

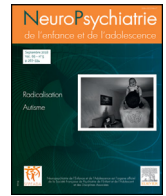


Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

## Approche qualitative et phénoménologique du premier épisode psychotique : vécu traumatique et transformation identitaire, quelques résultats préliminaires

*Qualitative and phenomenological study of first episode of psychosis: Traumatic experience and identity conversion, preliminary findings*

A. André<sup>a,b,\*</sup>, J. Martin<sup>b</sup>, J.-C. Chauvet-Gélinier<sup>c</sup>, K. Chahraoui<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Laboratoire de psychologie Psy-DREPI, université de Bourgogne Franche-Comté, esplanade Erasme, BP27877, 2178 Dijon cedex, France

<sup>b</sup> Centre hospitalier La Chartreuse, 1, boulevard Chanoine Kir, 21000 Dijon, France

<sup>c</sup> Service hospitalo-universitaire de psychiatrie, CHU de Dijon, bâtiment Marion, 14, rue Paul-Gaffarel, BP77908, 21079 Dijon cedex, France

<sup>d</sup> Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie (LPN), université Paris 8 Vincennes-Saint Denis, 2, rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis, France

### INFO ARTICLE

#### Mots clés :

Premier épisode psychotique  
Psychotraumatisme  
Identité  
Intervention précoce  
Schizophrénie

### RÉSUMÉ

**But de l'étude.** – Le premier épisode psychotique constitue un évènement brutal pour les patients et s'accompagne d'une désorganisation psychique majeure avec une détresse importante. Plusieurs études récentes ont ainsi souligné la dimension traumatique du premier épisode psychotique chez une large part des patients, et ont montré la prévalence du trouble de stress post-traumatique au sein de cette population. Toutefois, peu d'études ont porté leur attention sur cette dimension traumatique sous l'angle du vécu et de l'expérience subjective des sujets confrontés au PEP, en dehors des critères sémiologiques du TSPT. Aussi, l'objectif de cette recherche consiste à investiguer de manière approfondie, à l'aide d'une approche qualitative, le vécu et l'expérience subjective du PEP et à mieux caractériser les dimensions du vécu traumatique.

**Patients et méthode.** – Quinze patients présentant un premier épisode psychotique ont été inclus dans un centre d'intervention précoce de psychiatrie adulte et ont participé à un entretien clinique destiné à recueillir leur perception et vécu de l'épisode psychotique et ses différents impacts émotionnels, identitaires, familiaux sociaux et professionnels. Le verbatim de l'entretien fait l'objet d'une méthode d'analyse de contenu systématisée.

**Résultats.** – Les récits mettent en avant certaines caractéristiques du vécu traumatique du premier épisode psychotique qui semblent se manifester en deux temps. Dans l'immédiat, par une violence effractante de la crise, marquée par la confusion, l'impression de mort imminente et une angoisse désorganisatrice. À long terme, par une réorganisation identitaire avec un changement dans le rapport aux autres et à soi se traduisant par la perception d'une transformation profonde et durable de son identité propre.

**Conclusion.** – Le premier épisode psychotique se traduit par une rupture de continuité entre l'avant et l'après ainsi que par une perception de métamorphose identitaire profonde. Cette expérience brutale et violente est vécue comme une forme d'effraction traumatique qui oblige les patients à une nécessité de réorganisation et de reconstruction en lien avec les nombreux remaniements internes et environnementaux. Il apparaît ainsi nécessaire de développer avec eux un travail de narrativité permettant de rétablir un sens et de la continuité pour participer au processus de rétablissement.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### ABSTRACT

#### Keywords:

First-episode psychosis  
Trauma

**Background.** – The first episode of psychosis is a brutal event for the subject and is accompanied by major psychic disorganization and distress. Some recent studies have highlighted the traumatic dimension of first episode of psychosis for a large part of patients and have shown the prevalence of

\* Auteur correspondant.  
Adresse e-mail : [auriane.andre@u-bourgogne.fr](mailto:auriane.andre@u-bourgogne.fr) (A. André).

