

Evaluation des anomalies de l'expérience de soi et du monde dans la schizophrénie

Auteur : Dumont, Karen

Promoteur(s) : Englebert, Jérôme

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/13415>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



Evaluation des anomalies de l'expérience de soi et du monde dans la schizophrénie :

*Administration des échelles EASE et EAWE à deux sujets ayant
reçu un diagnostic de schizophrénie*

Mémoire présenté par Karen DUMONT en vue de l'obtention du
grade de **Master en Sciences Psychologiques**

Promoteur : Professeur Jérôme ENGLEBERT

Lecteurs : Fabian LO MONTE & Ahmed BOUCHAM

Année académique **2020-2021**

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur, Jérôme Englebert, de m'avoir donné la possibilité de réaliser ce mémoire de fin d'études sur un sujet qui me passionne depuis déjà tant d'années.

Je remercie également tout particulièrement les patients ayant accepté de participer à cette recherche, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Je ressors grandie et enrichie de nos discussions.

Je remercie mes parents, qui n'ont jamais hésité à me soutenir dans mes choix, mes hésitations, mes doutes, mais aussi pour m'avoir permis de réaliser les études que j'aime.

Je remercie également Messieurs Fabian Lo Monte et Ahmed Boucham pour l'intérêt porté à ce mémoire et le temps consacré à leur précieuse lecture.

Je tiens aussi à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de mes études pendant ces cinq années. Merci pour vos précieux conseils et vos apprentissages, ils ne me quitteront jamais.

Enfin, pour son soutien intarissable, son amour inépuisable, je remercie Grégori. Je n'ai aucun doute sur le fait que je n'en serai pas là aujourd'hui sans toi.

Table des matières

Introduction.....	7
Première partie – Bases théoriques.....	9
1.1 Le bizarre et la folie	9
1.2 L’approche phénoménologique	13
1.3 Lecture phénoménologique de la schizophrénie	15
1.3.1 Trouble de l’ipséité ou du self élémentaire	15
1.3.2 L’hyper-réflexivité	17
1.3.3 L’auto-affection amoindrie	18
1.3.4 Perturbation de l’adhérence au monde	19
1.3.5 La conscience de soi	19
Deuxième partie – Méthodologie	20
2.1 Projet	20
2.2 Présentation des échelles.....	21
2.2.1 Echelle EASE	21
2.2.1.1 Domaine 1 : Cognitions et cours de la pensée.....	22
2.2.1.2 Domaine 2 : Troubles de la conscience de soi et de la présence	23
2.2.1.3 Domaine 3 : Expériences corporelles.....	24
2.2.1.4 Domaine 4 : Transitivity/Troubles de la démarcation de soi	25
2.2.1.5 Domaine 5 : Réorientation existentielle	26
2.2.2 Echelle EAWE.....	27
2.2.2.1 Domaine 1 : Espaces et objets	28
2.2.2.2 Domaine 2 : Temps et événements	28
2.2.2.3 Domaine 3 : Autres personnes.....	29
2.2.2.4 Domaine 4 : Langage.....	30
2.2.2.5 Domaine 5 : Atmosphère	31
2.2.2.6 Domaine 6 : Orientation existentielle.....	32
2.2.3 Comparaison entre les deux échelles	32
2.3 Données.....	36
2.3.1 Population cible et échantillon utilisé.....	36
2.3.2 Méthodes de récolte, d’analyse et de cotation des données.....	37
2.3.2.1 Récolte des données	37
2.3.2.2 Analyse des données.....	39

2.3.2.3	Cotation des données	39
Troisième partie – Résultats et analyses des entretiens		42
3.1	Rencontre avec Assam.....	42
3.1.1	Éléments anamnestiques	42
3.1.2	Analyse des données.....	44
3.1.2.1	EASE : vue d’ensemble et cotation	44
3.1.2.2	EAWWE : vue d’ensemble et cotation.....	49
3.1.3	Réflexion générale.....	52
3.1.3.1	Perturbation du cours de la conscience et de la pensée.....	53
3.1.3.2	Fluidité et pertinence perturbée	54
3.1.4	Analyse de la rencontre schizophrénique.....	55
3.2	Rencontre avec Miguel.....	57
3.2.1	Éléments anamnestiques	57
3.2.2	Analyse	60
3.2.2.1	EASE : vue d’ensemble et cotation	60
3.2.2.2	EAWWE : vue d’ensemble et cotation.....	63
3.2.3	Réflexion générale.....	66
3.2.3.1	Sentiment de centralité (lié à l’impression de posséder d’extraordinaires puissances créatrices et à la grandeur solipsiste)	67
3.2.3.2	Présence diminuée.....	68
3.2.4	Analyse de la rencontre schizophrénique.....	69
Quatrième partie – Discussion		71
4.1	Pôles communs.....	71
4.1.1	EASE.....	71
4.1.2	EAWWE	75
4.1.3	Résumé des deux échelles	76
4.2	La question de l’ambiance	76
4.3	Limites.....	77
Cinquième partie – Conclusion		78
Bibliographie		79
<i>Résumé</i>		82

*« Le fou n'est pas l'homme qui a perdu
la raison. Le fou est celui qui a tout
perdu, excepté la raison. »*

Gilbert Keith Chesterton

Introduction

Les modèles empiriques dominant dans la nosographie actuelle pour établir un jugement diagnostique de schizophrénie (Martin & Piot, Approche phénoménologique de la schizophrénie, 2011). Ce constat, sans être nouveau, en amène intrinsèquement un autre : la psychiatrie moderne aborde en très grande majorité cette pathologie sur base de critères, et donc de symptômes seuls en tant qu'appréhension de la manifestation psychopathologique des troubles du spectre schizophrénique. Dès lors, le vécu du schizophrène, étant l'intérêt principal du clinicien, ne peut être approché que de manière externe, indirecte.

Cela pose question. Pour rendre compte de l'expérience schizophrénique de nos patients, devrions rester cantonnés à l'indirect ? Sommes-nous toujours absolument pertinents, dans la volonté des modèles nosographiques contemporains, d'observer la schizophrénie uniquement selon des critères objectivables, selon ce qui est uniquement empirique ? Afin de tendre la main vers l'incompréhensible vécu par les patients schizophrènes, la solution ne serait-elle pas de, justement, leur laisser la parole pour rendre compte de leur propre expérience subjective ?

Cette remise en question de la perspective en troisième personne est observée également par plusieurs auteurs liés à la perspective phénoménologique (Gozé, 2020 ; Brice, 2016 ; Jansson, 2002). Tout en préservant la subjectivité et l'altérité de l'individu, la perspective en première personne propose de recentrer l'analyse du vécu schizophrénique au travers de l'expression de sa narrativité.

Dans le cadre de cette recherche, nous proposons en tant que première partie une revue de la littérature scientifique afin d'aborder ce que la perspective phénoménologique apporterait à la schizophrénie, mais également dans l'objectif de mieux cerner certains concepts, dont la bizarrerie de contact, le trouble du self, l'hyper-réflexivité, l'auto-affection amoindrie, la perturbation de l'adhérence au monde, et la conscience de soi.

La deuxième partie de cette recherche concernera la présentation de notre projet ainsi que ses méthodes de récolte, d'analyse et de cotation des données, mais également des échelles utilisées, à savoir l'échelle d'Evaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi – ou EASE – et l'échelle d'Evaluation des Anomalies de l'Expérience du Monde – ou EAWM –.

Enfin, la troisième et dernière partie concernera les entretiens conduits avec les participants de cette étude. Nous développerons notre analyse à propos des résultats obtenus grâce à la passation des échelles, et proposerons une réflexion autour des anomalies de l'expérience vécues par chacun des sujets, mais également autour de la bizarrerie de contact, considérée perspective en deuxième personne (Gozé, 2016), vécue par le clinicien en entretien.

Pour conclure, nous reprendrons les différents points évoqués autour d'une discussion avant de proposer une conclusion finale à ce travail.

Première partie – Bases théoriques

1.1 Le bizarre et la folie

Trouble dont le concept n'a guère plus de cent ans, la schizophrénie naît d'abord entre 1896 et 1899 sous le nom de démence précoce suite aux traités du psychiatre allemand Emil Kraepelin et sera, une dizaine d'années après, en 1911, confirmé par le psychiatre suisse Eugen Bleuler (Crocq, 2012).

Aujourd'hui, plus d'un siècle plus tard, la nosographie de cette pathologie invalidante a bien évolué au travers des différents manuels diagnostiques et critériologiques connus de tous dans le monde psychiatrique. Plus spécifiquement, nous ne parlons de toute évidence plus de nos jours de démence mais bien d'un ensemble d'anomalies cognitives, comportementales et émotionnelles, accompagnées d'une altération du fonctionnement professionnel ou social (American Psychiatric Association, 2013). Cette définition, à sa sortie lors de la réédition du DSM-V en 2013, chamboule le point de vue de la psychiatrie contemporaine sur la schizophrénie.

En effet, de manière plus globale, la parution de la 5^e édition du Manuel Statistique et Diagnostique change un certain nombre d'aspects de son prédécesseur : réajustements diagnostiques, disparitions et apparitions de nouvelles catégories, et, surtout, la modification de la question du normal et du pathologie en termes de spectre (Gozé, 2020). Toujours est-il que, cette dernière nouveauté du DSM-V, au cœur des discussions des corps de métiers de la section mentale, laisse subtilement un autre changement de taille passer inaperçu. Le fou, auparavant toujours très stigmatisé, avait cessé d'être bizarre.

Jusqu'à la 4^e édition du Manuel Statistique et Diagnostique, la caractéristique dominante, presque centrale, de la schizophrénie était la bizarrerie de ses délires. Sa seule présence suffisait à poser un diagnostic, et ce sans d'autres critères symptomatologiques nécessaires, pour autant qu'une certaine souffrance et une durée de la maladie suffisante soient concomitantes (Cermolacce, Sass, & Parnas, 2010). Imprécise et de toute évidence dépourvue d'une certaine rigueur scientifique, cette notion de bizarrerie pose question. Qu'est-ce qu'il y a donc de si bizarre dans la schizophrénie qui mérite de poser si rapidement un diagnostic, sans se poser d'autres questions ?

Pour commencer, notons que le bizarre s'applique à ce qui semble étranger, différent de l'expérience d'une personne ou d'un groupe humain. Une expérience bizarre se définit donc de manière littérale par une dérogation à son déroulement « normal » ou habituel (Gozé, 2020). Culturellement, il est alors fréquent pour un groupe social de trouver « bizarre » un autre groupe lorsque ce dernier ne comporte pas les codes du premier. Gozé souligne, dans le cadre de ce cas précis, que c'est là que nous pouvons remarquer l'essence même de l'expérience bizarre. Effectivement, le principe même d'un être bizarre ne saurait exister sans une société aux codes et aux habitudes différents pour l'en exclure.

Ensuite, l'individu qualifié de tel serait ainsi même renvoyé à l'étrangeté et donc à l'étranger qu'il est vis-à-vis de l'expérience humaine commune, considérée comme normale. Cette expérience d'exclusion de l'expérience commune, vécue par l'individu bizarre, nous ramène alors directement à un autre concept, propre à l'expérience subjective anormale du schizophrène dont nous parlerons plus tard, la perte d'évidence naturelle au monde.

Cependant, la bizarrerie, dans son ancienne acceptation en tant que critère diagnostique, présente des failles. En plus d'inquiétudes concernant ses sources empiriques et sa validité conceptuelle, très peu de patients – entre 4 et 8% – reçoivent un diagnostic de schizophrénie à cause de la présence seule de la bizarrerie des délires (Goldman, Hien, Haas, Sweeney, & Frances, 1992 ; Tanenberg-Karant, et al., 1995). Ce critère, dont la fiabilité faisait douter, n'avait ainsi plus sa place dans le DSM-V.

Sans complètement « jeter » le concept, il reste toutefois judicieux de s'intéresser à un autre versant de la notion du bizarre : celui vécu par le clinicien, dans sa rencontre avec le schizophrène, au contact direct de cette dite bizarrerie. Dans son ouvrage intitulé *Expérience de la rencontre schizophrénique*, Gozé (2020) tente d'en explorer les tenants et aboutissants, notamment en se demandant, en premier lieu, « si l'association du bizarre à la folie ne viendrait que de notre ignorance quant à l'essence même de la folie ou, justement, d'une réalité qui lui est intrinsèque ».

La bizarrerie de contact n'a à ce jour pas de définition littérale, et n'est pour l'instant pas plus considérée par le modèle de l'evidence-based practice que comme une intuition, un concept arbitraire et plutôt inexplicable. Il est d'autant plus difficile de trouver des études concrètes et sérieuses puisque la bizarrerie de contact avec la folie n'a encore jamais fait l'objet d'une revue systématique (Ibid.). Alors pourquoi s'y attarder ?

Tout l'intérêt de l'étude cette bizarrerie de contact réside dans la difficulté que pose souvent problème le diagnostic de la schizophrénie. Cette difficulté, récurrente, est liée au fait que les modèles nosographiques actuels, tels que le modèle de l'evidence-based practice, privilégient la fidélité, parfois au détriment de la validité diagnostique et de la spécificité des symptômes (Parnas, Sass, & Zahavi, 2013). Ainsi, le lien causal entre trouble et symptôme reste, à ce jour, très ambigu dans la schizophrénie. Qu'est-ce qui nous permet de dire réellement qu'une personne est schizophrène ?

En réponse à cela, des auteurs auraient donc exprimé un certain intérêt dans l'étude des facteurs influençant la validité de jugement diagnostique, dont la syntonisation motrice, mais surtout affective, impliquée dans l'expérience subjective du clinicien, dans l'optique d'une relation clinicien-patient (Nordgaard, Sass, & Parnas, 2013). Il y aurait donc deux catégories de jugement diagnostique, et clinique de manière plus globale : l'empirique, relevant de l'observation et un autre, relevant d'une sensation de certitude immédiate (Gozé, 2020).

Ce processus, appelé par certains chercheurs « vécu du précoce », ou le *praecox feeling* en anglais, se définit comme un sentiment de malaise ou de bizarrerie vécu par les cliniciens lors de la rencontre avec une personne schizophrène. Il est caricaturé aujourd'hui comme le « diagnostic des trois premières minutes » (Ibid.).

Dans ce type de rencontre, la bizarrerie peut être « touchée » dès la première interaction, le premier coup d'œil, au-travers d'une mimique particulière, un regard, quelques mots. Cette sensation peut alors s'effacer et disparaître aussi vite qu'elle est apparue (Ibid.).

Selon plusieurs recherches liées à la psychopathologie phénoménologique (Nordgaard, Sass, & Parnas, 2013 ; Moskalewicz, Kordel, Brejwo, Schwartz, & Gozé, 2021 ; Gozé, et al., 2018 ; Moskalewicz, Schwartz, & Gozé, 2018), cette intuition de « vécu du précoce » serait un symptôme caractéristique des troubles situés sur le spectre schizophrénique, et obtiendrait de hauts scores en validité et spécificité diagnostique. Rümke, à qui nous devons la première mention de cette impression schizophrénique en 1941, ajoute qu'en ce qui concerne la schizophrénie, un diagnostic pourrait être renforcé par cette intuition, ce sentiment presque inexplicable de bizarrerie. Il est toutefois important de noter qu'un bagage important d'expérience clinique est nécessaire à l'utilisation de cette impression schizophrénique, dans le cas d'un jugement diagnostique (Nordgaard, Sass, & Parnas, 2013).

Bien que la littérature soit riche d'informations concernant cette notion de *Praecox Gefühl*, nous ne nous attarderons pas plus là-dessus. En effet, même si les deux concepts se

rejoignent, la bizarrerie de contact – comme envisagée par Gozé (2020) – et le *Praecox Gefühl* sont sensiblement différents.

Cette bizarrerie, finalement, viendrait de l’incapacité du patient schizophrène à rentrer dans un mode empathique lors de la rencontre clinicien-patient. Dans une perspective dite de seconde personne, Gozé (2016) propose alors d’observer ce qu’il se passe dans cette relation à travers ce que le clinicien ressent au contact de son patient : « C’est parce que mon propre corps vécu est impliqué et engagé dans la rencontre d’autrui que je peux savoir quelque chose de cette rencontre ».

De plus, l’homme, vivant constamment au sein d’ambiances selon Bégout (2020), serait amené à sentir chaque chose de son environnement comme à partir d’un certain climat affectif. C’est ce caractère d’ambiance, cette affectivité précise vécue dans la rencontre clinicien-patient, ou même dans toute rencontre quelle qu’elle soit, qui serait selon Bégout ce quelque chose dont nous nous souviendrions des années plus tard, alors que le reste se sera effacé.

En définitive, l’apport de la bizarrerie de contact et du concept d’ambiance, ajoute à l’étude de la schizophrénie une perspective supplémentaire notoire. Le clinicien, dans sa rencontre avec la personne schizophrène, ne se limitera donc pas à rester hors de la relation. Dans une certaine volonté d’une meilleure compréhension, plus adéquate, du vécu schizophrénique, il tentera de comprendre également ce qu’il se passe dans son propre vécu, au contact de la bizarrerie.

Dans le cadre de ce mémoire, nous choisissons de proposer également l’analyse de la rencontre schizophrénique selon la perspective en deuxième personne de Gozé (2016) et une analyse de l’ambiance des entretiens réalisés, en plus de celle en première personne amenée par les échelles.

1.2 L'approche phénoménologique

La médicalisation croissante de la psychiatrie, celle des outils classificatoires tels que l'ICD-10 (2010) ou le DSM-V (2013), de la démarche objectivante et de l'evidence-based practice force toujours plus l'assimilation de symptôme médical et symptôme psychiatrique (Martin & Piot, 2011). Alors que le symptôme constitue une fin en soi pour le médecin, le psychiatre s'intéresse, lui, au vécu du patient, à son expérience subjective, vécu finalement dont le symptôme psychiatrique ne raconte pas plus que ce qu'il ne décrit de manière systématique. C'est son inscription dans un tout qui lui donne son sens.

Néanmoins, dans sa manière d'assimiler de plus en plus symptôme psychiatrique et médical, le clinicien se retrouve aussi forcé de rester à l'extérieur du tableau psychiatrique, prodigué par l'ensemble des symptômes. En effet, l'utilisation du symptôme seul en tant qu'appréhension des manifestations psychopathologiques d'un patient ne sert finalement qu'à le délimiter de manière externe, d'appréhender le vécu de manière indirecte. Comme le note Brice (2016), les outils sur lesquels s'appuient le psychiatre pour poser un jugement diagnostique semblent de plus en plus spécifiques d'un vécu particulier.

De surcroît, l'utilisation presque systématique de l'approche critériologique et de son style « check-list », tend parfois à impliquer un certain chevauchement entre symptômes – dont psychotiques – entre divers troubles (Nelson, Parnas, & Sass, 2014).

Ces constats à propos de la psychiatrie moderne la pousseraient donc à s'ouvrir à d'autres perspectives, et à « déposer les armes », pour citer Martin & Piot (2011). Ces perspectives, décrites comme compréhensives, visent alors justement à permettre la compréhension des vécus qualifiés d'incompréhensible, et tout particulièrement, dans notre cas, les vécus des personnes se trouvant sur le spectre des troubles schizophréniques.

