
**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**

Auteur : Duruisseau, Justine

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 : 2017-2018

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/5999>

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.



*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

Mémoire présenté par Justine DURUISSEAU en vue de l'obtention
du grade de Master en Sciences Psychologiques

Promoteur : Professeur Jérôme ENGLEBERT

Lecteurs : François MONVILLE & Laurens VAN CALSTER

Année académique 2017-2018

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon professeur et promoteur, Monsieur Englebert pour sa bienveillance, sa grande disponibilité et ses conseils avisés. Merci tout d'abord de nous avoir aidé à poser un regard nouveau sur le domaine psychiatrique, mais surtout pour m'avoir permis de travailler sur un sujet qui m'a passionné du début à la fin.

J'adresse également un merci tout particulier aux patients ayant accepté de participer à ce mémoire, car sans eux, rien de tout cela n'aurait été rendu possible. Je ressors enrichie de nos rencontres.

Je tiens à remercier également le Docteur Monville pour la confiance qu'il m'a accordée en m'ouvrant les portes de son service et m'aiguillant par rapport aux patients. Merci également pour l'intérêt porté à la lecture de ce travail.

Je remercie également du fond du cœur, Sophie Tambour, qui m'a accompagnée tout au long de mes réflexions, questionnements et craintes, me permettant d'aborder ce mémoire un peu plus sereinement.

Je remercie également Monsieur Van Calster pour l'intérêt porté à ce travail ainsi que le temps consacré à sa lecture.

Merci également à mes parents de m'avoir permis de réaliser les études que j'ai adorées et qui ont participé à me faire grandir et devenir la personne que je suis aujourd'hui. Merci également pour leur soutien tout au long de ce parcours universitaire.

Finalement, je ne remercierai jamais assez ma sœur et mes formidables amis, mes soleils, pour leur amour indéfectible, leurs précieux encouragements quand j'en avais le plus besoin, leur soutien sans faille ainsi que les relectures acharnées et leurs conseils éclairants.

Table des matières

Introduction	9
Premier chapitre : Aspects théoriques	11
1.1 Peut-on comprendre la folie ?.....	11
1.2 L’approche phénoménologique	12
1.3 Lecture phénoménologique de la schizophrénie	12
1.4 La conscience de soi	14
1.4.1 L’identité narrative	15
1.5 Hypothèse d’altération de l’ipséité	16
1.5.1 L’hyper-réflexivité	16
1.5.2 Auto-affection amoindrie	17
1.5.3 L’accroche au monde	17
1.6 Le rapport au monde	18
1.6.1 Une perte du sens commun	19
1.6.2 Manifestation des anomalies de l’expérience au monde.....	21
1.7 La temporalité.....	24
1.7.1 La temporalité implicite	24
1.7.2 La temporalité explicite.....	25
1.7.3 La temporalité intersubjective.....	25
1.7.4 Schizophrénie et temporalité.....	26
1.8 Le manque d’insight dans la schizophrénie.....	27
Deuxième chapitre : Méthodologie	29
2.1 Projet.....	29
2.2 Présentation des échelles	30
2.2.1 Echelle « EASE ».....	30
Domaine 1 : Cognitions et cours de la conscience	32
Domaine 2 : troubles de la conscience de soi et de la présence	32

Domaine 3 : expériences corporelles.....	34
Domaine 4 : transitivity/ troubles de la démarcation de soi.....	34
Domaine 5 : réorientation existentielle.....	35
2.2.2 Echelle « EAWE »	35
Domaine 1 : Espace et objets.....	38
Domaine 2 : Temps et évènements.....	38
Domaine 3 : Personnes	39
Domaine 4 : Langage.....	40
Domaine 5 : Atmosphère.....	41
Domaine 6 : Réorientation existentielle	42
2.3 Comparaison des échelles	42
2.4 Données	45
2.4.1 Population cible.....	45
2.4.2 Echantillon	46
2.4.3 Arrêt du projet.....	46
2.4.3.1 Rémy.....	46
2.4.3.2 Sandy	47
2.4.4 Conduite des entretiens	48
2.4.5 Récolte, analyse et cotations des données.....	50
2.4.5.1 Récolte des données	50
2.4.5.2 Analyse des données.....	51
2.4.5.3 Cotation des données	51
Troisième chapitre : Analyse des entretiens.....	54
3.1 Rencontre avec Fabrice	54
3.1.1 Eléments anamnestiques	55
3.1.2 Analyse	56
3.1.2.1 EASE	56

3.1.2.1.1 Vue d'ensemble.....	56
3.1.2.1.2 Tableau de cotation.....	58
3.1.2.2. EAWE.....	59
3.1.2.2.1 Vue d'ensemble.....	59
3.1.2.2.2 Tableau de cotation.....	62
3.1.2.2.3 Apports spécifiques.....	63
3.1.2.3 Réflexion.....	65
3.1.2.3.1 Phénomènes de transitivity (liés au sentiment de posséder des dons extraordinaires).....	65
3.1.2.3.2 Distorsion de la perspective en première personne (lié à la sensation d'être contrôlé, de perdre sa liberté).....	66
3.2 Rencontre avec Amy.....	68
3.2.1 Eléments anamnestiques.....	69
3.2.2 Analyse.....	71
3.2.2.1 EASE.....	71
3.2.2.1.1 Vue d'ensemble.....	71
3.2.2.1.2 Vue d'ensemble.....	72
3.2.2.2 EAWE.....	74
3.2.2.2.1 Vue d'ensemble.....	74
3.2.2.2.2 Tableau de cotation.....	74
3.2.2.2.3 Apports spécifiques.....	77
3.2.2.3 Réflexion.....	77
3.2.2.3.1 L'hyper-réflexivité.....	77
3.2.2.3.2 Perte de sens commun.....	79
3.3 Rencontre avec Patrick.....	80
3.3.1 Eléments anamnestiques.....	81
3.3.2 Analyse.....	83
3.3.2.1 EASE.....	83
3.3.2.1.1 Vue d'ensemble.....	83
3.3.2.1.2 Tableau de cotation.....	84
3.3.2.2 EAWE.....	85
3.3.2.2.1 Vue d'ensemble.....	85

3.3.2.2.2 Tableau de cotation.....	86
3.3.2.2.3 Apports spécifiques	87
3.3.2.3 Réflexion	88
3.3.2.3.1 Trouble de l'ipséité de la pensée	88
3.3.2.3.2 Expériences cénesthésiques.....	89
3.4 Rencontre avec Nicolas	90
3.4.1 Eléments anamnestiques.....	91
3.4.2 Analyse.....	93
3.4.2.1 EASE	93
3.4.2.1.1 Vue d'ensemble.....	93
3.4.2.1.2 Tableau de cotation.....	94
3.4.2.2 EAWE.....	95
3.4.2.2.1 Vue d'ensemble.....	95
3.4.2.2.2 Tableau de cotation.....	96
3.4.2.2.3 Apports spécifiques	98
3.4.2.3 Réflexion	99
3.4.2.3.1 Hyper-réflexivité.....	99
3.4.2.3.2. Sentiment d'être spécial ou supérieur	100
3.5 Rencontre avec Maria	101
3.5.1 Eléments anamnestiques	102
3.5.2 Analyse.....	103
3.5.2.1 EASE	103
3.5.2.1.1 Vue d'ensemble.....	103
3.5.2.1.2 Tableau de cotation.....	104
3.5.2.2 EAWE.....	104
3.5.2.2.1uVue d'ensemble.....	104
3.5.2.2.2 Tableau de cotation.....	105
3.5.2.2.3 Apports spécifiques	106
3.5.2.3 Réflexion	106
3.5.2.3.1 Perte de sens commun observée	106
3.5.2.3.2 Hypothèses quant au faible taux d'items.....	108
Quatrième chapitre : Discussion	111

