM -V.....	9
2) Les différentes formes de la schizophrénie (Selon la CIM-10).....	9
E) Étiologie.....	10
1) Facteurs génétiques.....	10
2) Facteurs neurophysiologiques et neurobiologiques.....	10
3) Facteurs environnementaux.....	11
F) Traitements.....	11
1) Médicamenteux.....	12
2) Non médicamenteux.....	12
G) Troubles psychomoteurs dans la schizophrénie.....	14
1) Que sont les troubles psychomoteurs ?.....	14
a) Ralentissement psychomoteur.....	14
b) Troubles de l’ajustement tonique et de la régulation tonico-émotionnelle.....	15
c) Troubles du schéma corporel et de l’image du corps.....	16
d) Troubles des repères spatio-temporels.....	18
e) Les mouvements anormaux.....	18
f) Troubles des coordinations, troubles de l’activité motrice.....	19
II. Les émotions et la schizophrénie.....	20
A) Définitions.....	20

1) Émotion.....	20
2) Affect.....	20
3) Sentiment.....	20
4) Humeur.....	21
B) Théories sur les émotions.....	21
1) La perspective Darwinienne.....	22
2) Théorie psychanalytique.....	23
3) Théorie Jamesienne.....	23
4) Perspective cognitive.....	24
5) Le point de vue socio-constructiviste.....	25
6) Théorie neuroanatomique.....	25
C) Les manifestations émotionnelles.....	27
1) Les manifestations physiologiques.....	27
2) Les expressions faciales.....	27
3) La voix.....	28
4) Le tonus.....	29
5) Les mots.....	29
D) Les compétences émotionnelles.....	30
1) Identification des émotions.....	30
2) Expression des émotions.....	32
3) Compréhension des émotions.....	35
4) Régulation des émotions.....	36
5) Utilisation des émotions.....	37
E) Les émotions chez les patients schizophrènes.....	38
1) Déficit de reconnaissance des émotions.....	39
2) Moins d'expression des émotions.....	40

3) Défaut de régulation des émotions.....	40
4) La discordance affective.....	41
III. La psychomotricité et les émotions.....	43
A) Phénomènes liés aux émotions dans le développement psychomoteur.....	44
1) Dialogue tonico-émotionnel.....	44
2) Stimulation des neurones miroirs.....	45
B) Les émotions dans le bilan psychomoteur.....	46
1) Évaluation du tonus.....	46
a) Pourquoi évaluer le tonus ?.....	46
b) Comment évaluer le tonus ?.....	46
c) Hypertonie : mécanismes et fonctions.....	47
2) Évaluation de la mobilité faciale.....	47
3) Tout au long du suivi.....	48
C) Le contre transfert émotionnel dans la relation psychomotrice.....	48
D) Les propriétés du groupe en psychomotricité.....	49
1) Cadre thérapeutique.....	49
2) La dynamique de groupe.....	51
3) Un espace d'interactions.....	51
4) Lieu d'émergence de représentations.....	52
IV. Pratique psychomotrice et groupe d'improvisation théâtrale.....	54
A) Présentation de la structure.....	54
B) Le groupe Improvisation théâtrale.....	55
1) La médiation d'improvisation théâtrale et ses particularités.....	55
2) Contenu et déroulé du groupe d'improvisation théâtrale.....	56
C) Mr V.....	57
1) Rencontre.....	57
2) Anamnèse et diagnostic.....	57
3) Observations.....	59
a) Tonus et motricité globale:.....	59

b) Ralentissement psychomoteur :.....	59
c) Image du corps & schéma corporel :.....	59
d) Émotions.....	60
4) Axes thérapeutiques.....	61
5) Prise en charge et objectifs au sein de l'HJ.....	61
L'atelier improvisation théâtrale.....	62
6) Bilan de l'accompagnement de Mr V.....	65
Conclusion.....	66
Bibliographie.....	68
Annexes.....	76
Annexe 1 : Critères DSM V.....	76
Annexe 2 : Dessin du bonhomme de Mr V.....	78

Annexes

Annexe 1 : Critères DSM V

La schizophrénie fait partie de la catégorie « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » du DSM V. Il y est décrit six critères diagnostics essentiels au diagnostic de cette pathologie. Ils sont les suivants :

A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'au moins un mois (au moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs

B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations, interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passée d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint)

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins six mois. Pendant cette période de six mois les symptômes répondant au critère A (c-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles , les signes du trouble peuvent se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituels ou dépressif caractérisé.

D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé

concurrentement avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou des troubles de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Annexe 2 : Dessin du bonhomme de Mr V.