Ainsi, développée au début du 20^e siècle par Edmund Husserl dans sa volonté de faire de la philosophie une discipline scientifique, l'approche phénoménologique préconise un retour aux choses elles-mêmes, en ce sens d'étudier les actes de conscience, de l'intentionnalité, en mettant de côté ou entre parenthèses les hypothèses, jugements ou a priori sur l'intentionnalité humaine ou le monde phénoménal. La phénoménologie tire donc son nom de sa démarche même, qui est d'appréhender la réalité telle qu'elle est, et non telle que nous la croyons.

L'attitude phénoménologique est donc comprise comme un abord non-analytique centré sur cette idée que nous faisons toujours une expérience de totalité de ce qui s'éprouve, mais

aussi une expérience de qualité fondamentale (Ibid.). Selon ces auteurs, trois idées se dégagent de cette définition.

Premièrement, celle, citée plus tôt, d'une approche non-analytique des phénomènes étudiés, menant à un engagement de la relation à autrui sur un mode de « laisser tomber » l'ensemble d'attitudes obstruant l'accès au phénomène lui-même, comme le souhaitait Husserl.

Ensuite, celle de la place réservée à l'éprouvé, en tant qu'ouverture pathique à autrui, permettant l'ouverture d'un espace intersubjectif commun (le *Mitsein* de Binswanger) : c'est cette étape qui permet de tenter la compréhension du vécu ou de l'éprouvé du patient face à nous.

Enfin, celle d'un regard réflexif sur cet éprouvé, visant à saisir cet éprouvé de l'autre « en moi ». Cet éprouvé précis renvoie à la proposition de Gozé (2016) d'étudier ce que nous ressentons à travers le contact bizarre d'autrui, dans ce cas du schizophrène.

En d'autres termes, la psychopathologie phénoménologique vise à saisir les soubassements de phénomènes psychopathologiques vécus par des individus mais surtout à ouvrir un nouvel horizon de compréhension des troubles psychiatriques en général. En effet, elle permet la rencontre avec autrui tout en faisant gage de préserver sa subjectivité et son altérité (Cermolacce, Laurence, Naudin, & Parnas, 2005).

1.3 Lecture phénoménologique de la schizophrénie

Dans la schizophrénie, le diagnostic repose presque catégoriquement sur une évaluation critérielle d'un certain nombre de symptômes, cette démarche impliquant donc une certaine délimitation externe de la pathologie comme évoqué plus tôt.

Néanmoins, Martin & Piot (2011) suggèrent que d'autres aspects peuvent également entrer en jeu lors du jugement diagnostique : c'est le cas par exemple pour ce qu'ils nomment « l'impression schizophrénique », la bizarrerie de contact comme évoquée précédemment, ou encore lorsque surviennent, chez certains patients, des tonalités particulières. Cette constatation, non sans être nouvelle, mènera certains chercheurs à remettre en question ce type de relevé symptomatique critériologique en tant qu'établissement du diagnostic en psychiatrie.

Cette remise en question est d'ailleurs étudiée par Jansson et al. (2002), dans une étude où ils comparent le nombre de patients diagnostiqués à l'aide de plusieurs systèmes diagnostiques critériologiques, tels que l'ICD-9 ou encore le DSM-IV. Jansson et ses collègues démontreront alors que, parmi leur cohorte de 155 patients, seuls 14 remplissent les critères pour le spectre des troubles schizophréniques à l'intérieur de toutes les échelles, alors qu'il aurait été possible d'en diagnostiquer 108. Comme le notent les auteurs, cela prouve la difficulté à observer et diagnostiquer de manière empirique la schizophrénie sur base seule d'échelles objectives telles que celles citées plus tôt.

C'est entre ces limites de la psychiatrie empirique que la phénoménologie psychopathologique peut proposer une autre perspective dans le cas de l'étude de la schizophrénie : l'étude du self.

1.3.1 Trouble de l'ipséité ou du self élémentaire

Le self, au cours des deux derniers siècles, fut transcendé de nombreuses définitions et hypothèses. Bleuler le considérait à l'époque comme le « trouble fondamental » de la personnalité en tant que caractéristique centrale de la schizophrénie, amenant en ça que la pathologie comprend nécessairement une affliction du self (*Ich-Spaltung*). L'autisme schizophrénique amené par Bleuler comme un autre symptôme fondamental, peut aussi être considéré comme trouble du self. Kraepelin, lui, considérait la désunion de la conscience comme le centre fondamental de la pathologie (Parnas & Handest, 2003).

De nos jours, le self est observé comme s'organisant en plusieurs niveaux d'expérience, tous entrelacés.

Le premier, le Moi Minimal, est aussi désigné comme le self « de base », ou encore l'ipséité. C'est un stade préréflexif, implicite et égocentré du sens de soi, dans un point de vue de première personne, en tant que sa propre expérience. Intrinsèquement, ceci implique que nous sommes tous conscients de nos actes conscients (Nelson, Parnas, & Sass, 2014), mais également qu'une expérience en tant que telle n'est jamais isolée, car l'expérience et le self ne sont pas des entités séparées.

Le second, où une certaine conscience du « Je » se déroule. C'est un stade plus explicite et réflexif (Parnas & Handest, 2003).

Et enfin, le troisième, le self dit « social » ou narratif, est un niveau plus complexe et sophistiqué. Il comprend les caractéristiques individuelles d'une personne, ce qui constitue ses habitudes, son histoire personnelle, son identité sociale (Nelson, Parnas, & Sass, 2014). Les concepts psychologiques tels que l'estime de soi ou l'image de soi ne font sens qu'à ce dernier niveau plus complexe.

Néanmoins, le self tel qu'étudié par la phénoménologie se trouve volontairement mis de côté, presque négligé par la psychopathologie contemporaine, ceci étant dû à une méfiance épistémologique (Parnas & Handest, 2003). De plus, l'étude même du self est liée à de nombreuses controverses. Celles-ci concernent majoritairement son statut dans la réalité en tant que « substance », en tant « qu'objet », même si la notion subjective et expérientielle du self est, elle, largement reconnue dans la philosophie analytique de l'esprit et dans la phénoménologie (Nelson, Parnas, & Sass, 2014).

Cette volonté de la psychopathologie contemporaine de mettre l'étude du self de côté se remarque particulièrement dans son interprétation des symptômes dit-négatifs du trouble en tant que déficits purement comportementaux. Ce point de vue déficitaire des symptômes, en plus de correspondre très rarement à la perspective des patients, souvent peuplée d'anomalies « positives » de l'expérience subjective (Parnas & Handest, 2003), n'est pas du tout accepté par les phénoménologues.

Le courant phénoménologique, lui, apporte tout le contraire de l'interprétation classique déficitaire : l'expérience cruciale de la schizophrénie ne devrait plus être pensée comme un déficit, pas plus qu'une régression comme le sous-entend la psychanalyse, mais bien comme

un excès de conscience. Cette perspective tranche avec la majorité des modèles nosographiques actuels.

Plusieurs textes académiques soutiennent, non seulement cette hypothèse d'hyperconscience, mais statuent également bel et bien le trouble du self en tant qu'élément central de la pathologie.

Ainsi, le trouble du self de base, ou de l'ipséité, peut être défini comme une perturbation dans laquelle le self ne s'imprègne plus de l'expérience, c'est-à-dire que le sens de la « mienneté » ou de « l'agentivité » vis-à-vis d'une expérience donnée peut être affectée. Un patient pourrait exprimer une telle affliction par des plaintes visant le fait de ne pas ressentir ses expériences comme étant réellement les siennes, ou encore comme ne se ressentant pas comme le sujet de ses propres actions.

Le point le plus intéressant dans cette hypothèse d'altération de l'ipséité est certainement son adéquation avec la fluctuation que peut présenter les symptômes, très hétérogènes, de la schizophrénie, variant avec le temps ou d'un contexte à un autre.

Pour en citer le plus notable, le modèle de perturbation de l'ipséité (IDM), développé par Sass et Parnas, définit que la déformation du Moi Minimal consiste en deux aspects complémentaires de la conscience : l'hyper-réflexivité et le sentiment de moi diminué.

Dans la définition donnée par les auteurs, l'hyper-réflexivité renvoie à « une conscience accrue des aspects de l'expérience qui sont normalement tacites ou implicites », tandis que le sentiment de soi diminué, aussi nommé auto-affection diminuée, se réfère à « un sentiment affaibli d'exister en tant que sujet de conscience » (Nelson, Parnas, & Sass, 2014). Le modèle de perturbation de l'ipséité postule alors que c'est la perturbation dans la structure de l'expérience, normalement perméable par une perspective en première personne stable, qui caractérise les troubles du spectre schizophrénique.

1.3.2 L'hyper-réflexivité

Dans la schizophrénie, le phénomène d'hyper-réflexivité implique que le patient schizophrène serait constamment pris dans le tourment d'une conscience qui se trouve contrainte d'interroger le plus simple des phénomènes, celui qui devrait aller intuitivement de soi.

Le patient hyperréflexif est donc celui qui s'interroge sans cesse, et cela sur un mode réflexif et explicite à propos de phénomènes étant à priori préréflexifs et implicites (Englebert, et al., 2018). C'est une tendance, fondamentalement non-volontaire, à diriger l'attention focale vers des phénomènes ou des processus qui devraient normalement être habités ou vécus comme faisant implicitement partie de soi, des phénomènes auxquels on n'apporte pas d'attention ou de réflexion en temps normal.

Cette remise en question constante du moindre phénomène est reprise par Blankenburg (1971), en tant que « perte de l'évidence naturelle », et se rapporterait à la perte de la capacité du schizophrène à saisir le sens des événements qui l'entourent, le sens des relations qu'il entretient, etc. (Parnas, et al., 2012). L'expérience schizophrénique serait donc comprise comme des distorsions des expériences vécues, dans sa manière de vivre la relation avec soi-même et avec autrui.

L'hyper-réflexivité serait la tendance explicite et rigide d'interroger les phénomènes implicites et préréflexifs liés à la conscience de soi, aux sensations corporelles et aux interactions avec l'environnement. Intrinsèquement, l'hyper-réflexivité est donc, comme l'appuient Englebert et al. (2018), une crise de la conscience sensorielle de soi, conduisant à un éprouvé du corps vécu de manière fonctionnelle et dévitalisée.

L'utilisation du mot « réflexif » reste néanmoins ambiguë, comme peuvent l'être toutes les terminologies liées à la conscience de soi et la subjectivité. Sass (2017), dans une étude, propose à cette ambiguïté, due principalement à l'utilisation de termes anglais (*reflectivity* étant plus volontaire et intellectuel, *reflexivity* visant les expériences anormales), les termes français d'« hyper-réflexivité réfléchissante » pour qualifier la dimension volontaire et soumise à l'intention du sujet et d'« hyper-réflexivité opératoire » pour qualifier la dimension antéprédicative et non-intentionnelle.

1.3.3 L'auto-affection amoindrie

En étroite interaction avec le phénomène d'hyper-réflexivité, celui de l'auto-affection amoindrie, ou sentiment de soi diminué, se réfère à un déclin du sens d'exister en tant que sujet de la conscience (Sass, 2013) et donc en d'autres termes, à la perturbation du sentiment d'exister en première personne. L'expérience de sa propre présence dans le monde, en tant que sujet conscient, en devient basique, fondamentale. Si nous observons l'hyper-réflexivité comme le

phénomène transformant le tacite en explicite par un excès d'attention, nous pouvons considérer l'auto-affection amoindrie comme étant le fait que ce qui avait été une fois tacite n'est plus vécu comme un moyen d'auto-affection allant de soi (Sass, 2003).

1.3.4 Perturbation de l'adhérence au monde

De manière concomitante aux deux phénomènes précédemment évoqués, un troisième processus lié à la conscience se retrouve altéré dans la schizophrénie. Ce processus, Sass (2013) le nomme la prise altérée sur le monde. Cela consiste en l'altération de l'expérience spatiotemporelle de ce dernier et donc à la difficulté pour un patient schizophrène de différencier ce qu'il vit, ce qu'il rêve et ce qu'il imagine (Ibid.).

Cette altération entraîne généralement une certaine perplexité ou une perte du sens commun, et est associée au phénomène d'hyperconscience (Ibid.).

1.3.5 La conscience de soi

La conscience de soi, centrale dans l'hypothèse d'altération du self élémentaire, est envisagée par la phénoménologie comme la manière dont une personne donnée va être en relation avec lui-même, avec autrui et avec son environnement (Englebert, et al., 2018). Comme nous l'avons déjà expliqué, la personne schizophrène aurait de particulier un excès de conscience, dans sa manière de questionner sans cesse, involontairement, des phénomènes censés être tacites.

La conscience serait donc composée de deux parties interdépendantes. La première serait celle préréflexive, comprenant des phénomènes implicites, non-conceptuels, voire primitifs. Présente dès la naissance, c'est une partie de la conscience qui n'a pas conscience d'elle-même. Elle existe, mais n'est pas questionnée par l'individu. La deuxième serait celle, au contraire, réflexive, et comprenant des phénomènes explicites, conceptuels et discursifs. C'est cette conscience réflexive qui, était consciente d'elle-même et donc de ce qu'elle fait, qui permet de se référer à soi-même, et de volontairement se concentrer sur sa propre vie mentale, mais également de se raconter à travers sa narrativité (Englebert, 2019).

Deuxième partie – Méthodologie

2.1 Projet

Consistant en l'expression de soi, en un discours que la personne – dont le diagnostic est schizophrène – peut tenir sur elle-même, la narrativité tente de donner sens à l'expérience vécue. Il est donc intéressant de pouvoir justement mieux cerner ces moments où le discours qu'apporte le sujet, à propos de ce qu'il vit au quotidien, est incongruent avec ce que l'on peut observer en tant que clinicien, sur base d'une approche critériologique comme le DSM-V.

Ainsi, la psychopathologie phénoménologique propose ici une tout autre perspective à la schizophrénie ; une perspective en première personne, en tentant de comprendre les phénomènes tels qu'ils sont véritablement vécus, permettant ainsi de prendre un peu de distance par rapport aux catégories diagnostiques. En définitive, cette perspective propose une focalisation de l'attention du clinicien sur l'expérience subjective qu'exprime le sujet schizophrène plutôt que sur des signes cliniques externes, comme le propose la perspective en troisième personne des approches empiriques (Englebert, et al., 2018).

L'objectif de cette recherche est donc l'étude, de manière qualitative et selon une perspective phénoménologique, les anomalies de l'expérience de soi ainsi que les perturbations dans l'adaptation au monde social et à l'environnement en utilisant l'échelle EASE – ou Evaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi (Parnas et al., 2005) – et l'échelle EAWM – ou Evaluation des Anomalies de l'Expérience du Monde (Sass et al., 2017).

Ces échelles, composées respectivement de 5 domaines pour 57 items et de 6 domaines pour 75 items, ne peuvent être utilisées à but diagnostique mais bien pour mettre en évidence les troubles de conscience de soi et du monde éprouvés par les sujets.

L'administration de ces deux outils, centrés sur une perspective en première personne, permettra donc d'identifier certaines expériences spécifiques à la schizophrénie et ainsi d'offrir un cadre cohérent avec les sujets schizophrènes à propos de leur propre éprouvé.

Cette recherche consiste ainsi en une étude qualitative sur une série d'interviews en semi-structurés et d'une étude plus quantitative sur la fréquence et l'intensité des items d'EASE et d'EAWM approuvés par les participants.

2.2 Présentation des échelles

2.2.1 Echelle EASE

L'échelle EASE, ou échelle d'Evaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi, est un outil phénoménologique descriptif, dont la description – qualitative – rend compte de phénomènes au sens plus ou moins déformés de la perspective en première personne. Ainsi, l'échelle EASE permet l'exploration semi-structurée de différentes difficultés caractéristiques des anomalies de l'expérience de soi, l'expérience subjective, considérées alors comme troubles de la conscience de soi, dans son niveau le plus élémentaire ou « minimal » (Parnas, et al., 2012).

L'intérêt de cette échelle se situe dans la description, le diagnostic et le diagnostic différentiel des troubles faisant partie du spectre schizophrénique – cependant il est important de noter que sa passation seule ne se suffit pas comme outil diagnostique. D'ailleurs, les troubles de la conscience de soi visés par l'échelle EASE ne sont mentionnés ni dans le DSM-V, ni dans la CIM-10, en tant que critères diagnostiques pour la schizophrénie.

Grille complexe permettant la conduction d'entretiens qualitatifs approfondis en ciblant des expériences pensées comme hautement représentatives du spectre schizophrénique, l'échelle EASE fut elle-même construite à partir de ce type d'entretiens. Parnas et Jansson, créateurs de l'outil, ont rencontré, pour ce faire, environ une centaine de patients sur une période de 4 ans. A la même période, une étude auprès de 151 patients souligne également l'importance des troubles du soi dans la schizophrénie et la schizotypie. Une autre, quant à elle, fit remarquer que les troubles du soi permettait également de discriminer des patients affligés de schizophrénie résiduelle, ou encore des troubles bipolaires à caractéristiques psychotiques en rémission (Parnas, et al., 2012).

La difficulté de cette échelle réside finalement dans l'étrangeté des expériences visées par EASE. En effet, ces expériences – parfois très étranges, ou bizarres pour le patient – n'ont souvent jamais été exprimée par ce dernier à quelqu'un d'autre, d'autant plus que pour beaucoup d'entre eux ces expériences n'appartiennent « qu'à eux », ce qui peut rendre le phénomène embarrassant voire inhumain pour eux.

De ce fait, il peut donc arriver que la personne sujette à ce type d'expériences troublantes puisse manquer de mots pour exprimer ce qu'il éprouve ou pour exprimer son vécu. Selon

Parnas et al. (2012), une raison à cela réside dans le fait que la majorité des troubles du soi est de nature préreflexive. Ces expériences ne font pas l'objet d'une attention toute particulière, mais constituent plutôt « l'arrière-fond général de la conscience ». À l'occasion, le patient pourrait alors, afin de palier à cette difficulté d'exprimer son éprouvé, recourir à l'utilisation de métaphores.

L'échelle comprend cinq domaines d'investigation : le domaine 1 – « cognitions et cours de la conscience » –, le domaine 2 – « troubles de la conscience de soi et de la présence » –, le domaine 3 – « expériences corporelles » –, le domaine 4 – « transitivity/troubles de la démarcation de soi » –, et le domaine 5 – « réorientation existentielle » –. Ces domaines sont eux-mêmes composés de 57 items. De manière générale, nous retrouvons un taux de représentativité d'items de 40% chez tous les sujets, et tous les domaines sont représentés chez les sujets appartenant au spectre schizophrénique. Nous allons brièvement décrire ces 5 domaines ainsi que certains de ses items.

2.2.1.1 Domaine 1 : Cognitions et cours de la pensée

« Description générale du domaine : On peut considérer comme normal un sens de la conscience continu au cours du temps, fluide, habité par un sujet, et transparent à l'introspection (immédiatement ou directement donné), sans caractéristiques spatiales » (Parnas, et al., 2012).