4.1 Pôles communs.....	111
4.1.1 EASE	111
4.1.2 EAWE.....	116
4.1.3 En résumé	117
4.2 Réflexion sur l'échelle EAWE	117
4.3 Narration et observation	118
4.4 Limites.....	120
Conclusion.....	121
Bibliographie.....	122

« Et si la folie, du moins dans certaines de ses formes, dérivait d'une intensification plutôt que d'un affaiblissement de la conscience, et d'une aliénation non pas de la raison mais des émotions, de l'instinct, du corps ? »

(Sass, cité par Englebert & Valentiny, 2017)

Introduction

Le secteur psychiatrique actuel s'appuie en majorité sur des manuels classificatoires tels que le DSM-V afin d'établir le diagnostic des maladies psychiatriques (Martin & Piot, 2011). Les psychopathologies sont alors définies sur base de symptômes quantitatifs et observables par un tiers professionnel. Hélas, les patients ne se sentent pas toujours en accord avec la psychopathologie qui leur est attribuée (Englebert, 2014).

Et si nous procédions différemment ? Si nous écoutions nos patients ? Si nous les laissions s'exprimer à propos de leur psychopathologie ?

Effectivement, certains auteurs se sont questionnés par rapport à la pertinence de cette approche en troisième personne afin de s'en détacher et réattribuer au patient une place d'expert de son expérience subjective. Les auteurs appartenant au courant phénoménologique ont donc décidé de quitter ce mode d'attribution d'un point de vue externe pour aller à la rencontre du vécu des patients (Englebert & Valentiny, 2017).

En outre, nous remarquons à travers la littérature que le spectre schizophrénique est sous-tendu par une charpente psychopathologique dynamique, sous-jacente aux signes exprimés tels que les délires, les hallucinations ou le retrait social (Minkowski 1927 ; Blankenburg, 1991 ; Stanghellini, 2000). Cette structure se rapporte intimement à la conscience de l'individu, de son identité. L'approche centrée sur une perspective en première personne propose ainsi d'explorer les anomalies de l'expérience de soi et du monde présentes au sein de la schizophrénie afin d'en dégager une vision plus profonde et authentique de leur réalité (Sass, 2013). C'est dans la lignée de cette approche que nous avons abordé le présent mémoire. Elle permet d'ailleurs de fournir une meilleure compréhension de la psychopathologie dans la recherche et la formation clinique, atténuant ainsi la dépendance excessive aux «listes de contrôle des symptômes» (Nelson, Parnas & Sass, 2014).

Dans un premier temps, nous balayerons la littérature scientifique afin de définir au mieux l'approche phénoménologique et expliquer en quoi elle propose une lecture nouvelle de la schizophrénie. Nous aborderons ensuite la question de la conscience de soi, du rapport au monde et de l'accordage relationnel en lien avec cette psychopathologie.

Dans un deuxième temps, nous vous présenterons les échelles EASE – Examination of Anomalous Self-Experience- et EAWE – Examination of Anomalous World Experience –

utilisées dans notre méthodologie afin d'aborder les anomalies de l'expérience vécues par des sujets schizophrènes. Nous évoquerons également notre démarche de « sélection » et de rencontre des sujets. Au sein du troisième chapitre, nous développerons notre cheminement d'analyse des entretiens afin d'établir un aperçu des anomalies de l'expérience vécues par chaque patient et d'en détailler les plus saillantes pour chacun d'eux. Nous reprendrons finalement différents points lors de la discussion avant de clôturer ce travail par une conclusion.

Premier chapitre : Aspects théoriques

1.1 Peut-on comprendre la folie ?

Rebushi, Amblard et Musiol (2012) tentent de déconstruire l'idée qu'il faille se contenter d'une approche en troisième personne consistant à établir un diagnostic sur base de symptômes et comportements observables, indépendamment du ressenti du patient. Ils souhaitent en effet se détacher d'une vision purement externe aux malades mentaux délirants. Ils s'attellent donc à défendre l'hypothèse stipulant que malgré la folie, le sujet conserve sa rationalité même si elle s'avère déviante de la norme.

En effet, nous remarquons dans la pratique que ce que racontent « les fous » n'est généralement pas considéré comme sérieux. Lors des échanges, la seule rationalité entendue demeure celle du professionnel. C'est ici que Louis Sass intervient en proposant une lecture interne de l'individu, se situant dans une perspective en première personne (Rebushi & al., 2012). Il ne conteste pas l'approche utilisée par le positionnement en troisième personne, mais trouve un intérêt à la complémentarité des deux visions. Effectivement, il serait riche de rencontrer le patient dans sa subjectivité afin d'accompagner le point de vue du professionnel.

Les auteurs (Ibid.) postulent que le schizophrène n'aurait pas perdu sa rationalité mais ferait preuve d'une rationalité différente de la rationalité dite « classique ». Le sujet présenterait une logique tolérante aux contradictions, c'est-à-dire qu'un délire ayant un sens réel pour l'individu, paraîtrait cependant incohérent aux yeux d'une personne extérieure.

Ce décalage de logique pose la question de la compréhension des individus touchés par la maladie mentale. Dans quelle mesure sommes-nous aptes à les comprendre ?

Louis Sass suggère, non plus de faire porter le « déficit de la réalité » sur le contenu des idées de l'individu, mais sur son mode d'appréhension de ce contenu. Lors d'un échange entre une personne schizophrène et un membre du corps professionnel, nous pouvons assister à des moments de « rupture » qui semblent n'être principalement perçus que par l'interlocuteur du sujet schizophrène (Rebushi & al.). Les ruptures se présenteraient au niveau du processus de construction de la représentation conversationnelle. Il semblerait dès lors intéressant de porter son attention sur l'interprétation que fait chaque participant de la conversation.

Nous tentons ici une remise en question du positionnement de domination du professionnel envers le patient. Plutôt que de considérer l'autre comme un aliéné,

1.2 L'approche phénoménologique

D'influence philosophique, la phénoménologie fut adaptée à la psychologie et définie par Tatossian et al. (2002) par « un changement d'attitude qui consiste en l'abandon de l'attitude naturelle et « naïve » à travers laquelle nous appréhendons ce que nous rencontrons comme des réalités objectives subsistant indépendamment de nous ». Le phénoménologue refuse tout préjugé et ne s'accroche pas à une théorie particulière. Dans le cas contraire, il aurait cessé d'être phénoménologue avant même d'avoir commencé.

Les travaux de phénoménologie psychiatrique proposent comme point commun le caractère immédiat de l'expérience du malade mental. Le concept d'expérience se retrouve placé au centre de la phénoménologie (Tatossian, 2002).

La spécificité de cette approche est de ne pas prétendre expliquer mais plutôt éclaircir l'expérience psychiatrique. Elle se veut purement descriptive et n'a pas la prétention de vouloir apporter quelque chose de fondamentalement nouveau (Ibid.).

Les études phénoménologiques (Stanghellini, Ballerini, & Mancini, 2017) sur les anomalies de la subjectivité humaine nous permettent de déplacer notre attention des symptômes vers une gamme de phénomènes relativement large. Cette approche vise à décrire des phénomènes multiples dans toutes leurs caractéristiques concrètes et distinctives, complétant ainsi l'approche classique basée sur l'observation de symptômes. Son objectif est de fournir aux cliniciens et aux chercheurs une approche des expériences des patients, de sorte que les caractéristiques-clés d'un état pathologique puissent faire surface au sein de leur ressenti. L'objet de recherche devient donc l'expérience du patient.