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.04.012>

0222-9617/© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Identity  
Early intervention  
Schizophrenia

post-traumatic stress disorder in this population. However, few studies have focused on the specific subjective experience of the patients faced FEP by going beyond the framework of symptomatology. Therefore, the aim of our research is to investigate and characterized the traumatic experience related to FEP through the use of a qualitative methodology.

*Method.* – Fifteen patients presenting a first episode of psychosis were included in an early intervention in Psychiatry Center in Dijon, France, and participated in a clinical and research interview intended to collect their perceptions and experiences of the psychotic episode and its different emotional, identity, family, social and professional impacts. The verbatim of the interview is subject to a systematized content analysis method.

*Results.* – The results highlight certain characteristics of the traumatic experience of First Episode of Psychosis which seem to manifest itself in two stages. In the immediate term, by a frightening violence of the crisis, marked by confusion, the impression of imminent death and disorganizing anguish. In the long-term, by a reorganization of identity with a deep change in the relationship with others and to oneself resulting in the perception of a profound and lasting transformation of one's own identity.

*Conclusion.* – The first episode of psychosis is characterized by a deep break between before and after the crisis by a perception of profound identity metamorphosis. This brutal and violent experience is experienced as a form of traumatic break which forces patients to reorganize and reconstruct in relation to numerous internal and environmental changes. Thus, it appears necessary to create and develop a therapeutic work based on narrativity to restore meaning and continuity in order to participate in the recovery process.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Véritable crise dans l'existence du sujet, le premier épisode psychotique (PEP) apporte avec lui des transformations dans la structure de l'expérience qui touche la manière dont le sujet constitue son monde et sa signification. Elles créent ainsi une rupture au sein de la temporalité et cette déchirure est d'autant plus intense et profonde qu'il s'agit du premier épisode dans l'histoire du patient qui peut ainsi ressentir un sentiment profond de perte lié à l'effondrement psychotique [1]. Quelques études depuis les années 2000 ont mis en avant l'idée que le premier épisode psychotique (PEP) pouvait être, en lui-même, traumatique pour l'individu [2]. Certains auteurs ont ainsi souligné que le bouleversement engendré par un PEP pouvait être suffisamment violent pour induire un trouble de stress post-traumatique (TSPT) [3,4]. Selon une méta-analyse récente, environ une personne sur deux souffrirait de symptômes s'apparentant à un PTSD et une personne sur trois se verrait poser un diagnostic strict de PTSD, et ce, jusqu'à deux ans et demi après le PEP [5]. Selon d'autres auteurs, cette sémiologie aurait des impacts négatifs sur les symptômes psychotiques, le fonctionnement quotidien et l'alliance thérapeutique [6–8].

Néanmoins, la symptomatologie psychotraumatique semble très peu investiguée, mal identifiée et régulièrement confondue avec les manifestations psychotiques [1]. Il apparaît donc essentiel de poursuivre les travaux pour une meilleure connaissance du psychotraumatisme lié au PEP. Dans ce cadre, il nous a semblé pertinent de porter l'attention sur le vécu traumatique spécifique du sujet, la détresse majeure induite par l'expérience du PEP et son impact éminemment subjectif et interne [5] en dehors des critères strictement sémiologiques du TSPT. Pour certains chercheurs [1,9], ce vécu nécessite d'investiguer les dimensions émotionnelles, relationnelles et identitaires, pour mettre en lumière l'expérience traumatique en jeu au sein du PEP et la perception subjective du patient de l'impact de la maladie sur sa vie et sur son identité [1,9].

Si le PEP, ses prodromes et ses suites sont largement reconnus comme étant un moment critique pour les soins précoces du patient, peu de travaux témoignent de l'intérêt réel pour le vécu et l'expérience traumatique lié à cet épisode.