Ce domaine est composé de 17 items, soit 17 anomalies de l'expérience de soi possiblement vécues par les personnes schizophrènes. Nous retrouvons dans ce domaine des items tels que :

✓ 1.1 Interférence de la pensée

Des contenus de la conscience (pensées, imagination, impulsions), sémantiquement déconnectés du cours principal de la pensée, apparaissent automatiquement (mais pas nécessairement en nombre, ni rapidement), interrompant ce dernier, et interférant avec lui.

✓ 1.6 Ruminations – Obsessions

Persistance ou récurrence (habituellement) dérangeante, d'un certain nombre de contenus de la conscience (comme des pensées, des représentations imaginaires, des images) qui peuvent être associés avec tout événement passé. Cela peut prendre la forme d'une récapitulation minutieuse des événements ou des discussions qui ont marqué la journée.

✓ 1.14 Perturbation de l'expérience du temps

Changement fondamental dans l'expérience du temps, soit en tant que flux temporel subjectif, soit en rapport avec un temps historique/existentiel, comme dans le contraste passé/futur.

✓ 1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage

Le patient éprouve une gêne dans son propre discours, avec une insuffisance dans l'actualisation ou la mobilisation des mots adéquats. Il reconnaît un embarras et un retard dans la fluence, la précision ou l'accessibilité de la parole. Il n'arrive pas à se rappeler les mots précis, ou bien leur mobilisation lui demande beaucoup plus de temps. Parfois, il ne se souvient de mots qui ne s'accordent au contexte que d'une façon périphérique ou imprécise.

2.2.1.2 *Domaine 2 : Troubles de la conscience de soi et de la présence*

« Description générale du domaine : Un sentiment normal de l'existence, du vivre, implique une présence à soi automatique, non réflexive, et une immersion dans le monde (évidente pour soi, naturelle, automatique). Ce concept phénoménologique de la présence propose que, dans nos transactions quotidiennes avec le monde, le sentiment de soi et le sentiment d'immersion dans le monde sont inséparables. (...) Cette présence non réflexive comprend deux composantes interdépendantes (ou moments) : • a. une conscience de soi non réflexive, engageant une perspective en première personne qui soit préservée, « une transparence » ou « une clarté » de la conscience, autrement dit une mienneté préservée de l'expérience. • b. une immersion/un enracinement non réflexifs dans le monde. (...) On peut parler d'une présence à soi (normale) lorsque nous sommes directement (de manière non-inférentielle) conscients de nos propres pensées, perceptions, sentiments ou de nos propres douleurs ; ceux-là apparaissent dans un mode de présentation à la première personne qui nous les révèle immédiatement comme étant nôtres » (Parnas, et al., 2012).

Ce domaine est composé de 18 items, tels que :

✓ 2.1 Sentiment amoindri du soi de base

Un sentiment envahissant de vide intérieur, d'absence d'un centre interne et d'identité, la sensation d'être anonyme ; le patient se sent comme n'existant pas, ou profondément différent des autres personnes (cette différence peut parfois être évoquée comme une façon différente de

voir le monde, comme étant liée à une orientation existentielle qui se distingue fondamentalement de celle de ses semblables).

✓ **2.4 Présence diminuée**

Capacité amoindrie à être affecté, mis en mouvement, motivé, ou influencé, à être touché, attiré ou stimulé par les objets, les gens, les événements et les situations.

✓ **2.6 Hyperréflexivité, réflexivité accentuée**

Tendance excessive si elle est occasionnelle, ou fréquente, voire chronique, à se saisir soi-même, ou une partie de soi, ou encore certains aspects de l'environnement, comme l'objet d'une intense réflexion. Essentiellement, le patient souffre d'une perte de la naïveté, de l'insouciance et de l'aisance.

✓ **2.12 Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle**

Perte ou manque de la capacité automatique, préréflexive, à saisir dans la vie quotidienne le sens des événements, des situations, des objets, des relations avec les gens.

2.2.1.3 Domaine 3 : Expériences corporelles

« Description générale du domaine : On éprouve normalement une unité et une cohérence psychophysiques, une interaction ou une oscillation normales entre corps « dans lequel on vit », en tant que sujet (en allemand « Leib »), et corps en tant qu'objet physique (« Körper »). En d'autres termes, notre expérience corporelle n'est ni purement objet, ni purement sujet : elle est ces deux aspects, simultanément » (Parnas, et al., 2012).

Ce domaine est composé de 9 items, tels que :

✓ **3.1 Changements morphologiques**

Paroxysmes récurrents de sensations (sous forme de « comme si ») ou perceptions de raccourcissement ou de constriction de parties isolées du corps, ou encore expériences lors desquelles certaines parties, ou la totalité du corps deviennent plus minces, plus courtes, se contractent, s'élargissent, ou sont comprimées.

✓ **3.5 Désintégration corporelle**

Impression de désintégration ou de dissolution corporelle, comme si le corps se disloquait, tombait en morceaux ou disparaissait.

✓ **3.9 Expérience mimétique (résonance entre son propre mouvement et celui d'autrui)**

Le patient, surtout s'il est lui-même en mouvement, ressent les objets ou les êtres vivants qu'il perçoit comme agités de pseudo-mouvements. Par conséquent, il va souvent tenter d'éviter de bouger. Il ressent « comme si » il existait un étrange lien entre ses mouvements et ceux des objets/des autres, que ces mouvements soient simultanés ou qu'ils se succèdent l'un l'autre.

2.2.1.4 Domaine 4 : Transitivisme/Troubles de la démarcation de soi

« Description générale du domaine : Perte ou perméabilité des limites entre soi et le monde. Ces troubles sont étroitement liés aux troubles de la conscience de soi et de la présence, mais sont traités ici en raison de la nature plus articulée de cette symptomatologie » (Parnas, et al., 2012).

Ce domaine est composé de 5 items, tels que :

✓ **4.1 Confusion avec autrui**

Le patient ressent lui-même et son interlocuteur comme s'ils se mélangeaient, ou s'interpénétraient, dans le sens où le patient perd la notion de qui est à l'origine de telle pensée, de tel sentiment, ou de telle expression. Il peut décrire ce phénomène comme un vécu d'envahissement ou d'intrusion non spécifique, mais désagréable ou anxiogène.

✓ **4.2 Confusion avec sa propre image spéculaire**

Sentiment d'incertitude sur la possibilité de savoir qui est qui, qui est où, lorsque l'on s'observe dans un miroir, ou à travers toute autre image spéculaire (par exemple dans les vitrines d'un magasin), ou sur un portrait.

✓ **4.4 Sentiment d'influence (Beeinflussungsstimmung)**

Humeur de passivité, sentiment diffus d'être dangereusement exposé à la merci du monde, d'une façon imprécise, non concrète.

2.2.1.5 *Domaine 5 : Réorientation existentielle*

« Description générale de domaine : Le patient fait l'expérience d'une réorientation fondamentale de sa vision générale ou métaphysique du monde, et/ou de la hiérarchie de ses valeurs, de ses projets et de ses centres d'intérêts. Fondamentalement, les expériences d'anomalies de la conscience de soi sont ici mises en acte, et ainsi exprimées dans l'existence même du sujet. Pour les items 5.1 à 5.6, patient se perçoit en quelque sorte comme étant un ou le sujet unique dans le monde (littéralement, ou au sens d'un phénomène de centralité). Il peut avoir le sentiment fugace de posséder des dons ou des pouvoirs extraordinaires (comme s'il était un créateur de génie). Il peut éprouver le monde extérieur comme le fruit de sa propre imagination (le monde devient dépendant de son esprit) ; il peut aussi ressentir les capacités constitutives de son propre esprit (accès expérientiel à son « inconscient cognitif ») » (Parnas, et al., 2012).

Ce dernier domaine se compose de 8 items, tels que :

✓ **5.1 Phénomènes primaires de référence à soi**

Le sujet ressent un lien immédiat entre lui-même et les événements extérieurs, ou les autres personnes ; ce lien n'est pas expliqué ou sous-tendu par une attitude paranoïde antérieure, ni par des sentiments d'infériorité ou d'inefficacité, par une attaque de panique initiale, ou par une culpabilité dépressive.

✓ **5.7 Changement existentiel ou intellectuel**

Le patient éprouve de nouvelles préoccupations, inhabituelles chez lui, à propos de thèmes existentiels, métaphysiques, religieux, philosophiques ou psychologiques.

✓ **5.8 Grandeur solipsiste**

Le patient, dans ses paroles ou dans son comportement, fait preuve d'un sentiment de supériorité vis-à-vis de ses semblables. Ce sentiment s'associe classiquement à celui de posséder des dons ou des visions extraordinaires. Les autres sont perçus comme des gens demeurés, qui ne courent qu'après les aspects les plus matériels ou superficiels de l'existence. Cette attitude est souvent légèrement teintée de maniérisme.

2.2.2 Echelle EAWWE

L'échelle EAWWE, ou échelle d'Evaluation des Anomalies de l'Expérience du Monde, est un outil phénoménologique qualitatif permettant l'exploration semi-structurée d'une variété d'anomalies de l'expérience du monde, du langage, et des contacts avec autrui – c'est-à-dire son « monde vécu » (Sass, et al., 2017). Tout comme EASE, cet outil est basé sur des récits cliniques de personnes atteintes de troubles du spectre schizophrénique, mais également sur base d'expériences cliniques personnelles des auteurs. L'intérêt de l'échelle EAWWE porte donc également sur sa pertinence descriptive, différentielle, diagnostique et pronostique – mais ne doit pas non plus être utilisée à elle seule en tant qu'outil diagnostique.

Les troubles du monde vécu sont, eux, reconnus depuis longtemps comme caractéristiques des troubles du spectre schizophrénique. Certaines de ces expériences sont regroupées et décrites dans le BSABS (The Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms), mais EAWWE, inspirée de cette dernière échelle, parvient à les regrouper en une seule et unique liste exhaustive. Toutefois, bien que l'échelle EASE se concentre majoritairement sur les anomalies des expériences propres à au trouble schizophrénique, EAWWE peut être utilisée à des fins d'explorations de divers autres troubles.

Contrairement à l'échelle EASE, nous pouvons retrouver une grande hétérogénéité dans l'échelle EAWWE. Celle-ci n'est pas surprenante en soi, puisque l'échelle fut conçue dans le but de viser des caractéristiques et des phénomènes plus spécifiques de l'expérience vécue. L'échelle est donc particulièrement utile dans le domaine de la schizophrénie afin de clarifier les formes de variabilité pouvant apparaître au sein de ce qui est reconnu comme un syndrome très hétérogène (Englebert, et al., 2019).

Cet outil peut être utilisé seul ou en complément de EASE, soit dans son intégralité, soit en sélectionnant certains domaines. En raison de l'interpénétration des expériences de soi et du monde, les deux échelles comportent plusieurs éléments se chevauchant.

L'échelle EAWWE comprend 6 domaines d'investigation : le domaine 1 – « espaces et objets » –, le domaine 2 « temps et événements » –, le domaine 3 – « autres personnes » –, le domaine 4 – « langage » –, le domaine 5 – « atmosphère » –, et enfin le domaine 6 – « réorientation existentielle » –. Ces domaines sont eux-mêmes composés de 75 items, avec entre 6 et 17 items pour chaque domaine. Nous allons brièvement décrire ces 6 domaines ainsi que certains de ses items.

2.2.2.1 *Domaine 1 : Espaces et objets*

« Description générale du domaine : Les 17 items du domaine 1 font référence à une variété d'expériences anormales envers les objets ou l'espace, ou à des expériences sensorielles inhabituelles. La plupart des items se rapportent à la vision et à l'expérience du monde spatial, mais d'autres modalités sont également incluses. L'accent est mis sur les aspects plus stables ou statiques du monde (par opposition aux formes d'action, de flux ou de changement dans le temps) » (Sass, et al., 2017).

Ce domaine est composé soit 17 anomalies de l'expérience du monde vécu possiblement expérimentées par les personnes schizophrènes. Nous retrouvons dans ce domaine des items tels que :

✓ **1.3 Troubles de la véracité (exactitude) des perceptions visuelles**

Le sujet rapporte avoir mal vu des objets visuels, ou avoir vu des choses qui n'étaient clairement pas là. L'expérience peut être quasi-visuelle, comme si elle était à mi-chemin entre la vision et l'imagination.

✓ **1.6 Changements dans la qualité, la taille ou la forme des perceptions visuelles**

Les objets semblent avoir changé de couleur, de taille ou de forme (par rapport à ce qui est habituellement perçu).

✓ **1.12 Problèmes de localisations des sons**

Le sujet a du mal à déterminer d'où proviennent les sons (de la gauche, droite, arrière).

✓ **1.17 Perte de liens avec le monde physique ou démarcation de celui-ci**

Difficultés à connaître les limites de son propre corps vis-à-vis du monde extérieur, des objets externes peuvent par exemple sembler se situer à l'intérieur de soi, comme fondus en soi.

2.2.2.2 *Domaine 2 : Temps et événements*

« Description générale du domaine : Les 6 items du domaine 2 réfèrent à différentes façons inhabituelles d'expérimenter les actions, les événements, l'enchaînement des choses ou le cours du temps. Ici, l'attention est portée sur l'expérience d'aspects temporels et dynamiques du monde, ceux qui impliquent des actions, des événements, la mémoire, l'anticipation et le

changement au cours du temps. Il est à noter que les expériences de « déjà-vu » ou de « jamais-vu » sont incluses dans le domaine 5 : Atmosphère » (Sass, et al., 2017).

Ce domaine est composé de 6 items, tels que :

✓ **2.1 La vitesse du temps ou des mouvements semble modifiée**

Distorsion au niveau du moment présent, le temps est soit ralenti soit accéléré.

✓ **Connaissance du futur perturbée**

Le futur est expérimenté comme non pertinent ou inexistant ou encore le sujet déploie beaucoup d'efforts pour éviter d'avoir affaire au futur.

✓ **2.6 Expérience des souvenirs ou du passé perturbée**

Le passé semble changé, vague, obscur ou encore ralenti, décousu.

2.2.2.3 *Domaine 3 : Autres personnes*

« Description générale du domaine : Les 14 items du domaine 3 font référence à des expériences anormales envers d'autres personnes ou envers le monde interpersonnel. L'accent est mis ici sur les expériences d'interaction sociale, l'empathie ou le manque d'empathie, les limites de l'ego et l'apparence générale, les sensations ou l'influence d'autres personnes. Les expériences axées sur la communication linguistique (mots, phrases ou discours) sont incluses dans le Domaine 4 : Langage » (Sass, et al., 2017).

Ce domaine comprend 14 items, tels que :

✓ **3.1 Manque d'ajustement interpersonnel (sous-ajustement) ou de sens commun social**

Sentiment de distance et de détachement vis-à-vis des autres, impliquant chez le sujet une sensation que ses propres mouvements, gestes ou discours ne sont pas coordonnés avec ceux des autres personnes ou un sentiment de manque d'ajustement non-verbal et surtout de manque de sens commun social.

✓ **3.6 Interférence des voix**

Le sujet se sent incapable de participer normalement à des sociales en raison de l'expérience de voix (hallucinées ou imaginées) qui sont distrayantes ou désorganisatrices.

✓ **3.8 Difficultés avec le regard**

Sentiment de difficulté ou de gêne dans le contact visuel en tant que tel. Le sujet remarque particulièrement le contact visuel ou le regard, se sent intrigué ou déconcerté par celui-ci, et peut être enclin à l'analyser.

✓ **3.13 Autrui est perçu comme communiquant quelque chose de spécial ou d'inhabituel (au-delà de l'évident)**

Impression que les autres font allusion à une sorte de message spécial qui est souvent dirigé ou destiné spécialement au sujet.

2.2.2.4 *Domaine 4 : Langage*

« Description générale du domaine : Les 10 items du domaine 4 font référence à des façons inhabituelles de vivre le langage, que ce soit le sien ou celui des autres. L'accent est mis ici sur l'expérience subjective des mots et du sens, le débit de la parole, la grammaire, les concepts verbaux et les problèmes d'expression verbale (et non sur le comportement verbal ou les structures linguistiques implicites). Les changements dans ce domaine peuvent être particulièrement difficiles à percevoir par les sujets eux-mêmes » (Sass, et al., 2017).

Ce domaine comprend 10 items, tels que :

✓ **4.1 Perturbations de base de la compréhension verbale standard**

Le sujet éprouve des difficultés à comprendre le langage parlé ou écrit, y compris le sens des mots, des phrases ou des séquences de phrases. Cela peut se produire en lisant/écoutant les autres mais aussi en parlant/écrivant.

✓ **4.4 Utilisation inhabituelle des mots, de la grammaire, ou du discours**

Le sujet associe des mots de manière inhabituelle, ce qui empêche parfois la compréhension de la part des autres.

✓ **4.10 Aliénation de la description de soi**

Le sujet éprouve un profond sentiment de distance ou de déconnexion lorsqu'il se décrit ou décrit ses expériences, comme s'il parlait de quelqu'un d'autre.

2.2.2.5 *Domaine 5 : Atmosphère*

« Description générale du domaine : Les 17 items du domaine 5 font référence à des anomalies dans l'expérience de la qualité globale, de la sensation ou de l'organisation du monde extérieur. Ici, nous nous intéressons aux qualités subtiles, envahissantes ou étranges qui se rapportent à l'horizon général, à l'ambiance, à la structure, à l'humeur ou à l'atmosphère de l'ensemble du monde vécu. Ces caractéristiques sont partout et nulle part ; elles sont difficiles à isoler ou à décrire en raison de leur nature englobante. Tous les aspects de l'expérience d'un sujet ne doivent pas nécessairement être affectés par ces changements ; l'accent est toutefois porté sur quelque chose d'envahissant ou qui change en fonction de l'humeur, et qui peut être fixé sur certaines choses ou concerner l'entièreté du monde vécu » (Sass, et al., 2017).

Ce domaine comprend 16 items, tels que :

✓ **5.1 Déréalisation du monde :**

Changement dans l'expérience de l'environnement : le monde autour de soi paraît en quelque sorte transformé, irréel et étrange. Il peut être comparé à un film qui tourne en continu.

✓ **5.5 Expériences de « Déjà-Vu »**

Expérimentation d'un sens de familiarité anormal faisant en sorte que des événements jamais vécus par le passé semblent pourtant familiers.

✓ **5.7 Perplexité**

Sentiments déroutants de confusion et de doute vis-à-vis du sens de la réalité.

✓ **5.16 Expériences de fin du monde**

Sentiment que le monde est en train d'être détruit ou en vient à une fin catastrophique. Le sujet peut parfois croire qu'il est en quelque sorte responsable de cet événement.

2.2.2.6 *Domaine 6 : Orientation existentielle*

« Description générale du domaine : Les 11 items du domaine 6 font référence à une “réorientation fondamentale” expérimentée par le patient de sa « vision générale ou métaphysique du monde, et/ou de la hiérarchie de ses valeurs, de ses projets et de ces centres d’intérêts ». Les anomalies de l’expérience du monde (et de l’expérience de soi associée) se manifestent essentiellement par des attitudes, des opinions ou des orientations existentielles. (...) » (Sass, et al., 2017).

Ce dernier domaine comprend 11 items, tels que :

✓ **6.5 Sentiment d’être spécial ou supérieur**

Le sujet éprouve le sentiment d’être spécial d’une manière extrême, typiquement en possédant des supérieures, et/ou en ayant un devoir ou un rôle particulier à jouer dans le monde ou l’univers.