1.3 Lecture phénoménologique de la schizophrénie

La psychiatrie tend vers une médicalisation croissante, l'utilisation d'outils classificatoires à visée objectivante assimilant davantage symptôme médical à symptôme psychiatrique (Martin & Piot, 2011). Bien que cet aspect fasse partie du métier de psychiatre, une application absolue peut mener à des obstacles tels qu'un manque de sens dans la globalité

du tableau psychiatrique établi. C'est ici qu'intervient la phénoménologie psychiatrique, une approche complémentaire et compréhensive des psychopathologies. En effet, cette méthode vise à saisir les soubassements des expériences vécues par les patients ainsi qu'à élargir l'horizon de compréhension des troubles psychiatriques (Ibid.).

Husserl, un des fondateurs du courant phénoménologique, préconise un retour à l'essence même des choses, passant par la levée des a priori pour aboutir à une démarche pré-théorique. Il ne s'agit cependant pas d'un oubli volontaire de ses connaissances mais bien d'un acte de dépassement de celles-ci. En effet, au niveau de la pratique clinique, l'attitude phénoménologique consiste à mettre entre parenthèses ce que nous savons au préalable afin de rencontrer la singularité propre d'une expérience vécue. Elle propose de se libérer des informations concernant l'étiologie et le mode de fonctionnement intrapsychique et relationnel de la personne afin de la rencontrer (Brokatzky & al., 2015).

Binswanger insiste, lui, sur le fait de ne pas essayer de se mettre à la place du patient, mais de s'atteler à décrire le contexte dans lequel il vit et sa manière propre d'être au monde. Il propose la Dasein analyse, qui considère que l'homme existant (« Dasein ») est le configureur du monde et qu'il faut étudier les relations qu'il entretient avec celui-ci ainsi qu'un retour aux choses mêmes, toujours en l'absence de préjugés (Binswanger, 2016).

La particularité de la lecture phénoménologique est qu'elle se montre explicitative et non explicative. Elle vise ainsi une description profonde et non-empirique, c'est-à-dire qu'elle ne cherche pas de lien de causalité, mais vise la description afin de tenter d'éclaircir et comprendre le trouble (De Brito, 2012). Elle permet d'ailleurs (Englebert & Valentiny, 2017) une remise en question du pouvoir de domination exercée de la part du professionnel envers le patient comme on peut l'apercevoir dans une perspective en troisième personne. Englebert (2014) propose ainsi de déplacer le symptôme médical en arrière-plan afin de s'intéresser aux aspirations, sensations et subjectivité du patient (Ibid, 2014).

L'intelligence de la perspective phénoménologique est de proposer une lecture de la schizophrénie non pas en tant que psychopathologie essentiellement déficitaire mais plutôt comme une organisation menée par une hyperconscience et un investissement important.

1.4 La conscience de soi

Englebert, Stanghellini, Valentiny, Follet, Fuchs et Sass (2017) proposent de définir la conscience comme étant la manière qu'a un sujet d'entrer en relation avec lui-même, l'environnement et les autres. Ce mode d'entrée en relation est caractérisé, chez les personnes schizophrènes, par une conscience interrogeant explicitement des dimensions tacites de l'existence. L'individu schizophrène présenterait un excès de fonctionnement de la conscience.

La conscience de soi peut être distinguée en deux parts (Englebert, 2013). Nous retrouvons tout d'abord la conscience de soi « préréflexive », implicite et primitive. Il s'agit de la conscience qui n'a pas conscience d'elle-même et qui est présente dès le début de la vie. La seconde entité est dite « réflexive » ; elle demeure explicite et conceptuelle. Elle découle d'une attention portée sur des éléments de sa propre vie mentale ou subjectivité ; c'est la conscience qui se rend compte de ce qu'elle fait. C'est de cette conscience réflexive qu'émerge la capacité à se raconter, à donner un sens aux mots (Ibid.).

L'excès de fonctionnement se traduit par des questionnements incessants, pas seulement sous une forme volontaire mais faisant également partie d'anomalies de la conscience plus « spontanées » (Englebert & al.). Sass (2013) pointe la tendance à mal comprendre le concept d'hyper-réflexivité. Il précise que ce fonctionnement ne peut pas être restreint à exacerbation de la conscience « introspective » provenant d'une démarche volontaire. Evidemment, elle englobe cette facette de la conscience, mais pas uniquement. L'autre versant de l'hyper-réflexivité touche à un processus éprouvé de manière plus passive par les patients. En effet, ils ressentent également une imposition de ces phénomènes à eux qui attrape leur attention afin de les scruter de manière plus intense (Ibid.).

Pour Charbonneau (De Brito, 2012), les manifestations psychotiques constituent des structures pré-psychologiques qui permettent à la personne de rencontrer des objets et d'exister. La phénoménologie serait considérée comme la principale méthode d'accès à l'ipséité, c'est-à-dire ce qui définit l'identité propre d'une personne, son caractère unique. Englebert et Valentiny (2017) considèrent également les symptômes exprimés comme révélateurs de l'expérience de soi et comme constituant l'élément psychopathologique structurant, mettant en évidence une manière d'être-au-monde schizophrénique.

1.4.1 L'identité narrative

De Ryckel et Delvigne (2012) soulignent l'emploi universel et quotidien de la narration en tant que mise en forme de son vécu, permettant ainsi de le rendre compréhensible pour soi-même et pour les autres. Nous nous racontons pour diverses raisons, que ce soit pour se faire connaître, partager des choses ou tout simplement se comprendre soi-même. Raconter demeure une pratique rencontrée dans toutes les cultures et semble constituer un besoin humain, un besoin de se rencontrer soi. Paul Ricoeur introduit la notion d'identité narrative, prenant forme au fur et à mesure que nous racontons nos épisodes de vie. Elle renvoie à la tendance fondamentale de mise en récit de la conscience. Il stipule que le fait de se raconter crée de la cohésion dans notre vie. En racontant, la personne transforme des événements vécus de manière à les rendre plus acceptables pour elle-même.

En effet, se raconter permet d'intégrer son caractère. Cela permet de reprendre ses responsabilités vis-à-vis de ses choix et réactions ; on ressaisit ses actes. La narration donne accès à la compréhension de son propre caractère en fonction des événements vécus. Cependant, les événements partagés sont triés et la construction de l'identité narrative est qualifiée de dynamique. Elle n'est jamais définitive et continue de s'élaborer, reflétant ainsi de l'instabilité de son équilibre. Il ne faut cependant pas négliger l'importance de la relation avec « l'écouter » car c'est en souhaitant convaincre celui-ci que le sujet se persuade lui-même (De Ryckel & Delvigne, 2012).

Cette construction permet d'établir le sentiment de permanence de soi procurant la sensation de continuité et d'unité de soi-même. Lorsque celui-ci fait défaut, notamment dans la schizophrénie, il génère de l'angoisse et de la souffrance chez la personne qui présente des difficultés à établir une continuité entre le soi d'hier et celui d'aujourd'hui ou de demain.

Cette mise en défaut pourrait notamment découler d'une difficulté de récupération des événements de vie rencontrés par les sujets. En effet, Fabrice Berna (2017), se questionne sur la place de l'altération du voyage mental dans le temps comme caractéristique de la schizophrénie. Il relève en moyenne, chez les patients schizophrènes, plus de difficultés à se remémorer consciemment des événements et à récupérer des souvenirs précis, ainsi que les émotions et détails qui y sont associés. Il a également souligné une diminution de la projection dans le futur chez ces patients.