L'objectif de cette recherche est donc de développer une meilleure compréhension de cette première expérience

psychotique à partir d'un abord clinique et phénoménologique, permettant de resituer les sujets comme des êtres de parole et de langage [9], et pour accéder au vécu subjectif du PEP. Nous avons ainsi cherché à comprendre ce qui fait trauma pour ces patients et comment il se manifeste pour eux en nous centrant sur un abord expérientiel de leur vécu subjectif et de leur ressenti. Les axes émotionnel et identitaire ont été explorés ainsi que d'autres aspects subjectifs permettant de personnaliser le vécu lié au PEP. Cette thématique étant très peu abordée et étudiée au sein de la littérature et de la population française, nous espérons ainsi contribuer à une connaissance psychopathologique plus approfondie du vécu et des dimensions traumatiques du PEP.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Population

Le recueil de données est réalisé au sein du Centre d'intervention précoce (CIP) du CH La Chartreuse à Dijon, service dédié depuis 2015 à la prise en charge des troubles psychotiques débutants dans une perspective positive et pro-active tournée vers le rétablissement [10].

La population d'étude est constituée de 15 sujets (hommes/femmes), âgés de 18 à 35 ans, ayant vécu entre 1 et 3 décompensations psychotiques dont la dernière date d'au moins 2 mois. Ne sont pas inclus dans l'étude les sujets caractérisés à ultra-haut risque de développer une psychose, ceux présentant une structure et des troubles s'apparentant aux troubles du spectre autistique ainsi que ceux présentant un tableau clinique, un mode de fonctionnement et/ou un diagnostic de psychose infantile. Les critères du TSPT n'ont pas fait partie des critères d'inclusion l'objectif initial de l'étude, étant d'appréhender l'expérience subjective du PEP, en dehors des critères nosographiques. Nous présentons ici les premiers résultats de notre recherche portant sur les 5 premiers patients inclus dans la recherche dont les caractéristiques cliniques sont présentées au sein du [Tableau 1](#) [1]. Ces résultats préliminaires constituent un point d'étape dans l'approche phénoménologique nous permettant de mieux appréhender la pertinence des thématiques relevées au sein des premiers entretiens analysés.

**Tableau 1**  
Caractéristiques cliniques de l'échantillon étudié dans les premiers résultats.

	Échantillon global	Échantillon analysé
Genre		
Femme	5	1
Homme	10	4
Âge moyen (années)	23,4	23
Nombre d'épisodes psychotiques		
Unique épisode	7	1
Deux épisodes	4	2
Trois épisodes	4	2
Prise en soins du premier épisode psychotique		
Hospitalisation sous contrainte	15	5
Traitement médicamenteux	15	5
Soins d'intervention précoce	2	1

## 2.2. Procédure et matériel

Chaque patient fait l'objet d'une évaluation psychiatrique détaillée à son entrée dans le cadre de son parcours de soin ; puis, les participants à la recherche sont adressés par leur médecin psychiatre référent et sont inclus après information de l'étude et signature d'un consentement libre et éclairé. L'investigation est constituée de deux entretiens cliniques d'une durée d'une heure environ, enregistrés puis retranscrits. Un troisième entretien de restitution est proposé ensuite à chaque sujet. Toutes les données restent strictement anonymes et confidentielles, stockées au sein du laboratoire de recherche, avec un droit d'accès uniquement pour les chercheurs réalisant cette étude.

L'entretien clinique de recherche est centré sur une approche phénoménologique [11,12], destinée à recueillir le point de vue subjectif du sujet, ainsi que son expérience vécue et ses différents ressentis liés au PEP. La grille du premier entretien aborde ainsi 2 thèmes majeurs : 1) le vécu des premières manifestations du PEP ; et 2) l'expérience et l'impact de la maladie sur la vie sociale, familiale et professionnelle. Le second entretien aborde : 1) les représentations étiologiques du patient sur son expérience du PEP, ses croyances et le sens qu'il y donne ; et 2) les éléments ressources et aides au rétablissement perçus.