✓ **6.10 Sentiment de centralité**

Sentiment fugace ou persistant d’être le centre de l’univers - qui semble être organisé autour d’elle, contrôlé par elle ou dépendant d’elle.

✓ **6.11 Décentrage du moi par rapport à l’univers**

Le sujet doute de son propre statut de réalité ou de celui de son monde immédiat, croyant qu’il existe en quelque sorte en dehors ou séparé d’une autre réalité, plus "vraie".

2.2.3 Comparaison entre les deux échelles

Comme abordé brièvement dans la présentation des échelles, certains des items des outils phénoménologiques EASE et EAWÉ se chevauchent parfois entre eux. Effectivement, certains des items de l’échelle EASE concernent directement des expériences liées au monde vécu, et ces dernières sont également reprises plus largement dans la seconde échelle, EAWÉ (Englebert, et al., 2019).

Ceci peut s’expliquer notamment par le fait que ces échelles, bien que complémentaires, sont avant tout intrinsèquement liées entre elles. La littérature stipule, en effet, que l’expérience de soi et l’expérience du monde vécu sont entrelacées, ce faisant qu’il existerait une corrélation

importante entre les anomalies de l'expérience de soi, et celles de l'expérience du monde – liées à la perturbation de la perception des objets et de l'espace – (Silverstein, Demmin, & Skodlar, 2017).

Notons également que le développement de l'échelle EAWWE et de l'échelle EASE s'est réalisé sur base de l'échelle BSABS (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms), et qu'ainsi la grande majorité des items des deux échelles est directement tirée de l'échelle de Bonn (Sass, et al., 2017). D'orientation phénoménologique également, cette échelle synthétise un semble d'anomalies de l'expérience mais l'auteur les qualifie plutôt en tant que « symptômes de base ». Selon Gross et Huber (2010), cette appellation viendrait de leur hypothèse que ces symptômes apparaîtraient avec la première décompensation psychotique, rendant possible une détection des troubles du spectre schizophrénique de manière anticipée.

Nous pouvons ainsi observer des parallèles entre certains items au sein des deux échelles, et ce même si ces derniers ne décrivent pas identiquement les mêmes phénomènes.

Dans le tableau suivant, nous présentons une liste exhaustive des items se chevauchant d'une échelle à l'autre :

EAWWE	EASE
1.4.3 Captation de l'attention par des détails isolés	1.12.1 Captation de l'attention par un détail dans le champ perceptif
1.17 Pertes de limites avec le monde physique ou avec la démarcation de celui-ci	4.5 Autres phénomènes de transitivity
2.2 Divergence entre temps interne et temps externe	1.14.1 Perturbation de l'expérience subjective du cours du temps
2.3 Perturbation de l'organisation dynamique du temps	1.14.2 Perturbation du temps existentiel
3.1 Manque d'ajustement interpersonnel ou de sens commun social 6.3 Incrédulité, doute ou scepticisme envahissants vis-à-vis de ce qui est évident/considéré comme acquis	2.12 Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle
3.2 Sensation de retrait vis-à-vis d'autrui	2.4.1 Présence diminuée spécifique

3.7 Perturbation de la démarcation entre soi et autrui	4.1 Confusion avec autrui
3.7.8 Frontières physiques incertaines	4.3 Contact corporel menaçant
3.8.2 Sentiment d'exposition à travers ses propres yeux	4.5 Autres phénomènes de transitivity
4.4 Utilisation inhabituelle des mots, de la grammaire, du discours 4.5 Fluidité perturbée	1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage
4.5.3 Discordance générale entre expression voulue et exprimée	1.16 Discordance entre expression intentionnée et réellement exprimée
5.1 Déréalisation du monde	2.5.1 Déréalisation fluide, globale
5.1.1 Retrait ou barrière	2.4.2 Présence diminuée non-spécifique
5.1.4 Fausseté	5.5 Sentiment « comme si » le monde ressenti n'était pas réel, n'existait pas, et comme si celui-ci n'était qu'une apparence, une illusion ou une tromperie
5.4 Intensité accrue/hyper-réalisation	2.5.2 Déréalisation intrusive
5.7.1 Confusion des différentes modalités d'intentionnalité	1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités de l'intentionnalité
5.13.1 Subjectivisme/solipsisme	5.3 Sentiment « comme si » le champ de l'expérience du sujet était la seule réalité qui existe encore
5.13.3 Influence sur la réalité physique	5.6 Idées magiques (impliquant une causalité non-physique), liées au mode d'expérience du sujet
5.13.4 Pseudo-mouvements d'objets/de personnes	3.9 Expérience mimétique (résonance entre son propre mouvement et celui d'autrui)
5.14.2 Auto-référentialité	5.1 Phénomènes primaires de référence à soi
6.5.3 Grandeur intellectuelle/spirituelle	5.8 Grandeur solipsiste
6.9 Changement existentiel ou intellectuel	5.7 Changement existentiel ou intellectuel
6.10 Sentiment de centralité	5.2 Sentiment de centralité

Ce tableau nous permet de remarquer la présence de 23 items, ou sous-type d'items, présentant des similitudes au sein des échelles EASE et EAWE. De surcroît, certains des items d'EAWE (le 3.1 et le 6.3 ainsi que le 4.4 et le 4.5) font écho aux mêmes items de l'échelle EASE, ceci démontrant bien la spécificité de la première échelle.

2.3 Données

2.3.1 Population cible et échantillon utilisé

Dans le cadre de cette recherche, il était initialement prévu de rencontrer 5 personnes s'étant vues attribuer le diagnostic de schizophrénie depuis au moins 6 mois par un psychiatre, selon les critères du DSM-V. Il était en effet impératif de respecter ce délai de 6 mois depuis le diagnostic afin d'éviter de perturber davantage le patient, qui devait encore s'habituer à l'annonce. De plus, un diagnostic depuis 6 mois impliquait que le patient vivait au quotidien avec les symptômes depuis près d'1 an, et donc qu'il disposerait d'une meilleure connaissance de ceux-ci.

Nous avons également veillé à ce que les critères d'exclusion de l'étude soient respectés :

- Toute décompensation aiguë au moment des entretiens
- Une anosognosie profonde
- Hostilité ou agressivité
- Indifférence émotionnelle
- Toute atteinte cognitive et/ou attentionnelle

Le recrutement s'est déroulé comme suit : le psychiatre, sur place, a été chargé d'informer les patients à propos de cette étude. Les patients intéressés de participer ont donné un accord explicite et ont ensuite été mis en contact avec nous. Nous avons pu ensuite rencontrer l'infirmière en chef, à défaut des référents de chaque patient faute de temps, avec qui nous avons pu parler des participants possiblement intéressés.

Enfin, nous avons rencontré de manière individuelle chaque possible participant afin d'expliquer notre travail ainsi que son déroulement. Les patients étaient tout à fait libres de refuser ou d'accepter de participer à l'étude, et ce à tout moment.

Nous avons finalement rencontré 2 patients dans le cadre de cette étude, tous les deux étant hospitalisés dans le même service – au Tilleul-Rez du site de Lierneux. Cette étude portera donc sur les entretiens réalisés avec ces 2 participants.

2.3.2 Méthodes de récolte, d'analyse et de cotation des données

2.3.2.1 *Récolte des données*

La récolte des données s'est réalisée autour de la conduite de plusieurs entretiens semi-structurés, dont quatre d'entre eux étaient destinés à la passation des échelles EASE et EAWÉ : respectivement deux pour la première échelle, et également deux pour la seconde.

Deux autres entretiens étaient également prévus, un entretien initial d'anamnèse permettant un premier contact avec le participant, ainsi qu'un entretien de clôture à la fin de la passation des échelles afin de résumer l'ensemble des items approuvés. Ce dernier entretien pouvait également servir au patient d'espace de discussion et de réflexion sur ce qui avait été dit durant ces séances, et peut-être, exprimer un ressenti général. Il était également proposé au patient de joindre à cette séance de clôture le psychologue du service ou son référent infirmier, mais il lui était tout à fait libre d'accepter ou de refuser.

Le premier entretien d'anamnèse prévoyait initialement d'être composé de trois personnes, celles-ci étant le conducteur de cette recherche, le participant et le référent de ce dernier. Cependant, la situation sanitaire liée au COVID-19 n'a pas permis à l'équipe médicale et infirmière de se libérer comme elle l'aurait voulu dans le cadre de cette étude. Il nous a donc été permis de rencontrer individuellement les deux patients sans encadrement référent, mais uniquement car il nous avait été donné de rencontrer ces patients auparavant, dans le cadre d'un précédent stage dans ce service.

Enfin, nous avons décidé d'axer cet entretien d'anamnèse de manière plus standard – c'est-à-dire en récoltant des informations liées à l'histoire personnelle, les hobbies, les relations interpersonnelles, etc. – que la manière proposée par Parnas et al. (2012) – c'est-à-dire d'initier une récolte de données liées aux items des échelles EASE et EAWÉ – car nous manquions d'une certaine familiarité, d'une certaine expertise vis-à-vis de ces dernières.

Comme recommandé par les auteurs (Ibid.), deux entretiens étaient prévus dans le but d'évaluer les anomalies de l'expérience de soi grâce à EASE, et deux autres pour les anomalies du monde vécu grâce à EAWÉ. Cependant, la durée des entretiens ainsi que leur nombre ont été adaptés en fonction de chaque participant. En effet, si Miguel a préféré un nombre de séances moindres – et donc plus longues –, ça n'a pas été le cas pour Assam, qui a préféré espacer les entretiens de manière plus classique car il ressentait plus de fatigue sur la longueur.

Dans le cadre de la passation des échelles, nous nous sommes permis, en ce qui concerne EASE, d'utiliser les questions établies par Englebert et Valentiny (2017) dans leur ouvrage « *Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité : Essai de psychopathologie phénoménologique en première personne* », sur base de patients rencontrés en situations cliniques. Pour EAWE, nous avons suivi la méthode utilisée par Justine Duruisseau dans son mémoire « *Évaluation des anomalies de la conscience de soi et du rapport au monde : Administration des échelles EASE et EAWE à cinq sujets ayant reçu un diagnostic de schizophrénie* », et ainsi usé des questions-types imaginées par Françoise Mossay et Caroline Valentiny (Mossay, 2017).

Enfin, comme nous l'avons expliqué plus tôt, nous avons également prévu un entretien de clôture afin de discuter individuellement de l'ensemble de la passation avec nos deux participants. Accompagnés des référents de nos participants, cette triangulation devait nous permettre une certaine continuation des entretiens, et de remettre entre les mains d'une personne de confiance les difficultés et les questionnements éventuels rencontrés pendant l'étude. De plus, cela nous permettait de synthétiser l'ensemble des entretiens, comme évoqué précédemment.

Cependant, Miguel comme Assam ont refusé la triangulation avec l'équipe médicale. Assam a exprimé ne pas en avoir besoin car il n'avait « *pas rencontré de difficulté particulière* » et ne ressentait pas le besoin spécifique d'en parler. A contrario, Miguel a exprimé une certaine méfiance vis-à-vis de ce qui pourrait être dit lors de cette dernière séance car il ne souhaitait pas que cela soit raconté au reste de l'équipe. Malgré nos réassurances à ce propos, il a préféré effectuer l'entretien de clôture seul.

De manière plus pratique, la récolte de données s'est effectuée comme un entretien « normal ». Nous avons décidé d'opter pour une manière plus classique que celle proposée par Parnas et al. (2012), qui eux utilisaient la méthode de l'enregistrement audio pour leurs séances concernant les échelles.

Conscients que nous serions peut-être moins « dans la relation » à cause d'une prise de notes classiques, nous avons cependant décidé de ne pas choisir la méthode plus intrusive de l'enregistrement audio. Afin de ne tout de même pas être trop déconcentrés lors de nos discussions, nous avons cependant fait en sorte de ne noter que l'essentiel, tel que des phrases typiques et exactes des patients, et de procéder à une retranscription immédiate, dès la fin des entretiens.

2.3.2.2 *Analyse des données*

Pour l'analyse des données, nous avons procédé à la retranscription manuscrite des expériences relatives aux anomalies de l'expérience de soi et du monde vécu pour chaque sujet. Comme l'a souligné Justine Duruisseau (2018) dans son mémoire, une retranscription complète des entretiens n'aurait pas été utile car l'ensemble du discours des patients n'était pas forcément pertinent ou relatif aux items et à l'ensemble de la recherche.

Nous avons ensuite classifié les items et les éléments du discours du patient selon le type de tableau qu'avait introduit Caroline Valentiny, dans le cadre de son mémoire « *Schizophrénie et expérience (inter-)subjective : Une exploration de six univers* ». Nous avons procédé de la même manière tant pour EASE que pour EAWÉ.

2.3.2.3 *Cotation des données*

En ce qui concerne la cotation, nous avons suivi les critères de cotation proposés par Parnas et al. (2012), tout en nous inspirant de la méthode d'évaluation utilisée dans le mémoire de Françoise Mossay (2017) et dans celui de Justine Duruisseau (2018). Nous avons donc coté les items de la manière suivante :

- « + » : le phénomène a été éprouvé une, deux ou trois fois dans la vie du sujet
- « ++ » : le phénomène s'est manifesté soit quotidiennement sur une certaine durée, soit fréquemment mais de manière sporadique sur au moins 12 mois
- « +++ » : le phénomène est presque constamment présent et peut être vécu comme stressant ou provoquant de la souffrance au patient

Suite à la cotation, nous avons procédé à l'analyse des données de chaque participant. Cette analyse, qualitative, sera accompagnée de tableaux récapitulatifs, ceux-ci plus qualitatifs, reprenant les pourcentages d'items présents au sein des domaines ainsi que dans chaque échelle séparément, mais également présentant les items ayant été approuvés par les sujets, ce qui nous permettra d'observer une perspective globale des données.

Nous proposons ensuite, à la suite de la cotation, une partie réflexive sur l'ensemble des résultats de chaque sujet, afin de dégager les spécificités propres de leur construction psychique,

mais également une analyse, axée sur la perspective de la deuxième personne, de la rencontre schizophrénique en tant que telle.

Troisième partie – Résultats et analyses des entretiens

3.1 Rencontre avec Assam

Assam est un jeune homme de 29 ans. Nous avons l'occasion de le rencontrer une première fois, plusieurs mois auparavant, hors du cadre de cette étude puisque cela était dans le cadre d'un stage en psychiatrie. Pour notre deuxième rencontre, c'est le psychiatre du service qui nous parle d'Assam comme une des personnes pouvant être intéressées par l'étude.

Se souvenant très bien de nous, Assam semble en confiance et à l'aise. Il est souriant, ne manque pas d'humour et semble motivé. Lorsque nous lui présentons notre recherche et les divers documents d'informations, il se dit tout de suite intéressé de participer à l'étude. Il note qu'il n'en a pas l'habitude, mais qu'étant donné qu'il nous connaissait, « *il savait que ça irait* ». Puisque nous connaissions d'ores et déjà le sujet, une certaine alliance thérapeutique, bien que modérée, était déjà installée et a su, nous pensons, faciliter la narrativité d'Assam.

Ensemble, nous réaliserons un total de 5 entretiens ; un entretien d'anamnèse, deux entretiens pour la passation de l'échelle EASE, et deux entretiens pour la passation de l'échelle EAWE. La dernière séance d'EAWE s'étant avérée plutôt courte, nous en avons profité pour réaliser un entretien de clôture, où nous avons repris les éléments saillants rapportés par les deux échelles mais également pour permettre à Assam de s'exprimer sur son vécu des deux passations.

Assam s'est trouvé être un sujet assidu mais très rapidement fatigué, ce qui entachait parfois son attention de manière significative. Il a semblé néanmoins honnête tout au long de la passation et a tenu son implication dans l'étude jusqu'au bout des séances.

3.1.1 Éléments anamnestiques

Assam explique qu'il a tout juste 15 ans lorsqu'on lui annonce son diagnostic. « *On m'a dit que j'étais gravement malade mental, que c'était à cause du cannabis surtout* ». Sa consommation de cannabis, elle, débute à son arrivée en Belgique à ses 13 ans.

Pour faciliter son intégration sociale, il décide de « *faire comme les autres* » et de commencer à fumer le cannabis et à boire beaucoup d'alcool fort. En effet, Assam explique

qu'il n'avait pas de difficultés à se faire des amis lorsqu'il était encore en Côte d'Ivoire, mais que c'était différent en Belgique. Aujourd'hui, il dit ne pas avoir d'amis sur qui compter, que c'est difficile de faire confiance aux autres. *« J'ai eu un vrai ami en Belgique il y a longtemps, mais j'ai appris un jour que quand je tournais le dos, il parlait sur moi. Un vrai ami, c'est quelqu'un sur qui on peut compter, à qui on peut raconter sa vie privée. Ce n'était pas un vrai ami. »*

Il décrit sa première crise psychotique, l'année de ses 15 ans, comme marquante car il avait *« complètement quitté la réalité »*. C'est son père qui, à l'époque, appelle la police car Assam frappe sa belle-mère. Il sera alors hospitalisé pour la première fois et diagnostiqué schizophrène. Il raconte :

« Ça a été difficile à vivre mais je délirais complètement. Je me prenais pour le président du Congo, Joseph Kabila. Et je pensais aussi que j'étais l'homme le plus riche du monde ! Enfin, je pensais que j'étais plus riche que lui quoi. J'en ai eu beaucoup des délires. À un moment, j'ai aussi cru que j'étais le frère de Dieu. »

Outre les délires, Assam précise qu'il était aussi sujet à des hallucinations auditives, et ce déjà tout jeune enfant, en Afrique. Les premières voix dont il se rappelle lui disaient quoi faire (*« Elles me disaient casse la télé, casse la télé, casse la télé, à répétition »*), ou ce qu'il se passait autour de lui, tandis que – plus âgé – les voix ont commencé à donner de vrais ordres, et à ricaner. Il expliquera qu'il est aussi parfois aux prises avec des pulsions envahissantes, telles que sexuelles ou meurtrières.

Assam expliquera aussi qu'au moment de l'annonce du diagnostic, il ne parlera pas pendant un mois :

« C'est comme si on m'avait cousu la bouche. Je voulais parler, je savais ce que je voulais dire mais ça ne sortait pas. Pendant un mois, j'ai écrit sur des feuilles ou sur un tableau blanc pour faire comprendre ce que je voulais dire. Je voulais parler, mais je n'y arrivais pas. »

Suite à sa première crise, Assam enchaînera les hospitalisations entre quelques moments de répit où il pourra rentrer chez son père, avec sa petite sœur et sa belle-mère. *« Ça se passait bien chez mon père, mais j'étais fatigué à chaque fois, alors je devais me reposer en hôpital psychiatrique... »*

D'un point de vue familial, les parents d'Assam se séparent lorsqu'il a environ 6 ans. Il vivra ensuite avec sa petite sœur chez ses grands-parents jusqu'à ce qu'il quitte la Côte d'Ivoire

à ses 13 ans pour la Belgique. Assam décrit son enfance comme heureuse et paisible, qu’il était un enfant « *bien gâté* ». À son arrivée en Belgique, il vivra donc avec son père, sa belle-mère et sa petite sœur, mais gardera des contacts téléphoniques avec sa mère de temps à autres. Il explique que cela s’est toujours bien passé à la maison. Aujourd’hui, il dit que ce qui est important pour lui est d’aller mieux afin de sortir d’hospitalisation et de travailler pour pourvoir aux besoins de sa famille.