1.5 Hypothèse d'altération de l'ipséité

L'ipséité est un terme provenant du latin, renvoyant à la notion de « soi » ou « soi-même », c'est-à-dire la présence au sens le plus élémentaire de soi. Nous emploierons également le terme de « self » en tant que synonyme. Ce concept représente le simple fait d'exister en tant que « sujet de l'expérience ou agent de l'action vitale et identique à soi ». Ce noyau constitutif du self définirait le point d'origine de l'expérience, de la pensée et de l'action, permettant à l'individu d'appréhender une vie subjective ainsi qu'un sentiment de mienneté – sentiment d'être soi-même - et construisant sa manière propre d'être-au-monde (Sass, 2013).

Conséquemment, une instabilité de la perspective en première personne (Nelson, Parnas & Sass, 2014) fait partie des troubles caractéristiques du spectre schizophrénique. Cette instabilité transparait au travers d'une série d'anomalies de l'expérience qui s'expriment notamment sous formes de dépersonnalisation, perturbation des pensées, sensations ainsi que de la conscience et continuité de soi.

L'hypothèse du trouble de l'ipséité au sein de la schizophrénie présente deux aspects centraux qui semblent contradictoires au premier abord (Sass, 2013). Cependant, ils s'avèrent en réalité interdépendants. Nous allons donc aborder d'une part, le concept de « l'hyper-réflexivité », c'est-à-dire la tendance non volontaire à porter son attention sur des processus généralement considérés comme faisant partie de soi. D'autre part, nous évoquerons la notion « d'auto-affection amoindrie » faisant référence à un déclin du sens d'exister (Ibid.).

1.5.1 L'hyper-réflexivité

Au sein de l'hypothèse d'une altération du self chez les patients atteints de schizophrénie, le premier aspect central est l'hyper-réflexivité. Comme abordée précédemment, elle est définie par Englebert (2014) comme « *la tendance à interroger de façon explicite et rigide les phénomènes implicites et préréflexifs reliés à la conscience de soi, aux sensations corporelles et aux interactions avec l'environnement. Le propre du schizophrène est de douter continuellement de ses expériences et des manifestations du monde qui l'entoure. Il identifiera une valence communicationnelle à certains phénomènes qui en sont pourtant dénués aux yeux d'autrui.* ».

Ce processus de remise en question permanente est repris par Blankenburg (1991) sous l'appellation « perte de l'évidence naturelle ». Il peut se montrer conséquent au point d'en arriver à exclure socialement le sujet et provoquer chez lui une souffrance sociale et identitaire (Englebert, 2014). Effectivement, il est courant que les patients se sentent comme attrapés par des questions existentielles auxquelles ils ne peuvent pas échapper. Un bon nombre de patients tiennent ce genre de discours, qu'à tort, nous n'écoutons généralement pas (Ibid.). Ils peuvent ressentir une douleur psychique importante liée à ces questionnements qui peuvent d'ailleurs heurter jusqu'à leur intégrité physique. Dans le cas de Anne, elle expliquait que ses impressions lui faisaient à nouveau mal ; sa corporéité s'en voyait alors atteinte (Blankenburg, 1991).

1.5.2 Auto-affection amoindrie

Le deuxième aspect principal que l'on retrouve dans cette hypothèse est nommé « l'auto-affection amoindrie » (Sass, 2013). Cette notion fait référence à l'altération du sentiment d'être l'agent de ses actions. Il s'agit du sens d'exister en première personne, du point de vue le plus basique. Alors que l'hyper-réflexivité représente la transformation du tacite en explicite, l'auto-affection diminuée souligne de manière complémentaire que ce qui a été une fois tacite n'est plus perçu comme un moyen d'auto-affection allant de soi. Ces deux mécanismes sont interdépendants et s'expriment de manière plus ou moins intense selon les patients et les périodes de la maladie (Sass, 2013).

Un troisième concept interconnecté aux précédents est ce que l'on appelle la perturbation de la « prise » ou « saisie » du monde, c'est-à-dire la perturbation de la structure spatio-temporelle de celui-ci. Effectivement, on remarque qu'il est parfois difficile pour les patients schizophrènes d'identifier l'origine expérientielle des événements. Il peut donc arriver qu'un patient ne sache plus identifier s'il a vécu, rêvé ou imaginé un épisode particulier (Ibid.).

1.5.3 L'accroche au monde

Nous aborderons dans ce point ce dernier aspect inclus dans l'hypothèse de l'altération du self dans la schizophrénie. Tout d'abord, la perturbation de cette prise sur le monde entraîne

généralement de la perplexité ou la perte du sens commun chez les sujets schizophrènes (Sass, 2013).

De plus, Sass et Parnas (2003) stipulent que, derrière des manifestations symptomatiques différentes, positives ou négatives d'ailleurs, nous pouvons retrouver des structures communes d'altération de l'ipséité. Le modèle du trouble du self considère d'ailleurs les manifestations psychotiques comme des expressions de l'altération subtiles de la subjectivité et du sens de soi fondamental.

Il existe cependant différents niveaux de condition d'auto-affection ou de conscience de soi. Nous pouvons relever des distinctions entre la conscience dans le monde, c'est-à-dire l'ipséité, et un niveau moins élémentaire comprenant l'identité narrative. Le modèle de l'altération de l'ipséité rencontré dans la schizophrénie stipule surtout une altération du sens de soi fondamental, l'altération des autres niveaux n'étant pas considérée comme propres à la schizophrénie (Ibid.).

1.6 Le rapport au monde

Afin d'aborder la présence au monde, nous allons nous tourner vers une conception influente développée par Eugène Minkowski, psychiatre français (1927). Il s'agit de la diminution du sens pré-réflexif de la connexion avec le monde extérieur chez le schizophrène. Cette diminution implique une perte de dynamisme et de contact vital entre le sujet et la réalité ambiante. Tatossian et al. (2002) le rejoignent en considérant l'aliénation schizophrénique au travers de cette rupture de contact. C'est ici qu'intervient le concept d'autisme schizophrénique apporté par Minkowski, fournissant la base des anomalies de l'expérience subjective (Conerty, 2013). Bleuler définit cette notion comme la « prédominance de la vie intérieure accompagnée d'un détachement actif du monde extérieur ».

Minkowski (Martin & Briot, 1991) envisage les actes autistiques à la fois en tant que symptôme et phénomène. Il les définit, dans le cas présent, par des actes sans lendemain, figés, qui ne sont pas émis dans le but d'atteindre un objectif particulier. Du point de vue de Minkowski, la perte de contact vital avec la réalité est pointée comme le mécanisme principal engendrant la schizophrénie (Ibid.). Il faut savoir que l'autisme ne se construit pas, il est présent

d'emblée et constitue une forme d'enfermement, de forteresse qui empêche la personne de vivre pour lui. D'après Minkowski, le schizophrène est victime d'une perte de l'élan vital avec la réalité, c'est-à-dire qu'il ne perd pas simplement la possibilité d'entrer en contact avec l'ambiance, mais avec la dynamique entière qui rythme les contacts, c'est-à-dire tout ce qui rend la relation à autrui vivante (Minkowski, 1927). Stanghellini (2000) nous rappelle que les troubles de la capacité d'attribuer des significations aux situations sociales sont impliqués dans des syndromes psychotiques. Fuchs (2013) relève d'ailleurs la difficulté des patients schizophrènes à décoder les expressions faciales émotionnelles chez leurs interlocuteurs ce qui conduit vers une aliénation du monde social.

D'un point de vue phénoménologique, Martin et Piot (2011) définissent le concept de présence en précisant que le sens de soi et le sens de notre immersion dans le monde vont de pair. Le rapport au monde peut être lu en matière de contenant et non plus de contenu, permettant une compréhension nouvelle de troubles psychotiques. Ils se présenteraient non plus en tant que trouble de perception mais plutôt en tant qu'aspect singulier de « sentir » le monde (Ibid.)