Ces entretiens font l'objet d'analyses qualitatives du récit selon la méthodologie de l'analyse de contenu [13] Pour cet article, nous présentons uniquement les résultats sur les 5 premiers entretiens. L'analyse de contenu renvoie à « un ensemble de techniques d'analyse de communication visant par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception » [13]. Elle s'organise en 3 étapes : 1) phase de préanalyse, comprenant les premières écoutes et les lectures du corpus, afin de repérer des unités de sens et des thèmes dans les récits ; 2) phase d'exploitation du matériel avec la construction d'une grille d'analyse thématique, permettant de regrouper les grandes catégories et les unités sémantiques ; 3) phase de traitement et d'interprétation, qui permet de repérer des « noyaux de sens », constituant la communication dont les occurrences peuvent être significatives par rapport aux hypothèses.

La présentation des résultats comprend les thématiques analysées ainsi que leurs occurrences pour le groupe.

## 3. Résultats

L'analyse des premiers entretiens fait émerger quatre grandes catégories thématiques : 1) l'expérience du PEP et de la première hospitalisation ; 2) le vécu des désorganisations induites par le PEP à court terme ; 3) ses impacts à long terme ; 4) les ressources et les tentatives de reconstruction. Pour chacune des catégories, nous décrivons les thèmes majeurs qui ont émergé en les illustrant, par

les propos des patients, et notons entre parenthèses la fréquence d'apparition de ces thèmes.

### 3.1. Expérience vécue du PEP et de la première hospitalisation

Les sujets décrivent une installation progressive du PEP sur plusieurs semaines durant lesquelles ils perçoivent un glissement, une perte de contrôle insidieuse de leur expérience et de leur rythme de vie : « Je ne me suis pas senti... partir en fait, je savais pas du tout ce qui m'arrivait ». Ils expriment par la suite une altération majeure du lien aux autres, à l'environnement puis à la réalité (5/5) : « au final j'ai pas accroché, c'était comme si j'étais devenu trop dépendant de mon environnement social en fait, je supportais pas l'atmosphère trop masculin, l'ambiance d'alcool permanent, les soirées, le peu de mixité c'était pas mon truc » ; « je me sentais vraiment perdu, je me demandais « qu'est ce que c'est que cette vie ? » ». Cette altération induit par la suite un profond sentiment de solitude et d'isolement (3/5) : « je m'étais fait beaucoup d'amis les premiers temps et là je voyais de moins en moins de monde, je commençais à m'isoler de plus en plus ». Puis, le PEP est évoqué comme un véritable séisme, une expérience brutale et profondément désorganisant source de violence intense et incontrôlable : « de la haine, je voulais tous casser, limite je voulais prendre l'extincteur pour taper sur mon père... oui c'était surtout de la violence, de la haine. ». Associée à la violence, les patients décrivent une angoisse paroxystique s'ancrant dans un vécu d'insécurité et de menace de mort : « cette peur constante de l'attente de quelque chose, cette peur constante où on se dit « je vais mourir, dans pas longtemps je serais mort » ; « cette sensation de ne jamais être en sécurité nulle part et qui nous donne une fatigue physiquement extrêmement importante [...] c'est vraiment... c'est comme si vous étiez en guerre quoi, sur le front ». La désorganisation induite par cette expérience est décrite comme envahissante, source de confusion majeure et de sidération psychique totale (4/5) : « un état de choc aussi. J'étais incapable de parler, j'avais l'impression que je pouvais plus tenir une discussion et j'arrivais pas à aligner une phrase. J'ai dû arrêter mes études pendant un certain temps parce que j'étais incapable de travailler tellement j'étais encore obnubilé par cette histoire et je comprenais pas ce qui m'arrivait. ». Le corps est impacté tout aussi brutalement et intensifie la rupture profonde : « un état de tension perpétuel, jamais de repos en fait. Donc ça vous fait une très grande fatigue physique aussi, très fatigué physiquement donc ça rajoute encore moins à la lucidité ». Enfin, cette scission est traduite par un sentiment de changement identitaire quasi-total et touchant tous les aspects de leur être : « je suis quelqu'un de très calme, de réfléchi, d'assez logique. Et là par contre dès que la maladie survient bah c'est le grand fouillis quoi ! ».