D’un point de vue scolaire, Assam explique ne pas avoir eu de difficultés particulières. Il ira jusqu’à la deuxième secondaire en général, puis se redirigera vers une école polytechnique, dans une option électricité.

Concernant l’hospitalisation actuelle, il explique que cela commence à faire long, car il est déjà là depuis 2 ans. Néanmoins, il reste optimiste car il sent qu’il va mieux, qu’il fait des progrès tous les jours. Aujourd’hui, il dit que ce qui est important pour lui est d’aller mieux afin de sortir de l’hôpital et de travailler pour pourvoir aux besoins de sa famille – son père, sa petite-sœur, et ses grands-parents.

3.1.2 Analyse des données

3.1.2.1 *EASE : vue d’ensemble et cotation*

Tableau 1.

EASE	Items représentés	Pourcentage d’items représentés
<i>Ensemble des domaines</i>	35/54	64.81%
<i>Domaine 1</i>	13/17	76.47%
<i>Domaine 2</i>	12/18	66.67%
<i>Domaine 3</i>	4/9	44.44%
<i>Domaine 4</i>	2/5	40%
<i>Domaine 5</i>	4/8	50%

Nous remarquons grâce au tableau 1 que 35 items sur les 54 de l’échelle EASE (64.81%) ont été représentés par le discours d’Assam, dans le cas des anomalies de l’expérience de soi. Plus précisément, le domaine 1 – celui des cognitions et cours de la pensée – se trouve être le plus présent, avec 13 items sur 17 (76.47%) étant représentés dans les expériences d’Assam. En seconde place, nous retrouvons le domaine 2 – celui des troubles de la conscience de soi et de la présence – avec 12 items confirmés sur 18 (66.67%). Ensuite vient le domaine 5 – celui de la réorientation existentielle –, occupant la troisième place avec 4 items sur 8 (50%). Enfin,

le domaine 3, avec 4 items sur 9 (44.44%) – celui des expériences corporelles – et le domaine 4, avec 2 items sur 5 (40%) – celui du transitivity – occupent respectivement l’avant dernière et la dernière place, ayant une représentation légèrement moindre des items par rapport aux domaines précédemment cités.

De manière plus pratique, le domaine 1 a été effectivement celui le plus significativement représenté, et ce même lors des entretiens avec Assam. Notamment, il a souvent été difficile pour lui de s’exprimer sur ses expériences car était très souvent sujet à des blocages de la pensée. Assam pouvait se trouver tout à fait attentif sur une période de cinq minutes environ, puis devenait soudainement absent le temps de quelques secondes. Il devait ensuite me demander de répéter ce que je venais de lui dire car « *sa tête s’était vidée* ». C’est arrivé lors de toutes nos séances, une dizaine de fois par entretien, mais cela s’empirait s’il se trouvait déjà fatigué avant d’arriver dans mon bureau.

De plus, si le domaine 2 ne fait pas pâle figure au niveau de la représentation des items chez Assam, nous pouvons cependant remarquer que l’intensité des items dans le domaine 1 est en significativement plus haute que celle des items du domaine 2. Alors que 5 items sont marqués dans le domaine 1 comme presque constamment présents ou pouvant représenter une source de stress pour le sujet (« +++ »), un seul item est noté comme tel dans le domaine 2.

De manière générale, le sujet semble avoir été honnête et assidu lors des entretiens pour la passation de l’échelle EASE. Il s’est efforcé d’être précis dans ses réponses, en prenant parfois le temps de réfléchir un peu plus longtemps afin de donner un compte-rendu riche de ses expériences. Il a parfois été néanmoins difficile de motiver Assam sur la durée puisqu’il était régulièrement sujet à une fatigue assez écrasante, ce qui le déconcentrait parfois.

Tableau 2.

Assam	Pondération des items
<i>1 Cognitions et cours de la pensée</i>	
1.1 Interférence de la pensée	+++
1.3 Pression de la pensée	++
1.4 Blocage de la pensée	+++
<i>Sous-type 1 – Barrage</i>	+++
1.5 Echo silencieux de la pensée	+
1.6 Ruminations - Obsessions	+++
<i>Sous-type 1 – Ruminations primaires</i>	+++
<i>Sous-type 4 – Pseudo-obsessions</i>	+
1.8 Spatialisation de l’expérience	+
1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités d’intentionnalité	+

1.11 Perturbation de l'initiative de la pensée, ou de l'intentionnalité de la pensée	+++
1.12 Perturbations attentionnelles	++
<i>Sous-type 2 - Incapacité à diviser son attention</i>	++
1.13 Trouble de la mémoire à court terme	+
1.14 Perturbation de l'expérience du temps	++
<i>Sous-type 1 - Perturbation de l'expérience subjective du cours du temps</i>	++
1.16 Discordance entre expression intentionnée, et réellement exprimée	++
1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage	+++
2 Troubles de la conscience de soi et de la présence	
2.1 Sentiment amoindri du soi de base	+
<i>Sous-type 2 – Depuis l'adolescence</i>	+
2.2 Distorsion de la perspective en première personne	++
<i>Sous-type 3 – Spatialisation du soi</i>	++
2.3 Autres états de dépersonnalisation psychique (aliénation du soi)	+
<i>Sous-type 2 – Dépersonnalisation de type non spécifié</i>	+
2.4 Présence diminuée	+
<i>Sous-type 2 – Non-spécifique</i>	+
2.5 Déréalisation	+
<i>Sous-type 1 – Déréalisation fluide, globale</i>	+
2.9 Confusion d'identité	+
2.11 Sentiment de changement en relation avec le genre	++
<i>Sous-type 1 – Peur occasionnelle d'être homosexuel</i>	++
2.12 Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle	+
2.13 Anxiété	++
<i>Sous-type 1 – Attaque de panique avec symptomatologie du système nerveux autonome</i>	++
2.14 Angoisse ontologique	+
2.15 Transparence de la conscience diminuée	++
2.18 Vitalité diminuée	+++
<i>Sous-type 2 – Vitalité diminuée, comme caractéristique de trait</i>	+++
3 Expériences corporelles	
3.1 Changements morphologiques	++

<i>Sous-type 2 – Perceptions d'un changement</i>	++
3.7 Expériences cénesthésiques	++
3.8 Perturbations motrices	++
<i>Sous-type 3 – Blocage moteur</i>	++
4 Transitivity/troubles de la démarcation de soi	
4.2 Confusion avec sa propre image spéculaire	+
4.4 Sentiment d'influence (Beeinflussungsstimmung)	++
5 Réorientation existentielle	
5.2 Sentiment de centralité	++
5.5 Sentiments « comme si » le monde ressenti n'était pas réel, n'existait pas, et comme si celui-ci n'était qu'une apparence, une illusion, ou une tromperie	+
5.7 Changement existentiel ou intellectuel	+
5.8 Grandeur solipsiste	+

Les items représentés comme les plus présents et pouvant être source de stress et/ou de perturbation du fonctionnement chez Assam (« +++ ») sont :

- 1.1 Interférence de la pensée
- 1.4 Blocage de la pensée
- 1.6 Ruminations – obsessions
- 1.11 Perturbation de l'initiative de la pensée, ou de l'intentionnalité de la pensée
- 1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage
- 2.18 Vitalité diminuée

Les items représentés comme présent quotidiennement sur une certaine durée, mais de manière sporadique (« ++ ») sont :

- 1.3 Pression de la pensée
- 1.12 Perturbations attentionnelles
- 1.14 Perturbation de l'expérience du temps
- 1.16 Discordance entre expression intentionnée, et réellement exprimée
- 2.2 Distorsion de la perspective en première personne
- 2.11 Sentiment de changement en relation avec le genre
- 2.13 Anxiété
- 2.15 Transparence de la conscience diminuée

- 3.1 Changements morphologiques
- 3.8 Perturbations motrices
- 4.4 Sentiment d'influence (Beeinflussungsstimmung)
- 5.2 Sentiment de centralité
- Expériences cénesthésiques

Les items représentés comme clairement éprouvés, mais ne représentant pas un problème majeur ou une source de détresse (« + »), sont :

- 1.5 Echo silencieux de la pensée
- 1.8 Spatialisation de l'expérience
- 1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité
- 1.13 Trouble de la mémoire à court terme
- 2.1 Sentiment amoindri du soi de base
- 2.3 Autres états de dépersonnalisation psychique (aliénation du soi)
- 2.4 Présence diminuée
- 2.5 Déréalisation
- 2.9 Confusion d'identité
- 2.12 Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle
- 2.14 Angoisse ontologique
- 3.7 Expériences cénesthésiques
- 4.2 Confusion avec sa propre image spéculaire
- 5.5 Sentiments « comme si » le monde ressenti n'était pas réel, n'existait pas, et comme si celui-ci n'était qu'une apparence, une illusion, ou une tromperie
- 5.7 Changement existentiel ou intellectuel
- 5.8 Grandeur solipsiste

3.1.2.2 EAW : vue d'ensemble et cotation

Tableau 3.

EAW	Items représentés	Pourcentage d'items représentés
<i>Ensemble des domaines</i>	21/75	28%
<i>Domaine 1</i>	5/17	29.41%
<i>Domaine 2</i>	2/6	33.33%
<i>Domaine 3</i>	2/14	14.29%
<i>Domaine 4</i>	4/10	40%
<i>Domaine 5</i>	5/17	29.41%
<i>Domaine 6</i>	3/11	27.27%

Nous remarquons grâce au tableau 3 que 21 items sur les 75 de l'échelle EAW (28%) ont été représentés par le discours d'Assam, dans le cas des anomalies de l'expérience du monde. Plus précisément, le domaine 4 – celui du langage – se trouve être le plus présent avec 4 items sur 10 (40%) étant confirmés par le discours d'Assam. En seconde place, nous retrouvons le domaine 2 – celui du temps et des événements – avec 2 items sur 6 (33.33%). Ensuite, tous deux à la troisième place, les domaines 1 et 5, ceux des espaces et des objets et de l'atmosphère, sont présents pour 5 items sur 17 (29.41%). Enfin, en avant dernière et dernière place, nous retrouvons respectivement le domaine 6, avec 3 items sur 11 (27.27%), – celui de l'orientation existentielle – et le domaine 3, avec 2 items sur 14 (14.29%), – celui des autres personnes –. En particulier, le domaine 3 observe le taux le plus bas d'items représentés des deux échelles confondues.

Sur base des pourcentages d'items représentés dans les deux échelles, nous observons déjà une différence importante de représentativité entre EASE et EAW. En effet, si le discours d'Assam, en ce qui concerne l'échelle des anomalies de l'expérience de soi, observait une représentativité au-dessus de 50% pour 3 domaines sur 5, l'échelle des anomalies de l'expérience du monde retrouve significativement bien moins d'items dans les expériences vécues du sujet. En effet, le pourcentage d'items représentés dans EAW n'excède pas les 40% et tombe pour le domaine 3 en-dessous de 15%. Cette observation démontre bien le fait qu'EAW s'efforce d'être une échelle visant des caractéristiques plus spécifiques de l'expérience schizophrénique, qui ne concerne donc pas forcément toutes les personnes avec un diagnostic de schizophrénie. De surcroît, Françoise Mossay (2017) soulignait déjà cette spécificité présente dans la plupart des items de l'échelle EAW.

Nous avons également remarqué que certains items, notamment le 2.6 « Expérience perturbée des souvenirs du passé », a éveillé parfois chez lui des souvenirs qui semblaient

douloureux. Tout en répondant par la négative à l’item, Assam – honnête – ne s’arrête pas là et explique :

« Mais quel passé finalement ? À 15 ans, déjà, j’étais en psychiatrie... Je suis en institution depuis presque toujours. Alors, quel passé... Je m’en souviens très bien de mon passé, je sais ce qu’il s’est passé. Mais je n’ai pas envie d’en parler. Je n’ai pas envie d’en parler, encore. Ce n’est pas facile. »

Lors de la passation de cette deuxième échelle, la motivation du sujet a été mise à rude épreuve. En effet, la précision de certains phénomènes lui demandant parfois énormément de réflexion sur lui-même, Assam avait tendance à directement répondre qu’il ne savait pas, ou qu’il ne se souvenait plus. Ces réflexions nous ont mené à penser que le sujet préférait peut-être parfois la facilité de passer au sujet suivant, pour en finir plus vite. Nous n’avons pas considéré cela comme de la méfiance car, tout au long des séances et ce même lorsqu’il ressentait beaucoup de fatigue, Assam semblait spontanément honnête et ne présentait pas de barrière évidente lors des entretiens.

Finalement, grâce à quelques encouragements et renforcements positifs sur sa manière de bien répondre lorsqu’il le faisait, nous avons pu clôturer la passation d’EAWÉ sans trop d’encombres.

Tableau 4.

Miguel	Pondération des items
1 Espaces et objets	
1.1 Intensité anormale ou persistance des perceptions visuelles	++
<i>Sous-type 1 – Augmentation de l'intensité des perceptions visuelles</i>	++
1.2 Cécité ou cécité partielle	++
<i>Sous-type 1 – Vision trouble</i>	++
1.7 Perturbations de la distance perceptive ou de la juxtaposition d'objets	+
<i>Sous-type 1 – Objets semblent plus proches ou plus lointains</i>	+
1.10 Troubles de la véracité (exactitude) des perceptions auditives	+++
<i>Sous-type 2 – Hallucinations auditives</i>	+++
1.12 Problèmes de localisation des sons	+
2 Temps et événements	
2.4 Anticipation perturbée	+
<i>Sous-type 1 – Anticipation perpétuelle</i>	+
2.5 Conscience perturbée de l'avenir attendu	++

<i>Sous-type 3 – L'avenir semble menaçant</i>	++
3 Autres personnes	
3.4 Sentiment d'infériorité, de critique ou de méfiance par rapport aux autres	+++
<i>Sous-type 1 – Sentiments de conscience de soi, autocritique</i>	+++
<i>Sous-type 3 – Méfiance omniprésente envers les autres</i>	++
3.6 Interférence des voix	++
4 Langage	
4.5 Fluidité perturbée	+++
<i>Sous-type 1 – Indisponibilité des mots</i>	+++
4.6 Pertinence perturbée	+++
<i>Sous-type 1 – Déraillement</i>	+++
<i>Sous-type 2 – Réponse tangentielle</i>	+
4.9 Ineffabilité : Inadéquation du langage pour décrire ou s'exprimer	++
<i>Sous-type 1 – Le langage ne permet pas d'exprimer des expériences inhabituelles</i>	++
4.10 Aliénation de la description de soi	++
5 Atmosphère	
5.1 Déréalisation du monde	+
5.4 Intensité accrue/Hyperréalisation	+
5.5 Expériences de Déjà-Vu	+
5.17 Anomalies de l'humeur ou de l'affect	++
<i>Sous-type 2 – Sentiment de blocage émotionnel/affectif</i>	++
6 Orientation existentielle	
6.5 Sentiment d'être spécial ou supérieur	+
6.10 Sentiment de centralité	++
6.11 Décentrage du moi par rapport à l'univers	+

Les items représentés comme les plus présents et pouvant être source de stress et/ou de perturbation du fonctionnement chez Assam (« +++ ») sont :

- 1.10 Troubles de la véracité (exactitude) des perceptions auditives
- 3.4 Sentiment d'infériorité, de critique ou de méfiance par rapport aux autres
- 4.5 Fluidité perturbée
- 4.6 Pertinence perturbée

Les items représentés comme présent quotidiennement sur une certaine durée, mais de manière sporadique (« ++ ») sont :

- 1.1 Intensité anormale ou persistance des perceptions visuelle
- 1.2 Cécité ou cécité partielle
- 2.5 Conscience perturbée de l'avenir attendu
- 3.6 Interférence des voix
- 4.9 Ineffabilité : Inadéquation du langage pour décrire ou s'exprimer
- 4.10 Aliénation de la description de soi
- 5.17 Anomalies de l'humeur ou de l'affect
- 6.10 Sentiment de centralité

Les items représentés comme clairement éprouvés, mais ne représentant pas un problème majeur ou une source de détresse (« + »), sont :

- 1.7 Perturbations de la distance perceptive ou de la juxtaposition d'objets
- 1.12 Problèmes de localisation des sons
- 2.4 Anticipation perturbée
- 5.1 Déréalisation du monde
- 5.4 Intensité accrue/Hyperréalisation
- 5.5 Expériences de Déjà-Vu

3.1.3 Réflexion générale

À la lumière de cette lecture de résultats, nous remarquons en premier lieu que le phénomène de la fluidité perturbée (+++), exprimée à travers l'échelle EAWÉ, se retrouve également au sein de l'échelle EASE sous l'item de la perturbation de la fonction expressive du langage (+++). Nous avons en effet déjà remarqué ce type d'anomalies lors de nos entretiens avec Assam, et cela a donc été confirmé par les deux échelles. La double présence, pour une même importance d'intensité, des items dans les échelles prouve à quel point cela peut représenter une difficulté bien présente dans la vie du sujet.

Le sentiment de centralité (++) a également pu être observé dans les deux échelles. Même s'il considère aujourd'hui cela comme absurde dès qu'il en a le sentiment, Assam explique à plusieurs reprises qu'il lui arrive encore parfois d'avoir l'impression d'être le centre du monde, comme s'il était l'être le plus important de l'univers. Il lie ce phénomène à ses premiers délires où il pensait être, entre autres, le Roi Soleil. Nous pensons ici qu'EAWÉ lui a

permis de plus s'ouvrir sur cette impression et de donner plus de détails que lorsqu'il n'avait fait qu'en dire quelques mots lors d'EASE.

En ce qui concerne les anomalies ne représentant plus un problème pour le sujet mais qui ont explicitement été exprimées, nous relevons dans les deux échelles les anomalies de la déréalisation du monde dans EAW (+), et de la déréalisation fluide et globale dans EASE (+).

3.1.3.1 *Perturbation du cours de la conscience et de la pensée*

Il est intéressant de noter que les items les plus intenses relevés par EASE sont liés au cours de la pensée, c'est donc sur ce point que nous souhaitons nous concentrer en premier lieu, car cela constitue un élément central des difficultés dans la vie du sujet.

En effet, Assam présente des difficultés à garder un « fil rouge » lorsqu'il pense ou réfléchit car sa pensée est régulièrement perturbée par des interférences – pensées, impulsions, imagination – ou des barrages, lorsque sa pensée « se vide ». Nous constaterons à de très régulières reprises que le regard d'Assam se vide, lui aussi, en pleine conversation. Il lui faudra alors parfois plusieurs secondes avant de reprendre ses esprits et de nous demander de répéter la question, ou la dernière phrase que nous venions de dire.