Cette perte « d'évidence naturelle » équivaut pour lui au pivot central de l'existence schizophrénique, c'est-à-dire la perte de sens commun, des règles sociales et des comportements attendus ou non. Il faut savoir que Blankenburg ne considère pas la perte de l'évidence naturelle comme un symptôme spécifique de la schizophrénie, mais plutôt comme un fil conducteur du trouble, la structure sous-jacente de l'être-au-monde schizophrénique (Blankenburg, 1991). Cette hyper-réflexivité caractéristique de l'individu schizophrène a un impact direct et décisif sur le rapport que le sujet entretient avec lui-même, le monde et les autres (Englebert, 2016a).

1.6.1 Une perte du sens commun

Le sens commun implique la connaissance des « règles du jeu » du comportement humain. Il permet le tact, le goût, le sentiment de ce qui est convenable et adéquat, la distinction de ce qui est pertinent ou non, vraisemblable ou pas. Concrètement, il s'agit de l'aptitude à évaluer le juste poids des choses, d'une logique du monde, une logique naturelle (Tatossian & al., 2002). Sa caractéristique centrale réside dans son évidence pour les membres d'une même communauté (Stanghellini, 2000).

De manière générale, nous nous sentons familiers vis-à-vis de l'environnement qui nous entoure, que ce soit au niveau des objets, des situations sociales dans lesquelles nous nous attendons à certaines expressions ou mouvements. Une rupture peut cependant faire surface lorsque des personnes sont en désaccords au niveau de leurs perceptions. Il peut aussi arriver que ce sentiment d'étrangeté émerge lorsque la signification des objets - à quoi sert une chaise ? - ou le comportement d'autrui - pourquoi rit-il ? - semblent étranges (Stanghellini).

Il fait office d'outil d'adaptation (Stanghellini). Effectivement, le sens « commun » représente le socle d'une compréhension pratique de la vie - faire quelque chose - et non théorique - connaître quelque chose. Cette compréhension donne accès à des tentatives d'adaptation pratique lors des actions quotidiennes. Les psychologues évolutionnistes vont jusqu'à considérer que notre survie dépend de notre connaissance de la « texture » du monde (Ibid.).

Concernant l'adaptation sociale de l'individu schizophrène, il est intéressant de se pencher sur le sujet d'un point de vue phénoménologique. Plutôt que de se demander à tout prix en quoi l'attitude schizophrénique est adaptée, il faudrait faire du processus d'adaptation la structure psychopathologique de fond (Englebert, 2014).

En effet, le schizophrène met en place une tentative d'adaptation continue, mais constamment échouée. L'important n'est donc pas d'essayer de savoir quand il est adapté, mais bien comment il est sans cesse en train de s'adapter. Etant donné que son adaptation nous échappe, on peut considérer que le déficit est également de notre côté (Ibid, 2014). Comme le soutient Burns (cité par Englebert, 2016a), le spectre schizophrénique est caractérisé par l'altération de la disposition nécessaire aux échanges sociaux et au partage d'un sens commun, et non au sens à proprement parler (Englebert, 2016a). La perturbation du sens commun provoque de l'étonnement ou de la perplexité chez les sujets schizophrènes vis-à-vis du fonctionnement de notre société. Ils tentent alors de mettre en place des stratégies visant à pallier le manque « d'évidence naturelle ». La mise en place d'algorithmes, sur base d'observation du comportement des autres, peut se constituer une méthode efficace pour apprendre quand et comment intervenir en situation sociale.

Les sujets schizophrènes peuvent également rencontrer des complications à adopter le point de vue de quelqu'un d'autre. Il s'agit, en quelque sorte, d'une incapacité à faire preuve d'empathie (Fuchs, 2013). Les échanges laissent alors parfois place à de mauvaises interprétations engendrant des impressions de persécution.

Du point de vue de Merleau-Ponty (cité par Englebert & Valentiny, 2017 et Englebert & al., 2017), il n'existe pas de conscience sans corps. Bien que la conscience ait tendance à vouloir s'évader du corps chez les personnes schizophrènes, l'intersubjectivité est d'abord une question d'intercorporité. L'hyper-réflexivité pourrait découler d'un trouble de la conscience sensorielle et primitive du soi, elle serait en quelque sorte avant tout une perte du corps commun. Englebert et al. (2017) suggèrent que la propension à l'hyper-réflexivité serait une conséquence d'une conscience fondamentale du soi troublée. Cette tendance pousserait alors le sujet à se prendre lui-même ou sa pensée comme objet de réflexion (Englebert, 2013).

La clinique ainsi que les recherches en neurosciences sociales se sont mises d'accord sur le fait que les personnes schizophrènes identifiaient comme stimuli saillants, des stimuli considérés comme neutres par la plupart des gens. C'est à partir d'ici que le terme hyper-réflexivité prend forme car tout devient alors cible d'interrogations et de pensées (Englebert & al., 2017).

Au quotidien, nous rencontrons des milliers de stimuli provenant de toute part. Nous sommes donc contraints à effectuer une sélection de ceux-ci de manière automatique en fonction de leur pertinence. Cette pertinence constitue le socle des échanges sociaux, du sens commun. En effet, parmi les informations reçues, certaines s'avèrent être plus pertinentes que d'autres. Nous remarquons cependant que les sujets schizophrènes éprouvent parfois des difficultés au niveau de la sélection de ces stimuli en fonction de leur pertinence, constituant un obstacle dans le partage avec le monde environnant. Cette « barrière » peut se présenter comme un point d'origine du retrait social vécu par l'individu (Ibid.).

1.6.2 Manifestation des anomalies de l'expérience au monde

Les auteurs issus des perspectives phénoménologiques suggèrent que l'expérience de soi et l'expérience du monde sont intimement liées. Ceci stipule qu'il devrait exister une forte corrélation entre les perturbations fondamentales de soi et les perturbations dans la perception de l'espace et des objets. Selon ce point de vue, l'altération de la conscience de soi est associée à une perturbation de l'expérience des stimuli externes (Silverstein, Demmin, & Skodlar, 2017). Les objets peuvent ainsi être perçus sous une intensité modifiée. L'individu peut également les percevoir comme fragmentés ou variant de forme, de taille ou de couleur. L'espace peut alors

être considéré comme déformé jusqu'à parfois en devenir menaçant. Ces anomalies voient le jour lors du premier épisode psychotique et se voient plus prononcées au fur et à mesure que la pathologie se chronicise. (Ibid.).

Comme évoqué précédemment, d'autres altérations de l'expérience se situent au niveau de la temporalité. En effet, Minkowski (1937) stipule que le trouble de la temporalité se retrouve au centre du concept de perte de contact vital avec la réalité. Kimura (Fuchs & Van Duppen, 2017) prétend que la schizophrénie implique une dominance de l'orientation vers le passé – « ante-festum » -. Le patient schizophrène semble anticiper constamment l'avenir, souvent avec une sorte d'impatience anxieuse, et ses actes, pensées et mots peuvent ne pas être compris par une personne qui ne sait pas ce que redoute le sujet. Selon Kimura, le genre particulier d'orientation schizophrénique de l'ante-festum, y compris les formes caractéristiques d'anxiété ontologique et les sentiments d'étrangeté, découle du manque de constance du soi fondamental.

Il arrive également que les patients expérimentent un arrêt brusque du temps, une perte de continuité entre le passé, le présent et l'avenir, ou un sentiment profond de déjà-vu en tant que projection du passé dans le présent (Fuchs & Van Duppen, 2017). Ils peuvent aussi se percevoir comme coincés dans un moment du temps, ce qui peut déboucher sur des délires d'immortalité.