Suite au PEP, la première hospitalisation fait tout d'abord émerger un vécu décrit en termes de souffrances intenses (5/5), une expérience qui prive de liberté, qui isole et asservit les sujets : « on sait pas ce qui nous arrive, on est un peu prisonnier, la société prend

les décisions à notre place, avec l'hospitalisation sous contrainte des choses comme ça. . . c'est voir son monde s'écrouler devant soi en fait. . . » ; « je pouvais pas parler donc j'étais complètement isolé, donc je faisais ce qu'on me disait de faire et puis j'étais comme un robot quoi, j'étais une coquille vide ». Ajouté à cela, les sujets soulignent les grandes difficultés d'ajustement aux traitements médicamenteux (4/5) venant amplifier les souffrances ressenties : « les essais de traitements, quand on cherche un traitement adapté des fois on réagit pas bien. [. . .] Par exemple moi à un moment donné je voyais flou. . . j'avais beaucoup maigri aussi. ». Cependant, ils décrivent un second temps bien distinct dans l'expérience de leur première hospitalisation. Ils évoquent ainsi l'apaisement des angoisses grâce au centre de soins qui pour eux leur a permis de recréer des liens avec leur environnement pour sortir progressivement du sentiment d'isolement et de perte de repères : « après y a l'ambulance qui est arrivée, elle m'a emmené et puis. . . après à l'hôpital progressivement. . . les deux premiers jours j'étais toujours dans. . . mais j'étais plus apaisé, j'ai pu mieux dormir ».

### 3.2. Conséquences du PEP perçues à court terme

Dans les six premiers mois suivant le PEP, les sujets décrivent ces conséquences de manière globale, touchant les affects, le corps et la pensée. Ils soulignent majoritairement un vécu dépressif profond (5/5) dominé par la honte et la culpabilité où les idées de mort sont prédominantes : « je me sentais mal vis à vis de mes collègues, une grande honte, enfin j'avais vraiment honte de moi » ; « je pensais que ça allait être irrémédiable et qu'à la fin de ma vie bah que j'allais être brûlé en Enfer et que ça allait être de ma faute. Donc je culpabilisais beaucoup ». Associé à ce vécu, les sujets mettent en avant une importante altération de leur équilibre corporel (4/5), notamment au travers de modifications physiques perceptibles et d'une fatigue majeure : « J'étais dans un sale état. Mes parents avaient rien appris de ce qu'il c'était passé mais quand ils m'ont vu, rien que mon visage, ma tête, mon corps tout ce que vous voulez. . . ils ont pas pris de photos ! ». Enfin, ils décrivent la présence de la désorganisation massive générée durant le PEP qui continue de se traduire à court terme (4/5) ; les sujets dépeignent ainsi une pensée sidérée, une incompréhension totale et une impossibilité de mise en sens de leur expérience : « Un état de choc. J'étais incapable de parler, j'avais l'impression que je pouvais plus tenir une discussion et j'arrivais pas à aligner une phrase. J'ai dû arrêter mes études pendant un certain temps parce que j'étais incapable de travailler, je me mettais sur une feuille pendant quatre heures et aucune phrase ne voulait sortir tellement j'étais encore obnubilé par cette histoire et je comprenais pas ce qui m'arrivait ».