« Ça m'arrive presque tous les jours. Ici, c'est souvent quand je fume une cigarette comme tous les matins, je pense pas à quelque chose en particulier, à des bêtises quoi... mais tout d'un coup, il n'y a plus rien dans ma tête. Tout se vide. Il n'y a vraiment plus rien. Ça revient un peu après mais il faut le temps quoi. C'est perturbant parfois, surtout quand je parle à des gens. »

En séance, nous remarquons également de nombreuses interférences de la pensée, comme mentionné plus tôt. Cela interrompt souvent Assam lorsqu'il réfléchit, et semble dénué d'une signification particulière. Bien qu'il ne fasse pas le lien lui-même, nous notons également qu'il exprime faire l'expérience d'une pression de la pensée à certains moments, mais de manière moins régulière que ces interférences. Comme les auteurs le font remarquer (Parnas, et al., 2012), nous pensons que ce phénomène vient effectivement, chez Assam, du fait de ces nombreuses ajouts dans sa pensée à longueur de journée.

« Quand je parle à quelqu'un, je rigole seul quoi. Ça m'arrive quand même souvent. C'est parce que j'ai des pensées qui viennent tout d'un coup. Je parle tranquille, puis d'un coup je

pense à un truc que j'ai fait il n'y a pas longtemps, et ça me fait rire. C'est des trucs pas importants, des bêtises mais ça vient tout d'un coup comme ça. »

« J'ai souvent l'impression que ma tête va exploser parce que j'ai trop de pensées dans la tête. J'ai pas forcément mal à la tête mais vraiment l'impression qu'elle va exploser tellement il y a de choses... J'aimerais parfois arrêter de penser. »

3.1.3.2 Fluidité et pertinence perturbée

Au sein d'EAWÉ, nous relevons la grande place que prend la perturbation de la fonction langagière dans les difficultés d'Assam. En effet, deux de ses items à l'intensité la plus haute sont la perturbation de la fluidité et de la pertinence, touchant toutes deux son expression orale dans la vie quotidienne.

Cette difficulté, nous la rencontrons nous-même dès l'entretien d'anamnèse. En effet, les mots semblent manquer très souvent au sujet, il lui faut un temps conséquent pour mobiliser des expressions précises, ou pour former des phrases particulières. Toutefois, nous souhaitons le souligner même si cela va au-delà de ce problème, le sujet souffre également d'un bégaiement important qui ne lui facilite pas cette mobilisation des mots. Néanmoins, cette difficulté nous semble aller effectivement au-delà de ce trouble de la parole, car Assam reconnaît lui-même avoir du mal à trouver les mots adéquats.

Il expliquera en effet à plusieurs reprises au cours des entretiens qu'il lui est difficile pour lui de s'expliquer sur les expériences qu'il vit avec la schizophrénie car il lui semble parfois que le langage est insuffisant pour l'exprimer.

« Déjà, je sais que j'ai mon bégaiement et que ça m'aide pas pour trouver mes mots, mais j'ai souvent du mal à les trouver. À savoir quoi dire, à savoir m'exprimer quoi. Comme si c'était pas assez.

Nous : Pas assez ?

Assam : Pas suffisants, quoi. Comme si c'était pas assez pour dire comment je me sens, et pour expliquer tout ça. Du coup, ça me demande beaucoup de temps pour trouver ce que je dois dire parfois. C'est compliqué. »

Au travers de ce que nous livre Assam, nous comprenons que c'est une expérience anormale du langage très éprouvante pour lui. Cela l'a été tout au long des entretiens réalisés avec lui, et contribuera à ce qu'il ressente parfois une grande fatigue pendant la passation, d'autant plus avec les perturbations du cours de la conscience exprimées précédemment.

3.1.4 Analyse de la rencontre schizophrénique

Selon Bégout (2020), le monde ne se révèle pas à l'individu à travers un point de vue théorique ou pratique, mais avant tout au sein d'une affectivité. En d'autres termes, ce que nous « sentons » de prime abord à la rencontre de quelqu'un, ce ne sont pas ses qualités objectives mais ses tons, ses airs, en somme des excitations floues qui, en fin de compte, nous repoussent ou nous attirent, créant un phénomène de plaisir ou de déplaisir. Ainsi, en définitive, l'affectivité formerait toutes les expériences (Ibid.). Dans notre cas, l'affectivité signerait le début de l'entrée en relation avec le vécu du patient, avec la bizarrerie de contact.

Comment s'est donc déroulée notre entrée en contact avec la bizarrerie de la rencontre schizophrénique ?

Avec Assam, notre entrée en contact avec la bizarrerie de la schizophrénie s'est déroulée de manière très neutre. Nous nous étions déjà rencontrés plusieurs mois auparavant, et avions de ce fait certaines « attentes » par rapport au premier entretien d'anamnèse. Toutefois, comme le préconise Husserl, nous avons adopté dès que possible la méthode de la réduction phénoménologique – appelé également l'épochè – et avons laissé tomber l'ensemble de nos *a priori* sur la nouvelle entrée « en contact » à venir.

D'emblée, notre propre coloration affective nous a semblé chaleureuse, dans le sens où nous étions intéressés de savoir ce qui allait ressortir de cette deuxième « première » rencontre. Assam, lui, nous a semblé être pris au sein d'une affectivité très neutre car il ne laisse pas beaucoup transparaître au niveau de son expression émotionnelle. Cela, il nous l'exprimera avec ses mots : il a parfois l'impression d'être en décalage entre ce qu'il ressent et ce qu'il montre sur son visage. Ainsi, la neutralité expressive du patient nous a fait ressentir exactement la même chose à travers notre propre affectivité. Nous nous sentions neutres, comme si nous n'étions pas plongés dans une ambiance affective... mais l'absence d'ambiance est déjà une ambiance en soi et nous parle de ce qu'il se passe au sein de la relation.

Au niveau de l'atmosphère accompagnant les entretiens, nous dirions qu'elle était tout à fait standard également. L'expression de son vécu s'est réalisée de manière aussi neutre que son expression émotionnelle. Il nous décrit ce qu'il vit, avec des mots qui semblent difficiles à exprimer, mais sans laisser transparaître l'émotionnel lié à ses expériences. Ses émotions nous ont semblé, à plusieurs reprises, être comme bloquées.

La bizarrerie de contact de la schizophrénie ne nous a pas semblé être évidente dès le premier regard ou dès les premiers mots chez Assam. En effet, son affectivité étant neutre la majeure partie des entretiens, la bizarrerie ne s'est pas retranscrite forcément dans ses paroles non plus. Finalement, c'est lorsqu'il se sentait le plus en confiance dans la relation clinicien-patient qu'il s'est livré, et que nous avons pu observer, en un sens, la bizarrerie particulière de la schizophrénie chez Assam : dans ses croyances, ses remises en question sur le monde, et ses nombreux déraillements au sein de son expression langagière. Particulièrement, un extrait de son discours nous a marqué :

« D'abord, je ne crois pas au temps.

Nous : Ah bon, pourquoi ?

Assam : Le souffle, c'est le temps. Le reste n'existe pas. Une fois que le cœur s'arrête de battre, il n'y a plus de temps, tu es mort. Pour moi, le temps n'existe pas. C'est juste le souffle. Il n'y a pas de temps. C'est le cœur. Mais à côté de ça, j'ai l'impression parfois que ça va super vite. La vie. J'ai parfois aussi l'impression que ça passe un peu sans moi quoi... Je suis pas marié, j'ai pas d'enfant. J'ai rien, quoi. Le monde est bizarre, les gens aussi. Ça passe trop vite. Sinon, oui ça va... D'ailleurs, ce midi, vous savez ce qu'on mange ? Non ? (longue pause) C'était quoi la question ? »

3.2 Rencontre avec Miguel

Miguel est un homme de 53 ans. Notre première rencontre, tout comme pour Assam, date de plusieurs mois auparavant, dans le contexte d'une prise en charge dans un autre service, lors de ce même stage en psychiatrie.

À l'inverse, cependant, Miguel ne semble pas se souvenir de nous. Lorsque nous le rencontrons pour cette deuxième fois, il arbore un regard légèrement méfiant mais accepte tout de même de discuter avec nous. Lorsque nous lui expliquons les tenants et aboutissants de notre recherche, Miguel se contente d'acquiescer en silence mais semble tout de même être attentif. Il finira alors par dire qu'il accepte volontiers de nous aider, « *tant que ça ne prend pas mille ans !* ».

Nous réaliserons un total de 4 entretiens ; un entretien d'anamnèse, deux entretiens pour la passation de l'échelle EASE, et un seul dernier – légèrement plus long – entretien pour la passation de l'échelle EAW, ainsi que pour l'entretien de clôture.

Le sujet est resté méfiant jusqu'à peu près la fin de la passation de l'échelle EASE, lorsqu'il comprit que son discours n'impacterait ni son hospitalisation, ni sa durée. Il s'ouvrit dès lors un peu plus, et sembla bien moins méfiant. Tout au long des passations, Miguel fut attentif et pris bien le temps de répondre aux questions qu'il trouva parfois très complexes.

Au fil des entretiens, nous pensons avoir établi avec Miguel une certaine confiance. Lors de l'entretien de clôture, il exprima son ressenti comme tel ;

« Même si je vous fais confiance, c'est difficile pour moi de parler de tout ouvertement comme ça. (...) C'est difficile de dire tout, surtout quand on n'en a jamais parlé à personne, parce que personne ne pose ces questions-là... Mais je suis content d'avoir pu parler de tout ça avec vous, c'était intéressant. »

3.2.1 Éléments anamnestiques

Il vit une enfance qu'il dit « normale » et tranquille. Il est le cadet de 4 sœurs et 2 frères, qui reçoivent tous une éducation de leur père assez stricte. En effet, Miguel expliquera que ses parents sont assez sévères mais, étant le dernier de la fratrie, qu'il aura été le plus « libre » de

tous. *« Je faisais ce que je voulais »*. Il se rectifiera plus tard en précisant que son père n'était pas forcément strict mais qu'il était assez punitif dans sa manière d'éduquer :

« Par exemple, quand il a appris que mon frère fumait, il lui a écrasé une cigarette allumée sur la lèvre. Moi, je n'ai jamais vécu ce genre de choses, j'étais assez libre. Mon père était quelqu'un qui punissait fort mais, finalement, pas vraiment avec moi. »

L'année de ses 12 ans, Miguel est victime d'un grave accident de voiture qui le laisse deux semaines dans le coma.

« J'allais à la piscine avec des copains, j'ai traversé la route sans regarder et une voiture m'a renversé. Je ne me souviens de rien après, jusqu'à ce que je me réveille de mon coma. Mon père était là, et j'ai eu tout de suite l'impression qu'il voulait me tuer, alors je l'ai frappé. Je ne savais pas pourquoi et je ne sais toujours pas pourquoi j'ai eu cette impression... C'est bête, parce qu'il ne m'aurait pas tué. C'est mon père. »

Il expliquera ensuite que, selon lui, la maladie a commencé à se déclarer après son accident.

« J'ai commencé à avoir l'impression qu'on me filmait, presque tout le temps. Quand je jouais avec des copains, quand je faisais du sport... J'avais cette impression qu'on me filmait d'une hauteur. Je n'avais pas peur, c'était juste perturbant. Je me posais des questions quoi. »

Les années passant, l'impression d'être filmé est partie pour laisser place à d'autres symptômes, qu'il appelle les ombres et les murmures. Il explique que ce sont des phénomènes assez supportables, surtout en plein jour – en ce qui concerne les ombres – car *« il y en a forcément moins »*. Pour lui, le pire, ce sont les murmures. Les murmures, explique Miguel, ne le laissent jamais tranquille, et ont – à certaines périodes de sa vie – été présents jours et nuits.

« Je n'ai jamais compris ce qu'ils disaient et je n'ai jamais vraiment cherché à comprendre, ça ne m'intéressait pas. C'était juste casse-pied de les entendre à longueur de journée. »

Aux alentours de ses 30 ans, Miguel dit avoir souffert d'une dépression sévère, entre autres à cause de ses hallucinations. Pour lui, celle-ci était inévitable.

« Je travaillais dans la soudure, et le bruit des machines, des soudures, des ventilateurs, de l'usine en général en plus des murmures, c'était invivable. J'avais beaucoup de difficultés pour me concentrer, et j'arrêtais de travailler environ tous les 6 mois. J'essayais à chaque fois de

reprendre du travail en intérim, mais les murmures étaient trop insupportables. Alors ça, plus les difficultés au travail... »

Au niveau scolaire, Miguel ne remarque rien de particulier. Il mentionne avoir fait du général jusqu'à 16 ans, puis avoir fait 2 ans de perfectionnement en soudure.

Lors de notre rencontre, Miguel est hospitalisé depuis 7 mois pour une décompensation psychotique sévère chez lui où, après avoir frappé sa compagne, cette dernière appela les services de police. Aux moments des faits, Miguel pense être surveillé par des espions, et que ceux qui le surveillent ont remplacé sa femme par un clone, plus jeune. Il est à ce moment dépassé par les murmures qu'il entend et les ombres qu'il voit constamment. Aujourd'hui, il affirme ne plus avoir d'hallucinations auditives ou visuelles depuis quelques mois, mais semble prononcer cette affirmation sur le ton de la méfiance. Aux premiers abords, il ne fait pas confiance.

Néanmoins, il explique faire l'expérience de ce qu'il appelle les « tourniquets » ; une sensation physique désagréable au niveau du ventre, où il a l'impression d'avoir un « tourniquet » qui tourne. Il explique que ce n'est plus aussi fort qu'avant, mais que ça lui arrive encore régulièrement d'être dérangé par son tourniquet. Miguel ajoutera que c'est à cause de cette sensation au niveau du ventre qu'il a commencé à consommer beaucoup de drogues il y a une vingtaine d'années.

« Je consommait de la cocaïne pour faire partir les tourniquets, et ça marchait. Ensuite, ce n'était plus assez donc je suis passé à l'héroïne. Ça marchait aussi. »

3.2.2 Analyse

3.2.2.1 *EASE : vue d'ensemble et cotation*

Tableau 5.

EASE	Items représentés	Pourcentage d'items représentés
<i>Ensemble des domaines</i>	21/54	38.88%
<i>Domaine 1</i>	10/17	58.82%
<i>Domaine 2</i>	6/18	25.29%
<i>Domaine 3</i>	2/9	22.22%
<i>Domaine 4</i>	0/5	0%
<i>Domaine 5</i>	3/8	37.5%

Nous remarquons grâce au tableau 5 que 21 items sur les 54 de l'échelle EASE (38.88%) ont été représentés par le discours de Miguel, dans le cas des anomalies de l'expérience de soi. Plus précisément, le domaine 1 – celui des cognitions et cours de la pensée – se trouve être le plus présent, avec 10 items sur 17 (58.82%) étant représentés dans les expériences de Miguel. En seconde place, nous retrouvons le domaine 5 – celui de la réorientation existentielle – avec 3 items confirmés sur 8 (37.5%). Ensuite vient le domaine 2 – celui des troubles de la conscience de soi et de la présence –, occupant la troisième place avec 6 items sur 18 (25.29%). Enfin, le domaine 3 – celui des expériences corporelles – obtient 2 items sur 9 (22.22%). Le domaine 4, quant à lui, ne contient aucun item représenté par le discours de Miguel.

Outre le domaine 1, présentant un taux de représentativité des items plus significatif, les autres domaines de l'échelle EASE présente relativement peu d'items confirmés par les expériences du sujet. À cela, nous présentons deux hypothèses ; premièrement, le fait que nous manquions d'expérience dans la manipulation de ces échelles et que, comme le soulignait Justine Duruisseau (2018), cela nous a peut-être amenés à ne pas saisir certaines nuances dans la passation. Ensuite, il est intéressant de noter que Miguel a présenté une certaine méfiance pendant la quasi-totalité de la passation d'EASE. En effet, le sujet n'a pas manqué de sourire à certains items – tout en répondant par la négative – ou même parfois de rire, particulièrement lors du domaine 5, relatif à la réorientation existentielle. Au premier item de ce domaine, Miguel éclata de rire – et n'a d'ailleurs voulu pas en donner la raison précise – et dit :

« Vous posez des questions qui ont à voir avec d'autres questions, vous (rires). Ce sont des questions pièges ! Vous pensez que vous allez m'avoir, peut-être... »

Bien que le ressenti général de la passation d'EASE avec Miguel fut qu'il resta honnête, et pu même parfois s'ouvrir sur certaines choses difficiles de sa vie jusqu'à présent – notamment sur son sentiment d'être inférieur au reste du monde à cause de la maladie –, il fut complexe pour lui de ne pas se méfier de certaines questions parfois très précises. Comme il me le dira à la toute fin de la passation des deux échelles, « *même si je vous fais confiance, c'est difficile pour moi de parler de tout ouvertement comme ça. Ce sont des choses dont je n'ai jamais parlé, on ne m'a jamais posé des questions sur tout ça... C'est difficile de dire tout, surtout quand on n'en a jamais parlé du tout.* »

Tableau 6.

Miguel	Pondération des items
1 Cognitions et cours de la pensée	
1.1 Interférence de la pensée	+
1.2 Perte de l'ipséité de la pensée	+
1.5 Echo silencieux de la pensée	++
1.7 Perceptualisation du discours intérieur, ou de la pensée	+++
<i>Sous-type 3 – Perceptualisation/Gedankenlautwerden interne</i>	++
<i>Sous-type 4 - Perceptualisation/Gedankenlautwerden externe</i>	+++
1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité	+
1.11 Perturbation de l'initiative de la pensée, ou de l'intentionnalité de la pensée	++
1.12 Perturbations attentionnelles	++
<i>Sous-type 2 - Incapacité à diviser son attention</i>	++
1.13 Trouble de la mémoire à court terme	++
1.14 Perturbation de l'expérience du temps	+++
<i>Sous-type 1 - Perturbation de l'expérience subjective du cours du temps</i>	+++
1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage	++
2 Troubles de la conscience de soi et de la présence	
2.1 Sentiment amoindri du soi de base	+++
<i>Sous-type 2 – Depuis l'adolescence</i>	+++
2.3 Autres états de dépersonnalisation psychique (aliénation du soi)	++

<i>Sous-type 2 – Dépersonnalisation de type non spécifié</i>	++
2.4 Présence diminuée	+++
<i>Sous-type 2 – Non-spécifique</i>	+++
2.12 Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle	++
2.13 Anxiété	+++
<i>Sous-type 1 – Attaque de panique avec symptomatologie du système nerveux autonome</i>	+++
<i>Sous-type 6 – Angoisse paranoïde</i>	++
2.16 Initiative diminuée	++
3 Expériences corporelles	
3.2 Phénomènes du miroir	+
<i>Sous-type 2 – Perception d'un changement</i>	+
3.7 Expériences cénesthésiques	++
5 Réorientation existentielle	
5.2 Sentiment de centralité	+++
5.4 Sentiments « comme si » de posséder d'extraordinaires puissances créatrices, une intuition extraordinaire des dimensions cachées de la réalité, ou encore une pénétration extraordinaire de son propre esprit, ou de celui des autres	+++
5.8 Grandeur solipsiste	++

Les items représentés comme les plus présents et pouvant être source de stress et/ou de perturbation du fonctionnement chez Miguel (« +++ ») sont :

- 1.7 Perceptualisation du discours intérieur, ou de la pensée
- 1.14 Perturbation de l'expérience du temps
- 2.1 Sentiment amoindri du soi de base
- 2.4 Présence diminuée
- 2.13 Anxiété
- 5.2 Sentiment de centralité
- 5.4 Sentiments « comme si » de posséder d'extraordinaires puissances créatrices, une intuition extraordinaire des dimensions cachées de la réalité, ou encore une pénétration extraordinaire de son propre esprit, ou de celui des autres

Les items représentés comme présent quotidiennement sur une certaine durée, mais de manière sporadique (« ++ ») sont :

- 1.5 Echo silencieux de la pensée
- 1.11 Perturbation de l'initiative de la pensée, ou de l'intentionnalité de la pensée
- 1.12 Perturbations attentionnelles
- 1.13 Trouble de la mémoire à court terme
- 1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage
- 2.3 Autres états de dépersonnalisation psychique (aliénation du soi)
- 2.12 Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle
- 2.16 Initiative diminuée
- 3.7 Expériences cénesthésiques
- 5.8 Grandeur solipsiste

Les items représentés comme clairement éprouvés, mais ne représentant pas un problème majeur ou une source de détresse (« + »), sont :

- 1.1 Interférence de la pensée
- 1.2 Perte de l'ipséité de la pensée
- 1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité
- 3.2 Phénomènes du miroir

3.2.2.2 EAWE : vue d'ensemble et cotation

Tableau 7.