Il a été mis en lumière que la conscience fondamentale de soi est intimement liée à la conscience du temps intérieur. L'individu peut également avoir l'impression que son propre temps se déroule plus ou moins rapidement que le temps extérieur, comme s'il se manifestait une sorte de décalage au niveau temporel entre lui-même et le reste du monde (Ibid.). Stanghellini (cité par Fuchs & Van Duppen, 2017) a également mis en évidence un phénomène à travers lequel les personnes schizophrènes peuvent vivre différents moments, non pas en tant que continuité mais comme une suite de séquences fragmentées.

Au sein de la schizophrénie, nous retrouvons également des anomalies de l'expérience liées aux interactions sociales (Stanghellini & al., 2017). En effet, comme évoqué précédemment, le sujet schizophrène peut présenter un trouble de l'intersubjectivité, c'est-à-dire une altération de la capacité à comprendre autrui et saisir ses actes et expressions. Il arrive que l'individu ne sache pas décoder la manière d'agir des personnes qui l'entourent ; ils peuvent même lui paraître envahissants par rapport à lui. Des anomalies de l'expérience touchent parfois

à des difficultés de démarcation entre soi et les autres ou des changements d'apparence de personne que l'on connaissait, voire une déshumanisation (Ibid.).

Nous remarquons que les troubles du langage semblent être omniprésents dans la schizophrénie. Néanmoins, penchons-nous désormais sur l'expérience que les patients en font (Pienkos & Sass, 2017a). En allant à leur rencontre, nous nous rendons compte que certains peuvent expérimenter leur langage comme semblant faux par moment ou privé de toute signification, comme si leurs mots semblaient tout à coup vides de sens. La parole apparaît alors détachée de l'expérience du sujet qui se sent alors inauthentique. D'autres personnes décrivent un sentiment de ne pas trouver les bons mots pour aborder les expériences qu'ils vivent, comme si le langage était inadéquat. Il arrive également que des individus ressentent le besoin d'inventer de nouveaux mots ou considèrent parfois que des mots comportent une multitude de sens (Ibid.).

Au niveau de l'atmosphère du monde environnant, les patients expriment également des manifestations « d'anomalies » de l'expérience (Sass & Ratcliffe, 2017). Ils peuvent expérimenter par exemple une perte de la sensation de réalité, percevoir le monde comme soudainement étrange ou différent. Une impression que quelque chose est en train de se préparer, sans savoir identifier de quoi il s'agit, peut également émerger. La familiarité du monde s'en voit parfois altérée, c'est ici que la perte d'évidence naturelle fait surface (Ibid.).

Pienkos et Sass (2017b) rapportent que les valeurs et attitudes individuelles ainsi que la conception du monde seraient liées à la maladie mentale, et plus spécifiquement à la schizophrénie. Si nous reprenons la notion de perte de sens commun avec le monde, il est évident qu'un écart va se creuser entre l'individu et les gens qui l'entourent. Ce fossé va alors susciter des préoccupations chez le sujet atteint de schizophrénie. Les sujets schizophrènes peuvent alors procéder à ce que l'on appellerait une réorientation existentielle pouvant engendrer par exemple un rejet des règles sociales, un désir de s'en distancier. Il peut faire preuve de scepticisme intense vis-à-vis de la société dans laquelle il vit. L'individu peut se sentir spécial, supérieur aux autres et/ou peut avoir le sentiment d'être muni de dons extraordinaires (Ibid.). Ces caractérisations suggèrent généralement que les personnes atteintes de schizophrénie sont plus susceptibles de suivre des croyances idiosyncrasiques, souvent excentriques, de penser et d'agir, questionner ou rejeter les conventions et le bon sens, refuser ou éviter les relations et l'intimité avec les autres, et vivre selon des règles intellectuelles et idéalistes (Ibid.)

Ces anomalies de l'expérience seront reprises dans la partie méthodologique de ce mémoire car nous utiliserons des échelles mises au point afin de tenter leur exploration.

1.7 La temporalité

Nous allons aborder dans cette section la question de la temporalité. Nous tenterons de définir d'une part ce qu'est la temporalité implicite, d'autre part, la temporalité explicite pour ensuite tenter de mettre en lumière en quoi elle fait défaut dans la schizophrénie.

Fuchs (2013) nous rappelle que les maladies mentales peuvent s'accompagner d'un changement fondamental de la temporalité subjective, pouvant aller jusqu'à fragmenter la conscience de soi dans le temps.

Pour commencer, il est important de distinguer ce que l'on considère comme temporalité *implicite* et *explicite*, c'est-à-dire temporalité en termes de vécu pré-réfléchi et en tant qu'expérience consciente (Ibid.).

1.7.1 La temporalité implicite

Le mode implicite demeure l'assise de notre expérience, il s'agit du moment où l'on n'éprouve pas le temps qui passe. La temporalité implicite touche en effet chaque moment dans lequel nous sommes captivés par une activité. Enfin, l'aspect implicite nécessite deux conditions pour exister (Ibid.).

La première est basée sur la continuité élémentaire de la conscience, continuant la « conscience du temps intérieur ». Différents moments successifs dans le temps ne suffisent pas à construire cette continuité. Elle s'élabore à partir du moment où ces instants sont reliés par une intention dirigée. Fuchs (2013) utilise d'ailleurs la métaphore de la mélodie pour souligner la dynamique créée par les différentes notes dans le but de créer une musique ; les tons sont alors organisés en fonction de ceux qui précèdent et qui suivent. Cette notion sera reprise sous le terme de « *synthèse* ». La connexion entre le début et la fin contient également une conscience de soi implicite, qui est profondément liée à « l'ipséité » et qui constitue le fondement de l'identité personnelle de l'individu.

La seconde condition requise est ce qui est nommé l'élan « énergétique », à la base de la spontanéité et la poursuite des buts. Elle sera appelée « *conation* ». Son importance est particulièrement flagrante lorsque l'on observe des changements d'états motivationnels affectant le sens du temps vécu des patients au travers de différentes psychopathologies (Ibid.).

Pour une meilleure compréhension, nous avons détaillé ces deux concepts séparément. En réalité, ils s'avèrent interconnectés et contribuent tous deux à la formation d'un sens de soi cohérent.

1.7.2 La temporalité explicite

L'expérience de temporalité explicite s'ajoute au monde implicite lorsqu'il y a interruption soudaine de l'activité inconsciente. Cette rupture peut être due à un bruit brusque, de l'étonnement, de la honte ou par exemple une perte éprouvante. A ce moment précis s'établit une fragmentation du temps, l'événement se détache du continuum temporel pour se transformer en souvenir (Fuchs, 2013).

Le temps expérimenté découle donc d'une perturbation qui interrompt la continuité de l'être. Il est vécu comme étroitement lié à des émotions spécifiques telles que les remords ou le désir, l'impatience. Le temps explicite se voit synthétisé par le sujet à travers la narration, permettant d'établir une continuité entre le passé, le présent et son futur tout en s'appropriant le récit. Son identité prend alors doucement forme. Fuchs (2013) considère tout de même que plus nous sommes engagés dans une action, moins nous portons attention au temps et au corps.

1.7.3 La temporalité intersubjective

La temporalité est avant tout un processus relationnel. Depuis la nuit des temps, nous observons que les organismes biologiques se synchronisent en fonction des rythmes circadiens, mensuels et annuels (Fuchs, 2013).

Depuis notre plus jeune âge, la mise en contact avec autrui engendre un accordage de notre communication émotionnelle et corporelle. L'interaction quotidienne implique donc une harmonisation temporelle, créant le sentiment de vivre dans le même temps intersubjectif que

les personnes qui nous entourent. Nous ne sommes généralement pas conscients de cet ajustement interactionnel. Néanmoins, il devient explicite lorsqu'il s'agit de rendez-vous fixés au préalable (Ibid.).