### 3.3. Impacts du PEP à long terme

Les conséquences du PEP s'ancrent également dans le temps et se manifestent durant plusieurs années. Ils concernent majoritairement les liens que les sujets entretiennent avec leurs familles, leurs amis et leur propre identité. Dans un premier temps, ils se sentent rejetés, abandonnés et incompris par leur environnement pour qui le PEP va être caché (4/5) : « j'ai pas mal souffert à cause de la maladie post-décompensation. Le regard de la famille par rapport à ça et des amis ! Ça a été la même chose, j'ai perdu pas mal d'amis parce que je leur ai raconté de A à Z ce qui c'était passé. . . ce que j'aurais pas dû faire pour certains. ». Puis, les sujets mettent en avant un second temps où leur environnement est perçu comme porteur, compréhensif et soutenant (4/5) : « mes amis ils ont compris que ça venait vraiment de la maladie et du coup ça se passe très bien maintenant ». Aussi, les conséquences que les sujets décrivent comme les plus durables se situent dans les liens qu'ils entretiennent avec leur environnement social et relationnel. Ils abordent ainsi le PEP comme ayant créé des limites dans le lien à l'autre, un frein à la

construction de relations affectives et professionnelles (5/5) : « C'est plus dans les possibilités qui ne sont plus possibles en fait. [. . .] Le fait de s'autoriser moins de choses, de penser plus à la sécurité, au bien communiquer plutôt qu'à la curiosité et l'échange avec les autres ». S'ajoute à ces ressentis la perception d'une forte stigmatisation de leur expérience (4/5) faisant émerger de nouvelles craintes concernant leur avenir : « je vais pas avoir de boulot, je vais être catégorisé par la société, je vais être un pariât. ». Enfin, les sujets expriment une impression de transformation interne au travers de diverses sensations éminemment subjectives (4/5) se déroulant autour de pertes et d'acceptation progressive de leur vécu : « Il y a quelque chose que je dis souvent c'est que j'ai perdu ma curiosité d'enfant. C'est ce qui faisait une bonne partie de mon identité. Je m'autorisais plus de choses c'était d'ailleurs mon côté apprécié par mon entourage. » ; « j'ai l'impression que je me suis beaucoup transformée avec la maladie. Je suis devenue une autre personne. Je me sens beaucoup changée en fait. ».

### 3.4. Résilience et tentatives de reconstruction

Face aux nombreuses conséquences du PEP, les sujets viennent témoigner de diverses ressources leur ayant permis de poser les bases d'une reconstruction à long terme. Ils soulignent avant tout l'action du groupe (5/5) qu'il soit amical, familial, soignant, scolaire ou spirituel : « Je considère d'un certain côté que mes amis m'ont presque sauvé la vie » ; « si mes parents n'étaient pas venus régulièrement je sais pas si j'aurais pu tenir le coup comme ça ». À côté de cette orientation, les sujets évoquent également leur PEP comme un moment ayant permis un gain en maturité et posent ainsi un regard positif sur leur expérience : « c'est con à dire mais avec des événements comme ça bah ça vous fait grandir, ça vous fait grandir plus vite et ça vous fait prendre beaucoup de maturité ».

## 4. Discussion

Le caractère traumatique présent pendant et après le PEP semble induit par la violence de son expérience ; l'éclatement et le bouleversement interne entraînent une révolution identitaire et un remaniement profond des liens à l'environnement et aux autres. Le PEP désorganise dans l'immédiat et dans le temps, il crée une confusion envahissante et une perte de contrôle brutale du vécu subjectif. L'impression de mort imminente et les ressentis d'angoisses extrêmes semblent également venir dessiner le psychotraumatisme que décrivent les sujets. Cet impact apparaît accentué par l'expérience du premier contact et des premiers soins en psychiatrie réalisés au sein des unités fermées où les sentiments de solitude et d'isolement décuplent les angoisses et l'incompréhension. À distance, la dimension psychotraumatique du PEP se construit dans le rapport à l'environnement, aux autres et à soi qu'il impose aux sujets. Ces derniers relatent une expérience vécue de rejet, d'angoisses de stigmatisation, de jugement perçu chez les proches. Leur besoin d'étayage après la crise vécue ne semble pas rempli et vient créer un traumatisme second au sens que portait Barrois (1998) [14] ; le sujet ayant vécu un premier trauma développe un besoin de soutien extérieur qui, s'il est remplacé par un sentiment de rejet, engendra la réactivation du premier trauma.