EAWE	Items représentés	Pourcentage des items représentés
<i>Ensemble des domaines</i>	14/75	18.66%
<i>Domaine 1</i>	2/17	11.76%
<i>Domaine 2</i>	2/6	33.33%
<i>Domaine 3</i>	3/14	21.43%
<i>Domaine 4</i>	4/10	40%
<i>Domaine 5</i>	2/17	11.76%
<i>Domaine 6</i>	1/11	9.09%

Nous remarquons grâce au tableau 7 que 14 items sur les 75 de l'échelle EAWE (18.66%) ont été représentés par le discours de Miguel, dans le cas des anomalies de l'expérience du monde. Plus précisément, le domaine 4 – celui des autres personnes, tout

comme Assam – se trouve être le plus présent avec 4 items sur 10 (40%) étant confirmés par le discours de Miguel. En seconde place, nous retrouvons le domaine 2 – celui du temps et des événements – avec 2 items sur 6 (33.33%). Ensuite, tous deux à la troisième place, les domaines 1 et 5, ceux des espaces et des objets et de l’atmosphère, sont présents pour 2 items sur 17 (11.76%). Enfin, en avant dernière et dernière place, nous retrouvons respectivement le domaine 3, avec 3 items sur 14 (21.43%), – celui des autres personnes – et le domaine 6, avec 1 item sur 11 (9.09%), – celui de l’orientation existentielle –.

Le total des items représentés de l’échelle s’avère donc être assez bas (18%). Tout comme déjà souligné dans l’analyse de la passation de l’échelle EASE, le manque d’expérience aura certainement également joué un rôle dans la passation de l’échelle EAW. Cependant, la méfiance que nous avons pu noter précédemment n’est plus de mise car nous ne l’avons pas retrouvée. Miguel s’est montré ouvert, expliquant même parfois que les questions étaient difficiles et qu’il devait prendre un peu plus de temps pour trouver ses mots et se remettre dans les situations ciblées par les items. Notons peut-être que le sujet s’est montré plus impatient vers la fin de l’ensemble de cette évaluation, car les questions précises et parfois assez complexes lui demandaient beaucoup de réflexion et donc d’énergie.

Tableau 8.

Miguel	Pondération des items
1 Espaces et objets	
1.3 Troubles de la véracité (exactitude) des perceptions visuelles	+++
<i>Sous-type 2 – Hallucinations visuelles</i>	+++
1.10 Troubles de la véracité (exactitude) des perceptions auditives	+++
<i>Sous-type 2 – Hallucinations auditives</i>	+++
2 Temps et événements	
2.2 Discordance entre le temps interne et externe	++
<i>Sous-type 2 – L’heure interne semble plus rapide que l’heure mondiale</i>	++
2.3 Perturbation de l’organisation dynamique du temps	++
<i>Sous-type 3 – Désorientation dans le temps</i>	++
3 Autres personnes	
3.4 Sentiment d’infériorité, de critique ou de méfiance par rapport aux autres	+++
<i>Sous-type 1 – Sentiments de conscience de soi, autocritique</i>	++
<i>Sous-type 2 – Sentiments de paranoïa sociale ou d’anxiété sociale</i>	+

<i>Sous-type 3 – Méfiance omniprésente envers les autres</i>	+++
3.6 Interférence des voix	+++
3.13 Les gens ont l'air de communiquer quelque chose de spécial ou d'inhabituel	++
<i>Sous-type 1 – Signification paranoïde</i>	+
<i>Sous-type 2 – Signification grandiose</i>	++
4 Langage	
4.5 Fluidité perturbée	++
<i>Sous-type 1 – Indisponibilité des mots</i>	++
<i>Sous-type 2 – Les pensées non focalisées ou désorganisées empêchent l'expression verbale</i>	++
4.6 Pertinence perturbée	+++
<i>Sous-type 1 – Déraillement</i>	+++
<i>Sous-type 2 – Réponse tangentielle</i>	+
4.9 Ineffabilité : Inadéquation du langage pour décrire ou s'exprimer	+
<i>Sous-type 1 – Le langage ne permet pas d'exprimer des expériences inhabituelles</i>	+
4.10 Aliénation de la description de soi	++
5 Atmosphère	
5.4 Intensité accrue/Hyperréalisation	++
5.11 Sens anormal des relations causales	+
<i>Sous-type 1 – Les actions ou les événements semblent contrôlés par une force ou volonté extérieure</i>	+
6 Orientation existentielle	
6.10 Sentiment de centralité	+++

Les items représentés comme les plus présents et pouvant être source de stress et/ou de perturbation du fonctionnement chez Miguel (« +++ ») sont :

- 1.3 Troubles de la véracité (exactitude) des perceptions visuelles
- 1.10 Troubles de la véracité (exactitude) des perceptions auditives
- 3.4 Sentiment d'infériorité, de critique ou de méfiance par rapport aux autres
- 3.6 Interférence des voix
- 4.6 Pertinence perturbée
- 6.10 Sentiment de centralité

Les items représentés comme présent quotidiennement sur une certaine durée, mais de manière sporadique (« ++ ») sont :

- 2.2 Discordance entre le temps interne et externe
- 2.3 Perturbation de l'organisation dynamique du temps
- 3.13 Les gens ont l'air de communiquer quelque chose de spécial ou d'inhabituel
- 4.5 Fluidité perturbée
- 4.10 Aliénation de la description de soi
- 5.4 Intensité accrue/Hyperréalisation

Les items représentés comme clairement éprouvés, mais ne représentant pas un problème majeur ou une source de détresse (« + »), sont :

- 4.9 Ineffabilité : Inadéquation du langage pour décrire ou s'exprimer
- 5.11 Sens anormal des relations causales

3.2.3 Réflexion générale

Suite à ces résultats, nous observons tout d'abord la présence des sentiments de centralité (+++) à l'intérieur des deux échelles d'évaluation. Nous avons déjà remarqué cette impression « comme si » du sujet d'être le centre de l'univers lors des premiers entretiens sujets à EASE, mais a été développée davantage lors de la passation d'EAW. En effet, nous avons senti Miguel beaucoup plus en confiance dans notre discussion lors de cette seconde partie, cela lui permettant se livrer plus amplement lorsque l'item lui a été une deuxième fois proposé.

Les items concernant la perturbation de l'expérience du temps (++) ainsi que la perturbation expression du langage au niveau de la pertinence (++) ont également été observés comme présents au sein d'EASE comme au sein d'EAW. Bien que la première anomalie mentionnée n'ait pas été remarquée explicitement lors des entretiens, cela a néanmoins été le cas pour la deuxième. En effet, il arrivait régulièrement à Miguel de manquer de mots. Il lui a souvent été difficile, tout comme Assam, d'exprimer ce qu'il ressentait à propos de ses propres expériences.

3.2.3.1 Sentiment de centralité (lié à l'impression de posséder d'extraordinaires puissances créatrices et à la grandeur solipsiste)

Nous souhaitons aborder dans ce premier point l'élément dominant, selon nous, de l'expérience subjective de Miguel dans sa pathologie : le sentiment de centralité.

Cette impression « comme si » d'être le centre de l'univers survient assez tard dans nos entretiens. En effet, Miguel semblait, jusqu'à un certain point, se méfier de nous. Il l'exprimera à plusieurs reprises au travers de remarques telles que « *c'est une question piège, ça* », « *qu'est-ce que vous essayez de me faire dire ?* » ou encore en insinuant que ce qu'il voulait exprimer pouvait se retourner contre lui. Ce n'est que plus tard, lorsque nous l'avons rassuré à propos de cette dernière inquiétude, que le patient a pu commencer à s'ouvrir à ce sujet :

« J'ai une théorie... mais vous n'allez pas y croire. Enfin, c'est bizarre quoi... Je sais que c'est la schizophrénie qui me fait penser comme ça, parfois... Mais je pense que je suis le maître de l'univers. Enfin, je le sais, quoi. »

Nous : Comment ça ?

Miguel : Je pense que le monde dépend de moi. Je dois le défendre contre des forces des ombres. C'est bizarre, hein. Je ne sais pas comment ça se fait, mais c'est comme ça... Enfin, c'est une théorie. »

Cette impression que le sort de l'humanité dépend de lui peut également être mise en lien avec deux autres impressions liées à la réorientation existentielle.

Premièrement, cela peut être mis en lien avec les sentiments « comme si » de posséder d'extraordinaires puissances créatrices, une intuition extraordinaire des dimensions cachées de la réalité, ou encore une pénétration extraordinaire de son propre esprit ou celui des autres. Dans le cas de Miguel, cette impression concerne sa croyance de posséder des pouvoirs contre ce qu'il nomme les forces « *des ombres* » (qui sont, à l'origine, les hallucinations visuelles dont il a pu faire l'expérience auparavant), car il pense être le seul à pouvoir y faire face, « *au cas où* » mais également le seul à se rendre compte qu'il faut y faire attention. Cette impression est directement mise en lien par les auteurs avec la grandeur solipsiste (Parnas, et al., 2012).

Ensuite, nous pensons que ce sentiment de centralité pourrait être mis en relation avec son sentiment de grandeur solipsiste. Dans son discours, Miguel mentionnera plusieurs fois

qu'il se sent souvent supérieur à la majorité de ses proches et des personnes qu'il côtoie quotidiennement. Ce sentiment, il ne sait pas l'expliquer.

« Pas dans tous les domaines du monde quand même (rires). Mais dans la plupart, je suis meilleur, oui. C'est comme ça. Les autres sont souvent complètement bêtes, comme si ils ne réfléchissaient jamais. »

Enfin, il est intéressant de souligner que ces sentiments de grandeur et d'impression de centralité sont tout de même teintés, au fond, d'un sentiment amoindri du soi de base. Miguel, n'en parle pas beaucoup et semble même ému lorsque nous mentionnons la question. Il se sent profondément différent des autres.

« Oui. C'est emmerdant, je préférerais être comme les autres.

Nous : Ça veut dire quoi être comme les autres, pour vous ?

Miguel : Ne pas avoir tous ces problèmes... C'est le fait d'être hospitalisé, le fait d'en être ici aujourd'hui... Mais surtout, le fait d'être malade. J'aimerais bien ne pas l'être. J'aimerais vraiment être comme les autres. Avoir une vie normale. J'ai parfois l'impression de ne jamais être à la hauteur des autres. Ce n'est pas une impression que j'ai depuis tout petit. Avant, je ne me sentais pas différent car je n'avais pas d'expérience. C'est mon expérience avec les autres qui m'a fait comprendre que j'étais différent, maintenant je sais à quoi m'attendre. »

3.2.3.2 Présence diminuée

Un autre point intéressant de la charpente psychopathologique de Miguel se trouve être le phénomène de présence diminuée. Chez le sujet, ce phénomène se trouve être non-spécifique et donc être relatif à une impression diffuse d'une certaine distance avec le monde qui l'entoure, ou dans le cas de Miguel, le sentiment qu'il existe une barrière entre soi-même et le monde.

« C'est comme s'il y avait une barrière entre moi et le monde, souvent... Comme s'il y avait un voile ou un vitre devant moi, qui m'empêchait de parler, de bouger, ou de faire certaines activités. Et comme si il y avait toujours une distance entre moi et les gens. C'est très lourd, presque fatigant. Parfois, ça m'aide parce que j'ai déjà eu des mauvaises expériences par le passé alors avoir une certaine distance c'est pas si mal... Après, je ne sais pas vraiment expliquer ce que c'est... juste une impression. »

Cette impression de moins être présent dans le monde à cause de cette « barrière » invisible, ce « voile » selon les mots de Miguel, est mise en parallèle par ce dernier avec le phénomène d'initiative diminuée. Selon le patient, cette impression de distance avec le reste du monde l'empêche de faire la moindre des choses de manière aisée. Il exprime avoir besoin d'efforts considérables pour initier la moindre action, et ce toute la journée.

« Ce n'est pas que je n'ai pas envie de faire ce que je dois faire... C'est qu'une fois que je me retrouve face à l'idée que je dois commencer à le faire, j'ai l'impression d'être presque incapable de bouger. Par exemple, quand je dois faire mon lit ou passer l'aspirateur... Je suis assis, et j'ai l'impression qu'il me faut des heures pour trouver la force de faire quoi que ce soit. C'est pénible, tout me demande vraiment beaucoup d'efforts. Rien n'est facile. »

3.2.4 Analyse de la rencontre schizophrénique

Avec Miguel, notre premier entrée en relation s'est déroulée tout à fait différemment. Si nous devons analyser notre propre affectivité au contact du sujet, nous dirions que nous avons éprouvé un certain sentiment de malaise. Cette sensation n'est en effet pas étrangère aux cliniciens allant au contact de la bizarrerie de la schizophrénie.

Ce sentiment s'est déclaré car la bizarrerie de contact chez Miguel a pu s'observer presque immédiatement, mais tout en étant, ici, difficilement explicable. Bégout (2020) nous en dit plus sur ce sentiment de ne pas savoir discuter sur certaines ambiances : c'est un « je-ne-sais-quoi » parfois indescriptible. Nous ne savons pas donc pas exactement ici ce qui nous a donné cette impression de bizarrerie immédiatement.

En ce qui concerne Miguel, il nous a semblé que ses ambiances étaient teintées de méfiance et de doutes envers nous. Il ne savait pas encore comment se positionner dans cette relation clinicien-patient. Nous avons remarqué plusieurs fois ses hésitations dans sa manière de s'exprimer, et ce, au début, non pas à cause d'un manque d'accessibilité des mots mais bien car il se gardait de nous donner certaines informations.

Ce n'est que plus tard dans la passation, lorsque le sujet s'est senti plus en confiance dans nos entretiens, que nous avons l'impression d'avoir mieux appréhendé la bizarrerie de contact chez Miguel, rendue plus accessible par une narrativité exprimée bien plus ouvertement.

Si nous devions analyser notre vécu au travers de la relation clinicien-patient dont nous avons fait l'expérience avec Miguel, nous dirions que notre affectivité était d'emblée plutôt froide, accablée de ce sentiment de malaise dont nous avons parlé plus tôt, mais qu'elle s'est ensuite transformée pour quelque chose de plus chaud au niveau de l'ambiance car nous recevions enfin les expériences de Miguel, sans cette méfiance écrasante.

Quatrième partie – Discussion

L'objectif de cette étude était de nous pencher sur les troubles du spectre schizophrénique du point de vue phénoménologique en allant à l'encontre de la subjectivité des patients dans une perspective à la première personne. En ça, nous amenions l'hypothèse de la littérature scientifique que cela permettrait une meilleure compréhension, plus adaptée, de la pathologie.

Nous avons donc utilisé dans ce but les deux échelles présentées plus tôt dans cette recherche, l'échelle d'Evaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi – ou EASE – et l'échelle d'Evaluation des Anomalies de l'Expérience du Monde – ou EAW –, et procédé à une analyse des données récoltées.

4.1 Pôles communs

4.1.1 EASE

Au sein de l'échelle EASE, nous avons pu observer une fréquence de représentation d'items de 64,81% pour Assam, et de 38,88% pour Miguel. Ces deux résultats apparaissent significativement différents l'un de l'autre.

En effet, nous avons rencontré chez Assam une plus grande fréquence des items, et ce dans la majorité des domaines de l'échelle, tandis que Miguel a éprouvé la présence de beaucoup moins d'anomalies représentées par EASE. Toutefois, même si nous remarquons une moindre fréquence d'items pour notre deuxième sujet, nous observons également la présence d'items en commun chez les deux participants.

Pour démontrer cette représentativité plus globale, nous avons décidé de suivre la méthode de Justine Duruisseau (2018) et d'utiliser un tableau observant ces tendances. Nous colorerons les items présents chez les deux participants en gris.

Items de l'échelle EASE	Présence pondérée/absence d'extraits du récit présentant des affinités avec l'item EASE	
	Assam	Miguel
<i>1 Cognition et cours de la pensée</i>		
1.1 Interférence de la pensée	+++	+
1.2 Perte de l'ipséité de la pensée		+
1.3 Pression de la pensée	++	

1.4 Blocage de la pensée		
<i>Sous-type 1 – Barrage</i>	+++	
1.5 Echo silencieux de la pensée	++	++
1.6 Ruminations – Obsessions		
<i>Sous-type 1 – Ruminations primaires</i>	++	
<i>Sous-type 4 – Pseudo-obsessions</i>	+	
1.7 Perceptualisation du discours intérieur, ou de la pensée		
<i>Sous-type 3 – Perceptualisation/Gedankenlautwerden interne</i>		+++
<i>Sous-type 4 – Perceptualisation/Gedankenlautwerden externe</i>		+
1.8 Spatialisation de l'expérience	+	
1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité	+	+
1.11 Perturbation de l'initiative de la pensée, ou de l'intentionnalité de la pensée	+++	++
1.12 Perturbations attentionnelles		
<i>Sous-type 2 – Incapacité à diviser son attention</i>	++	++
1.13 Trouble de la mémoire à court-terme	+	++
1.14 Perturbation de l'expérience du temps		
<i>Sous-type 1 – Perturbation de l'expérience subjective du cours du temps</i>	++	+++
1.16 Discordance entre expression intentionnée, et réellement exprimée	++	
1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage	+++	++
2 Troubles de la conscience de soi et de la présence		
2.1 Sentiment amoindri du soi de base		
<i>Sous-type 2 – Depuis l'adolescence</i>	++	+++
2.2 Distorsion de la perspective en première personne		
<i>Sous-type 3 – Spatialisation du soi</i>	++	
2.3 Autres états de dépersonnalisation psychique (aliénation du soi)		
<i>Sous-type 2 – Dépersonnalisation de type non spécifié</i>	++	+
2.4 Présence diminuée		
<i>Sous-type 2 – Non-spécifique</i>	+	+++
2.5 Déréalisation		
<i>Sous-type 1 – Déréalisation fluide, globale</i>	+	

2.9 Confusion d'identité	++	
2.11 Sentiment de changement en relation avec le genre		
<i>Sous-type 1 – Peur occasionnelle d'être homosexuel</i>	+	
2.12 Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle	+	++
2.13 Anxiété		
<i>Sous-type 1 – Attaque de panique avec symptomatologie du système nerveux autonome</i>	+	+++
<i>Sous-type 6 – Angoisse paranoïde</i>		++
2.14 Angoisse ontologique	+	
2.15 Transparence de la conscience diminuée	++	
2.16 Initiative diminuée		++
2.18 Vitalité diminuée		
<i>Sous-type 2 – Vitalité diminuée, comme caractéristique de trait</i>	+++	
3 Expériences corporelles		
3.1 Changements morphologiques		
<i>Sous-type 2 – Perceptions d'un changement</i>	++	
3.2 Phénomènes du miroir		
<i>Sous-type 2 – Perception d'un changement</i>		+
3.7 Expériences cénesthésiques	+	++
3.8 Perturbations motrices		
<i>Sous-type 3 – Blocage moteur</i>	+++	
4 Transitivity/troubles de la démarcation de soi		
4.2 Confusion avec sa propre image spéculaire	+	
4.4 Sentiment d'influence	++	
5 Réorientation existentielle		
5.2 Sentiment de centralité	++	+++
5.4 Sentiments « comme si » de posséder d'extraordinaires puissances créatrices, une intuition extraordinaire des dimensions cachées de la réalité, ou encore une pénétration extraordinaire de son propre esprit, ou de celui des autres		+++
5.5 Sentiments « comme si » le monde ressenti n'était pas réel, n'existait pas, et comme si celui-ci n'était qu'une apparence, une illusion, ou une tromperie	+	

5.7 Changement existentiel ou intellectuel	+	
5.8 Grandeur solipsiste	+	++

Ce tableau nous permet donc, effectivement, de souligner la présence de 16 anomalies de la subjectivité de l'expérience, tant chez Assam, que chez Miguel. De plus, cela nous permet d'observer que la majorité de ces items en commun provient du domaine des anomalies relatives à la cognition et à la pensée. Ce premier domaine d'EASE est chez nos deux sujets significativement plus représenté, néanmoins le reste de l'échelle – items et domaines – apparaît comme relativement hétérogène chez les deux participants.