La synchronisation avec le monde environnant nous procure un sentiment de bien-être dans lequel on vit pleinement ses activités sans se préoccuper du temps explicite. Elle requiert cependant des capacités d'intuition (Stanghellini, 2000).

Il existe cependant des moments particuliers lors desquels nous pouvons ressentir un décalage entre notre temps subjectif et celui des autres. Ce sentiment apparaît d'ailleurs plus sévèrement au travers de la maladie. Dans ce cas, nous semblons perdre nos capacités à agir et nous nous sentons comme en dehors du temps social qui continue de s'écouler (Ibid.).

1.7.4 Schizophrénie et temporalité

Fuchs (2013) stipule que la perturbation génératrice de la schizophrénie résiderait en l'affaiblissement et fragmentation temporelle de l'existence de soi. Les symptômes tels que la perturbation du cours de la pensée, la perte « d'évidence naturelle » ainsi que le retrait social découleraient pour lui de la fragmentation de l'arc intentionnel – direction corporelle de notre attention (Fuchs & Van Duppen, 2016) -. Cet arc est l'élément de base de la réalisation de soi.

Au sein de la schizophrénie, la perturbation de la cohérence du soi atteint l'accordage relationnel ce qui nous amène à percevoir la schizophrénie en tant que perturbation de l'intersubjectivité basale (Fuchs 2013 ; Stanghellini, 2000). En effet, Stanghellini (2000) avance l'hypothèse que le déficit observé chez les patients n'est en rien une conséquence des symptômes exprimés mais constitue l'aspect fondamental de la vulnérabilité schizophrénique.

La perturbation de la cohérence temporelle de la conscience de soi peut donner lieu à différents troubles, notamment au niveau de la concentration, blocage de la pensée ou des difficultés de compréhension sémantique. Des perturbations plus subtiles peuvent également suggérer une faiblesse de soi. Etant donné que la temporalité et l'ipséité sont intrinsèquement liées, et qu'il a été mis en avant qu'un trouble de l'ipséité constituerait une des caractéristiques phares de la schizophrénie ; nous pouvons alors postuler que la perturbation de l'auto-cohérence temporelle en soit une autre (Ibid.).

Dans ce cas, il arrive que les patients perdent la connaissance tacite de leur corps et le prennent pour objet de réflexion et/ou d'introspection. Ils peuvent aller jusqu'à douter de leur expérience ou se sentir détachés de leurs ressentis.

1.8 Le manque d'insight dans la schizophrénie

On remarque dans la clinique qu'un grand nombre de patients schizophrènes semblent ne pas se rendre compte de leurs difficultés. Ce manque de reconnaissance est appelé manque « d'insight ». D'ordinaire, (Mintz, Dobson & Romney, 2003), l'insight – traduit par « perspicacité » en français - est défini comme la capacité à discerner la véritable nature d'une situation. Cependant, dans le milieu psychiatrique, il est composé de la prise de conscience du patient vis-à-vis de ses troubles mentaux, des conséquences sociales qu'ils engendrent, de la nécessité à prendre un traitement, de la présence de symptômes ainsi que leur attribution à un trouble.

Un grand nombre de patients psychiatriques manifestent une altération de la conscience des troubles, c'est-à-dire un « défaut de l'insight » (Raffard & al., 2008 ; Aragnes 2012). Le manque d'insight correspond à ce que l'on nomme « anosognosie » en neuropsychologie et est également proche de la notion de déni retrouvée en psychanalyse (Airagnes, 2012). L'insight se rapproche du concept de conscience de soi et représenterait la capacité à se décentrer afin de porter un regard sur sa maladie (Raffard & al., 2008).

Les théoriciens suggèrent deux hypothèses quant à la compréhension du manque d'insight. D'une part, certains considèrent que le manque d'insight est engendré par un dysfonctionnement cognitif, entraînant l'incapacité des patients à reconnaître qu'ils souffrent de troubles. D'autre part, un modèle stipule que l'insight réside plutôt en une stratégie cognitive, par laquelle les patients sont dans un sens, conscients de leur maladie mais sont également incités à se tromper eux-mêmes afin de préserver une bonne estime d'eux-mêmes ou une attitude positive. Cette hypothèse constituerait une forme de tentative d'adaptation (Mintz & al., 2003).

D'une part, la recherche s'est davantage tournée vers les patients diagnostiqués schizophrènes car le manque d'insight représente un obstacle à la compliance des patients face au traitement et constitue donc une barrière à leur bien-être (Raffard & al., 2008).

D'autre part, la clinique a démontré une plus forte propension et sévérité de ce défaut au sein de la population schizophrène, comparativement à d'autres psychopathologies telles que la dépression majeure avec ou sans composante psychotique (Amador & al., 1994). En effet, la littérature souligne que 50 à 80% des patients schizophrènes estiment ne pas avoir de troubles (Mintz & al., 2003). De plus, nous remarquons également que le DSM-V (Crocq & al., 2016) considère le manque d'insight comme un symptôme propre au spectre schizophrénique. Cependant, Amador et al. (1994) ont mis en lumière une relation significative modérée entre la faiblesse de l'insight et la sévérité de symptômes tels que les délires, les troubles de la pensée et les comportements désorganisés. Il n'a cependant pas relevé de relation avec les symptômes dits « négatifs ».

En définitive, n'oublions pas que l'évaluation de l'*insight* découle d'une différence de point de vue entre un professionnel et un patient qui possèdent tous les deux leur propre subjectivité et croyances (Raffard & al., 2008). Il devient donc nécessaire que le soignant prenne en compte la réalité propre du patient en l'accompagnant à envisager différemment ses expériences vécues (Ibid.).

Deuxième chapitre : Méthodologie

2.1 Projet

En se détachant d'une perspective classique en troisième personne consistant en l'attribution, depuis une position externe, de signes cliniquement observables en dehors de tout ressenti exprimé par le patient, l'essence même de ce projet a pour but de partir à la rencontre de personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. L'objectif ici réside dans la co-construction d'un discours évoquant ce que l'on nomme les « anomalies de l'expérience ». Le but de ce travail ne consiste pas à définir ce qu'est la schizophrénie mais d'envisager la manière dont s'incarne la subjectivité de personnes atteintes d'un trouble du spectre schizophrénique ainsi que de mieux comprendre le rapport qu'elles entretiennent avec elles-mêmes et avec le monde.

Il demeure essentiel pour nous d'offrir une place de partenaire aux patients et non les cantonner à de simples sujets d'étude observables. L'intérêt ici fut donc d'opter pour une perspective en première personne afin d'accueillir la parole des patients, leur laissant ainsi la liberté de mettre en mots leur vécu subjectif le plus intime soit-il. En effet, il n'est pas question ici d'évoquer quelconques délires ou hallucinations. Notre intention est plutôt d'aider les sujets à verbaliser des ressentis, relevant parfois de l'ordre du prélinguistique, telle que notamment la perte d'évidence naturelle mise en lumière par Blankenburg (1991).

Afin d'avoir l'opportunité de rencontrer des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie, nous nous sommes tournés vers une unité spécialisée dans la prise en charge et la réhabilitation de personnes souffrant de troubles psychotiques de la région. Nous partions dans l'idée de rencontrer environ six patients afin de réaliser des entretiens individuels permettant d'aborder les anomalies de l'expérience qui peuvent se manifester au cours de leur vie.