Enfin, le trauma du PEP s'établit autour du vécu d'une transformation profonde et durable du soi. Il semble déconstruire l'identité des sujets qui expriment une impression de rupture brutale associée à un sentiment de perte et de métamorphoses internes pendant et après la crise.

Les manifestations de ce trauma semblent transparaître sur deux versants qui tiennent à la temporalité du vécu. Dans les premiers temps succédant la crise, apparaissent des angoisses

envahissantes et sidérantes, la sensation de perte de limites corporelle et psychique, ainsi qu'un syndrome dépressif majeur intégrant des idées de mort et une idéation suicidaire latente pour tenter de pallier la souffrance psychique profonde. Dans un deuxième temps, plus à distance du PEP, le trauma apparaît dans une dimension plus ancrée et plus pérenne pour le sujet. Ici, le trauma se manifeste au travers d'un changement brutal et total dans le rapport aux autres, une sensation d'être limité, freiné pour construire des liens, mais également dans le rapport à soi, à sa propre identité. Ce dernier semble induire les souffrances et les difficultés les plus importantes auxquelles sont confrontés les sujets dans le temps. On constate ainsi une nette diminution de l'estime de soi, d'importants ressentis de culpabilité et de honte, l'incompréhension et l'incapacité à mettre en sens et en mots l'expérience vécue des crises. Viennent s'ajouter le sentiment de s'être radicalement transformé, la sensation d'un avant et d'un après inconciliable et les difficultés à se reconnaître. Ces ressentis participent au vécu d'être « coupé en deux » et semble induire un deuil imposé d'une part de soi déconstruite par le PEP. Ces éléments semblent venir dépeindre un tableau psychotraumatique plus complexe que celui du TSPT classique avec la spécificité de ces vécus expérientiels et émotionnels, en particulier du point de vue des changements identitaires perçus par le sujet. Comme l'avaient mis en lumière Connor (2014) [1] et Jovelet (2018) [9], l'aspect psychotraumatique en jeu dans le PEP est associé à la perception subjective du patient quant à l'impact de la maladie sur sa vie et à ses bouleversements sur le long terme. Au-delà, il apparaît que cet aspect et ses manifestations se situent au cœur de l'expérience et des ressentis subjectifs des sujets et ciblent la perception qu'ils ont de l'action du PEP sur les dimensions relationnelle et identitaire de leur vécu.

Malgré la perte brutale d'éléments intrinsèquement liés à leur personnalité, il apparaît que les sujets viennent prendre appui sur leurs vécus traumatiques pour mobiliser leurs ressources et tenter de rebâtir une identité nouvelle qu'ils décrivent sous l'enveloppe d'une maturation personnelle. Nous pouvons ici faire le lien avec différents travaux dans le champ de l'anthropologie et de la psychologie (Nathan, 1987 ; Houseman, 1987 ; Chahraoui, 1998) [15-17] qui soulignent les enjeux de métamorphose identitaire lié au trauma psychique en particulier dans les rites d'initiation et de transformation à l'adolescence. Le trauma crée ainsi une sorte de moment initiatique qui produit un être nouveau aboutissant à une transformation identitaire que Woïtchik (2009) [18] traduira par le fait de « changer, grandir et devenir un autre « Etre un autre ». Aussi, le trauma inhérent au PEP pourrait avoir fonction et valeur de base à la reconstruction identitaire appelant ainsi à être travaillé et élaboré au cœur d'une prise en charge psychothérapeutique adaptée et centrée sur ses différents aspects.