Plus précisément, nous remarquons que les items éprouvés par nos deux sujets sont :

- 1.1 Interférence de la pensée
- 1.5 Echo silencieux de la pensée
- 1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité
- 1.11 Perturbation de l'initiative de la pensée, ou de l'intentionnalité de la pensée
- 1.12 Perturbations attentionnelles
- 1.13 Trouble de la mémoire à court-terme
- 1.14 Perturbation de l'expérience du temps
- 1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage
- 2.1 Sentiment amoindri du soi de base
- 2.3 Autres états de dépersonnalisation psychique (aliénation du soi)
- 2.4 Présence diminuée
- 2.12 Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle
- 2.13 Anxiété
- 3.7 Expériences cénesthésiques
- 5.2 Sentiment de centralité
- 5.8 Grandeur solipsiste

Ces phénomènes n'ont malheureusement pas tous pu être évoqués lors de nos points de réflexion, étant donné que nous avons un nombre restreint de participants. Néanmoins, nous avons pu évoquer avec Assam le phénomène d'interférence de la pensée (1.1), ainsi que celui de la perturbation de la fonction expressive du langage (1.17), tandis que nous avons abordé la présence diminuée (2.4) et le sentiment de centralité (5.2) avec Miguel.

4.1.2 EAW

Au sein de l'échelle EAW, nous avons pu remarquer – comme initialement pensé – une représentativité d'items en général plus faible. Nous observons en effet chez Assam un pourcentage de 28%, pour un résultat, encore plus faible, chez Miguel de 18.66%.

Comme pour EASE, nous avons relevé une série d'anomalies de la subjectivité vis-à-vis du monde vécu en commun pour nos deux sujets :

- 1.10 Troubles de la véracité (exactitude) des perceptions auditives
- 3.4 Sentiment d'infériorité, de critique ou de méfiance par rapport aux autres
- 3.6 Interférence des voix
- 4.5 Fluidité perturbée
- 4.6 Pertinence perturbée
- 4.9 Ineffabilité : Inadéquation du langage pour décrire ou s'exprimer
- 4.10 Aliénation de la description de soi
- 5.4 Intensité accrue/Hyperréalisation

À l'instar de l'échelle EASE, nous n'avons évidemment pas eu l'occasion d'aborder l'entièreté de ces anomalies. Cependant, nous avons su évoquer la fluidité perturbée (4.5) chez Assam, à travers l'item de perturbation de la fonction expressive du langage (1.17) d'EASE.

Comme évoqué plus tôt, nous relevons une différence significative dans la représentativité des items entre EASE et EAW. En effet, si nous observons des taux de 64% pour Assam et de 38% pour Miguel dans la première échelle, nous tombons en-dessous de leurs deux moyennes pour EAW. Cette différence peut notamment s'expliquer par notre manque de familiarité avec l'échelle, puisque nous n'avons pas eu l'occasion de suivre la formation recommandée par les auteurs (Parnas, et al., 2012). De plus, l'échelle, étant relativement récente, ne dispose pas encore d'une traduction officielle en français. Cela nous a amené à devoir utiliser la traduction proposée par Françoise Mossay (2017), en plus de certains ajustements personnels. Nous n'avons aucun doute que cela doit parfois nous avoir fait passer à côté de certaines nuances inhérentes à l'anglais.

4.1.3 Résumé des deux échelles

En résumé, nous retrouvons bel et bien un pourcentage supérieur d'items approuvés à l'intérieur de l'échelle EASE, plutôt que dans l'échelle EAWE. Cette constatation, nous venons de l'expliquer, pourrait être expliquée dans notre cas par un manque de familiarité avec l'échelle et une traduction approximative de l'anglais vers le français.

De plus, notons que l'ensemble des résultats va dans le sens de notre hypothèse initiale qui était que les troubles du spectre schizophrénique étaient des pathologies grandement hétérogènes. Même si nous pouvons remarquer certaines similarités dans les anomalies de l'expérience vécues par nos deux patients, l'ensemble des résultats démontrent de manière pertinente la grande variabilité pouvait exister au sein de la pathologie.

Il est cependant évident que les anomalies de l'expérience de soi se trouvent être, ici, plus présentes que les anomalies de l'expérience du monde qui, rappelons-le, ne sont pas forcément spécifiques à l'expérience du trouble schizophrénique.

4.2 La question de l'ambiance

Pour reprendre les mots de Bégout (2020), certaines ambiances resteront dans nos souvenirs pendant plusieurs années alors que les détails précis des conversations dont sont issues ces affectivités s'effaceront.

Dans notre cas, l'utilisation de la perspective de deuxième personne nous a fait comprendre que chaque vécu de l'éprouvé de l'autre en moi, dans le cadre d'une relation patient-clinicien, peut être vécue de manière très différente selon l'individu. Dans le cadre de notre tentative d'une meilleure compréhension du spectre des troubles schizophrénique, nous remarquons qu'investiguer notre propre vécu dans les entretiens nous a permis parfois de mieux comprendre comment pouvaient se sentir les patients.

En effet, nous aurons pu soulever que la neutralité émotionnelle d'Assam nous a donné une impression de « non-ambiance », tout en prenant conscience du fait que cette neutralité émotionnelle venait d'une impression du sujet d'être en décalage entre ce qu'il ressent et ce qu'il exprime... alors que pour Miguel, nous aurons pu observer que la bizarrerie de contact s'avère parfois être inexplicable, passagère et éphémère.

Cette perspective en deuxième personne nous permet d’aller, plus encore, à la rencontre de la pathologie et de viser toujours plus une meilleure compréhension des expériences subjectives pouvant y survenir. Le clinicien, en général hors du tableau psychiatrique, a enfin la possibilité d’être à l’intérieur de la relation et d’y comprendre encore mieux ce qu’il se passe chez son patient.

4.3 Limites

Toute recherche comporte un certain nombre de limites.

Parmi les nôtres, nous pouvons citer, en premier lieu, le nombre restreint de participants qui était à notre disposition. Nous souhaitions initialement évaluer à l’aide d’EASE et EAWE les vécus de cinq sujets schizophrènes. La situation sanitaire liée au COVID-19 a cependant rendu les procédures de recrutement difficiles, et nous n’avons pu nous « satisfaire » que de deux participants. Bien que le recueil de leurs expériences liées à la pathologie ait été très intéressant, nous regrettons l’absence de plus de données. En outre, nous soulignons également qu’en plus d’un nombre de sujets un peu faible, ces derniers n’étaient que du sexe masculin. Peut-être, nous semble-t-il, qu’évaluer un sujet féminin aurait été intéressant dans l’optique où le vécu aurait pu être différent.

Nous notons également que le recueil du vécu des patients a été facilité par le fait que nous avions déjà rencontré, ne serait-ce qu’une fois, les patients auparavant. Sans cela, nous nous questionnons sur la notion de l’alliance thérapeutique, qui se retrouve souvent en position de faiblesse. En effet, ces patients que nous rencontrons sur une très courte durée, à peine plus de cinq ou six heures, devraient nous livrer leur manière de vivre la pathologie et nous ouvrir une porte sur leur intimité dès la première rencontre. Nous avons remarqué que cela a pourtant été difficile à plusieurs reprises pour Miguel, qui éprouvait des difficultés à nous faire confiance.

Observé déjà à plusieurs reprises, il nous semble important de revenir une dernière fois sur notre manque de familiarité avec les échelles. Bien que nous nous soyons entraînés à de nombreuses reprises avant les passations avec nos participants, certaines nuances ou subtilités nous ont certainement échappés sans la formation adéquate et spécifique à EASE et EAWE.

Cinquième partie – Conclusion

L'objectif de cette recherche était d'appréhender le vécu subjectif de deux sujets ayant reçu le diagnostic de schizophrénie. Pour ce faire, nous proposons la perspective phénoménologique en première personne afin d'apporter, grâce à l'épochè et le « laisser tomber » des à priori, une meilleure compréhension des troubles du spectre schizophrénique.

Les échelles utilisées, EASE et EAWE se sont démontrées tout à fait pertinentes à cet effet. Ces outils ont pu relever une certaine hétérogénéité au sein des deux pathologies de chacun des sujets, ainsi que quelques anomalies de la subjectivité plus communes entre eux : les interférences de la pensée, la perturbation de la fonction expressive du langage, un sentiment amoindri du soi de base, ou encore les sentiments de supériorité ou de centralité.

Ces anomalies, pourtant prédominantes dans l'expérience que font nos sujets de la pathologie qu'est la schizophrénie, ne font pas partie des critères diagnostiques des modèles empiriques tels que le DSM-V ou l'ICD-10. Nous pensons, comme le souligne Gozé (2020, qu'une refonte de l'idée de compréhension du spectre schizophrénique serait utile à l'étude de la psychopathologie.

Toutefois, l'hypothèse finale de cette recherche ne réside pas dans une volonté d'éviction des modèles empiriques sur lesquels la psychiatrie se base afin d'évaluer la schizophrénie. A contrario, nous pensons que les approches critériologiques sont des mesures nécessaires, mais insuffisantes à la compréhension adéquate de toute la complexité du spectre schizophrénique.

À cela nous proposerions une approche complémentaire des approches empiriques et des perspective en première et en deuxième personne, afin de ne pas uniquement se limiter à une compréhension indirecte du vécu de nos patients mais bien en acceptant l'éprouvé d'autrui dans sa globalité, tout en préservant son intersubjectivité complexe et son altérité.

Enfin, nous pensons que cette recherche nous a permis de tendre la main vers la compréhension de l'incompréhensible, mais nous permet, surtout, de ressortir très enrichis des rencontres rendues possibles par la confiance des patients et leurs récits.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*. Washington.
- Bégout, B. (2020). *Le concept d'ambiance. Essai d'éco-phénoménologie*. . Editions du Seuil .
- Blankenburg, W. (1971). *La perte de l'évidence naturelle : une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*. Psychiatrie Ouverte.
- Cermolacce, M., Laurence, D., Naudin, J., & Parnas, J. (2005). Sommes-nous tous des spécialistes des gens ? Intersubjectivité, théorie de l'esprit et schizophrénie. *L'Evolution psychiatrique*, 70, pp. 731-744. doi:doi:10.1016/j.evopsy.2005.07.006
- Cermolacce, M., Sass, L., & Parnas, J. (2010). What is Bizarre in Bizarre Delusions? A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), pp. 667-679. doi:doi:10.1093/schbul/sbq001
- Crocq, M.-A. (2012). *Pathologies schizophréniques*. Lavoisier.
- Duruisseau, J. (2018). Évaluation des anomalies de la conscience de soi et du rapport au monde : Administration des échelles EASE et EAWE à cinq sujets ayant reçu un diagnostic de schizophrénie.
- Englebert, J. (n.d.). *Le schizophrène : du paradoxe évolutionniste à la psychopathologie*. Retrieved from <https://vimeo.com/157415499>
- Englebert, J., & Valentiny, C. (2017). *Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité*. DeBoeck.
- Englebert, J., Monville, F., Valentiny, C., Mossay, F., Pienkos, E., & Sass, L. (2019, Novembre 12). Anomalous Experience of Self and World: Administration of the EASE and EAWE Scales to Four Subjects with Schizophrenia. *Psychopathology*. doi:DOI: 10.1159/000503117
- Englebert, J., Stanghellini, G., Valentiny, C., Follet, V., Fuchs, T., & Sass, L. (2018). Hyper-réflexivité et perspective en première personne : un apport décisif de la psychopathologie phénoménologique contemporaine à la compréhension de la schizophrénie. *L'évolution psychiatrique*, 83, pp. 77-85. doi:<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.07.004>
- Goldman, D., Hien, D., Haas, G., Sweeney, J., & Frances, A. (1992). Bizarre delusions and DSM-III-R schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149(4). doi:doi:10.1176/ajp.149.4.494.
- Gozé, T. (2016). La bizarrerie de contact. Rencontre schizophrénique entre esthétique et ontologie.
- Gozé, T. (2020). *Expérience de la rencontre schizophrénique*. Editions Hermann.

- Gozé, T., Moskalewicz, M., Schwartz, M., Naudin, J., Micoulaud-Franchi, J.-A., & Cermolacce, M. (2018). Reassessing "Praecox Feeling" in Diagnostic Decision Making in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 45(5), pp. 966-970. doi:<https://doi.org/10.1093/schbul/sby172>
- Gross, G., & Huber, G. (2010). The history of the basic symptom concept. *Acta Clin Croat*, 49(2), pp. 47-59.
- Jansson, L., Handest, P., Nielsen, J., Saebye, D., & Parnas, J. (2002). Exploring boundaries of schizophrenia: a comparison of ICD-10 with other diagnostic systems in first-admitted patients. *World Psychiatry*, 1(2), pp. 109-114.
- Martin, B. (2016). Temps, soi et schizophrénie.
- Martin, B., & Piot, M.-A. (2011). Approche phénoménologique de la schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 87(10), pp. 781-790.
- Moskalewicz, M., Kordel, P., Brejwo, A., Schwartz, M., & Gozé, T. (2021). Psychiatrists Report Praecox Feeling and Find It Reliable. A Cross-Cultural Comparison. *Frontiers in Psychiatry*, 12. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.642322>
- Moskalewicz, M., Schwartz, M., & Gozé, T. (2018). Phenomenology of Intuitive Judgment: Praecox-Feeling in the Diagnosis of Schizophrenia. *AVANT. Pismo Awangardy Filozoficzno-Naukowej*(2), pp. 63-74. doi:10.26913/avant.2018.02.04
- Mossay, F. (2017). Evaluation des anomalies de l'expérience de soi et du monde : administration des échelles EASE et EAWÉ à quatre sujets ayant reçu le diagnostic de schizophrénie.
- Nelson, B., Parnas, J., & Sass, L. (2014). Disturbance of Minimal Self (Ipseity) in Schizophrenia: Clarification and Current Status. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), pp. 479-482. doi:[doi:10.1093/schbul/sbu034](https://doi.org/10.1093/schbul/sbu034)
- Nordgaard, J., Sass, L., & Parnas, J. (2013). The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263(4), pp. 353-364.
- Parnas, J., & Handest, P. (2003). Phenomenology of Anomalous Self-Experience in Early Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), pp. 121-134.
- Parnas, J., Moller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2012). EASE : Evaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi. *L'Encéphale*, 38, pp. 121-145.
- Parnas, J., Sass, L., & Zahavi, D. (2013). Rediscovering psychopathology: the Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), pp. 270-277.
- Sass, L. (2003). Negative symptoms, schizophrenia, and the self. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*(3), pp. 153-180.

- Sass, L. (2013). Altération du self et schizophrénie : structure, spécificité, pathogénèse. *Recherches en psychanalyse*(16), pp. 111-126. doi:10.3917/rep.016.0111
- Sass, L., Pienkos, E., Skodlar, B., Stanghellini, G., Fuchs, T., Parnas, J., & Jones, N. (2017, Mars 8). EAWE: Examination of Anomalous World Experience. *Psychopathology*(50), pp. 10-54. doi:DOI: 10.1159/000454928
- Silverstein, S., Demmin, D., & Skodlar, B. (2017). Space and objects: on the phenomenology and cognitive neuroscience of anomalous perception in schizophrenia. *Psychopathology*, 50(1), pp. 60-67. doi:<https://doi.org/10.1159/000452493>
- Tanenber-Karant, M., Fennig, S., Ram, R., Krishna, J., Jandorf, L., & Bromet, E. (1995). Bizarre delusions and first-rank symptoms in a first-admission sample: a preliminary analysis of prevalence and correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 36(6), pp. 428-434.

Résumé

Introduction.

Les modèles empiriques dominant dans la nosographie actuelle pour établir un jugement diagnostique de schizophrénie, laissant le clinicien en dehors du tableau psychiatrique et avec une compréhension indirecte des manifestations psychopathologiques.

Et si les cliniciens laissaient la parole aux concernés pour faire part de leurs propres expériences ? Cette perspective est envisagée par la phénoménologie, à travers les anomalies de l'expérience de soi et du monde.

Objectifs.

Les objectifs de cette recherche visaient à appréhender la charpente psychopathologique de l'individu schizophrène selon le point de vue phénoménologique, et donc grâce aux perspectives de première et seconde personne.

Méthodologie.

Afin d'accéder à la narrativité des participants, nous avons utilisé des échelles d'orientation phénoménologique EASE et EAWE, dans des entretiens semi-structurés.

Résultats.

Nous avons pu relever à travers nos résultats une grande hétérogénéité à l'intérieur de la pathologie chez nos deux participants, ainsi que quelques anomalies de la subjectivité plus communes entre eux : les interférences de la pensée, la perturbation de la fonction expressive du langage, un sentiment amoindri du soi de base, ou encore les sentiments de supériorité ou de centralité.

Conclusion.

Les échelles utilisées se sont révélées très utiles pour appréhender les anomalies de l'expérience de soi et du monde dans la schizophrénie. Afin d'apporter la compréhension adéquate prônée par la phénoménologie, nous proposerions une approche complémentaire des modèles empiriques actuels et des perspectives en première et seconde personne.