## 5. Conclusion

Au moment de sa survenue, de manière consécutive ou à distance, le PEP apparaît comme une véritable révolution pour celui qui l'expérimente. Désorganisateur, source d'angoisses sidérantes et de souffrances majeures, il induit une rupture, une absence totale de continuité entre l'avant et l'après ainsi qu'une métamorphose identitaire profonde et pérenne. Cette expérience brutale et violente vient faire trauma pour les sujets qui le vivent. Ce trauma singulier se définit autour de la perception, du ressenti et du vécu

de cette transformation interne majeure concernant la vie relationnelle et identitaire. Les sujets doivent ainsi se réorganiser, se reconstruire sur le long terme en prenant en compte les nombreux remaniements internes et environnementaux. Cette reconstruction semble aussi difficile que les ruptures traumatiques empêchent toute compréhension et mise en sens de l'expérience vécue par les sujets. Ainsi, il apparaît pertinent de mener une réflexion sur l'intégration d'une prise en charge psychothérapeutique ciblant cette mise en sens au sein des soins proposés aux patients accueillis en intervention précoce. La notion d'identité narrative et ses théorisations par Ricœur [19] semblent offrir cette possibilité ; se raconter, construire une histoire des événements traumatiques au sein de son Histoire permettrait de colmater les ruptures induites par le PEP et de redéfinir son identité. Ouvrir les patients à leur narrativité pourrait ainsi participer au processus de rétablissement.

## Remerciements

Cette étude est financée par le Conseil régional de Bourgogne Franche-Comté.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Connor C. Post-traumatic stress disorder and psychosis: the role of empowerment. *Inf Psychiatr* 2014;90(6):461-5.
- [2] Mueser KT, Rosenberg SD. Treating the trauma of first episode psychosis: a PTSD perspective. *J Ment Health* 2003;12(2):103-8.
- [3] Dunkley JE, Bates GW, Findlay BM. Understanding the trauma of first-episode psychosis. *Early Intervent Psychiatry* 2015;9(3):211-20.
- [4] Jackson C, Knott C, Skeate A, Birchwood M. The trauma of first episode psychosis: the role of cognitive mediation. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38(5):327-33.
- [5] Rodrigues R, Anderson K. The traumatic experience of first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2017;189:27-36.
- [6] Mueser KT, Lu W, Rosenberg SD, Wolfe R. The trauma of psychosis: posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophr Res* 2010;116(2-3):217-27.
- [7] Minsky SK, Lu W, Silverstein SM, Gara M, Gottlieb JD, Mueser KT. Service use and self-reported symptoms among persons with positive PTSD screens and serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2015;66(8):845-50.
- [8] Ng LC, Petrucci LJ, Greene MC, Mueser KT, Borba CP, Henderson DC. Posttraumatic stress disorder symptoms and social and occupational functioning of people with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2016;204(8):590.
- [9] Jovelet G. Le sujet psychotique et les traumatismes. *Inf Psychiatr* 2018;94(4):258-64.
- [10] Martin J. Mise en place d'un centre d'intervention précoce dédié à la prise en soins des troubles psychotiques débutants. *Inf Psychiatr* 2017;93(10):865-70.
- [11] Meyor C. Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique. *Rech Qual* 2005;4:103-18.
- [12] Martin B, Piot MA. Approche phénoménologique de la schizophrénie. *Inf Psychiatr* 2011;87(10):781-90.
- [13] Bardin LR. L'analyse de contenu. Coll. Quadrige, dernière édition. Paris: PUF; 2007.
- [14] Barrois C, Houillon P, Bieder J. Le traumatisme second : le rôle aggravant des milieux socio-professionnel, familial, médical, dans l'évolution du syndrome psychotraumatique. Discussion. *Ann medicopsychol* 1998;156(7):487-92.
- [15] Nathan T. Traumatisme, identification et mémoire. *Adolescences*. Toulouse: Privat; 1987. p. 147-58.
- [16] Houseman M. Note sur quelques propriétés générales de la transformation initiatique. *Nouv Rev Ethnopsychiatr* 1986;6:31-40.
- [17] Chahraoui K. Accident à la post-adolescence et traumatisme psychique comme opérateur de changement. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1998;46(4):264-9.
- [18] Woïtchik P. Entretien lors de la Ligue bruxelloise francophone pour la Santé mentale du 8 février 2011. Bruxelles: Eric Messens; 2009.
- [19] Ricœur P. L'identité narrative. Paris: Esprit (1940-); 1988. p. 295-304.