Il était important pour nous d'aborder ces personnes dans la lignée de l'approche phénoménologique, c'est-à-dire de la manière la plus neutre possible, en mettant en suspension nos propres conceptions de ce qu'est la schizophrénie. Il s'avérait important de ne pas mener les entretiens en tant que spectateur désimpliqué, ce qui aurait pour risque de fixer les patients dans leur exclusion du monde commun et de les enfermer dans un statut d'hommes aliénés (Binswanger, 2016). L'important ici est de partager les difficultés de la personne en face de soi, de tenter de comprendre ses problématiques de manière empathique et d'investiguer au mieux sa manière d'être-au-monde. En effet, les échelles que nous présenterons ci-dessous ont été mises au point dans la

lignée de cette philosophie. Elles sont désireuses de permettre à l'expérience de se révéler telle qu'elle est et non telle qu'elle est pré-pensée.

La méthode employée se dit « qualitative ». Cela signifie que le nombre de sujets rencontrés est moins important, néanmoins on y gagne en profondeur d'exploration des anomalies de la conscience de soi et de l'expérience du monde.

2.2 Présentation des échelles

2.2.1 Echelle « EASE »

L'échelle d'Evaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi (EASE) est une échelle clinique d'orientation phénoménologique permettant l'exploration semi-structurée d'une série de difficultés révélatrices d'anomalies de l'expérience subjective. Ces anomalies sont considérées comme troubles de la conscience de soi, dans son niveau le plus élémentaire ou « minimal ». Sa création s'est basée sur des descriptions de soi de la part d'environ cent patients avec un trouble débutant du spectre schizophrénique. Parnas et Jansson ont réalisé des entretiens pendant quatre ans, ce qui a constitué les exemples fournis pour la plupart des items. L'échelle est d'une grande utilité pour décrire et aider au diagnostic ainsi qu'au diagnostic différentiel des troubles faisant partie du spectre schizophrénique. Elle ne peut cependant pas être employée seule pour poser un diagnostic. On remarque d'ailleurs que les troubles de la conscience de soi sont absents du DSM-V (Parnas & al., 2012). Une étude précédemment menée auprès d'une centaine de patients a pu mettre en évidence l'importance des troubles de soi dans la schizophrénie (Ibid.). Une autre recherche a pu établir ainsi que les troubles du soi pouvaient permettre de discriminer des patients souffrant d'une schizophrénie résiduelle par rapport à des patients atteints de bipolarité à caractère psychotique en rémission (Parnas & al., 2003 cités par Sass, 2013). Cette étude nous livre un aperçu quant à la spécificité de l'échelle EASE vis-à-vis de la schizophrénie.

Cette échelle se veut descriptive et qualitative, permettant de détailler des phénomènes ayant pour point commun une sorte de déformation de la perspective en première personne ou défaut de sentiment d'être un sujet. Son élaboration a été rendue possible grâce aux récits de patients décrivant leurs ressentis parfois via des métaphores. La métaphore est perçue comme le début de la conceptualisation d'expériences préreflexives (Parnas & al., 2012). Elle symbolise la formulation explicite d'un vécu subjectif et pré-linguistique de manière à être

compréhensible et accessible par autrui. En effet, puisque les phénomènes abordés à travers l'échelle ayant parfois un caractère étrange pour les patients, il peut arriver qu'ils manquent de mots afin d'explorer leur vécu. De plus, certains n'ont parfois jamais eu l'occasion d'évoquer ce type d'expériences par le passé. Certains patients peuvent également se retrouver dans l'embarras face à des expériences qui peuvent s'avérer être profondément perturbantes, parfois jusqu'à être perçues comme inhumaines ou considérées comme n'appartenant qu'à eux.

Elle comprend les cinq domaines d'investigation suivants : « cognitions et cours de la conscience », « trouble de la conscience de soi et de la présence », « expériences corporelles », « transitivity/ troubles de la démarcation de soi » et « réorientation existentielle ». L'échelle est composée de cinquante-sept items comprenant pour la plupart des sous-types.

L'intérêt principal de EASE est de nous permettre d'aborder le vécu subjectif des patients, d'approcher au mieux la manière dont le patient fait l'expérience de lui-même et du monde. L'importance des expériences évoquées ne demeure pas en la réalité objective ou médicalement définie mais réside en la perception que le patient en a, en sa propre réalité. En effet, étant donné que cette échelle tente d'évaluer des anomalies de l'expérience sous une perspective en première personne, elle prend en compte le fait que les expériences évoquées sont indiscutablement réelles pour le patient (Parnas & al., 2012).

La passation doit se dérouler de manière semi-structurée. L'examineur se doit d'être familier avec l'échelle au risque que la fiabilité s'en voit atteinte. Il est permis de proposer des exemples d'expériences au patient, cependant une simple affirmation de sa part ne pourra pas être cotée en tant que présence de l'expérience évoquée, il faudra alors explorer le vécu du patient avec lui. Il est conseillé par les auteurs de procéder à un enregistrement des entretiens afin de permettre une cotation plus fiable. Chaque item est coté 0 si l'anomalie en question est clairement absente, 1 si elle est sans doute présente, ou 2 si sa présence est modérée et 3 si l'anomalie spécifique est presque constamment présente. Ces valeurs nous permettront d'obtenir un aperçu global des anomalies de l'expérience éprouvées par le sujet, tout en conservant le degré de fréquence et/ ou sévérité de celles-ci. (Ibid.).

Voici une brève présentation des différents domaines composant l'échelle ainsi que quelques items :

Domaine 1 : Cognitions et cours de la conscience

La description générale de ce domaine faite par Parnas & al. (2012) est la suivante : « 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. ». Ce domaine est composé de dix-sept items parmi lesquels figurent les suivants :

> *1.1 Interférence de la pensée :*

Des contenus de la conscience (pensées, impulsions) sémantiquement déconnectés du cours principal de la pensée, apparaissent automatiquement, interrompant ce dernier, et interférant avec celui-ci.

> *1.7 Perceptualisation du discours intérieur ou de la pensée :*

Les pensées ou le discours intérieur du patient acquièrent des qualités acoustiques, voire auditives.

> *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 existentiel/ historique.

> *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.

Domaine 2 : troubles de la conscience de soi et de la présence

La description générale de ce domaine (Parnas & al., 2012) est la suivante : « 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 et 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 comporte deux composantes interdépendantes (ou moments) : 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 et une immersion/un enracinement non-réflexif dans le monde.

On peut parler d'une présence à soi normale lorsque nous sommes directement 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 (Ibid.). Ce domaine comporte dix-huit items, en voici quelques exemples :

> *2.1 Sentiment amoindri du soi de base :*

Sentiment envahissant de vide intérieur, d'absence de centre interne et d'identité, la sensation d'être anonyme. Le patient se sent comme n'existant pas ou comme étant profondément différent des autres personnes.

> *2.3 Dépersonnalisation psychique :*

Sentiment envahissant et diffus d'être aliéné à soi-même, à ses propres opérations mentales, ses propres pensées, émotions ou comportements.

> *2.5 Déréalisation :*

Changement dans l'expérience de l'environnement : le monde environnant apparaît comme transformé, irréel et étrange. Il peut être comparé à un film en train de se dérouler.

> *2.8 Dépersonnalisation dissociative :*

Le patient dit parfois ressentir comme s'il était « en dehors » de lui-même, comme une sorte de double qui regarde ou observe lui-même ou les autres.

> *2.14 Angoisse ontologique*

Sentiment global et diffus d'insécurité, de faiblesse, d'infériorité, d'indécision, de tolérance faible à l'angoisse, angoisse flottante ou sentiment subtil mais envahissant que quelque chose de menaçant est imminent.

Domaine 3 : expériences corporelles

Description générale du domaine selon Parnas & al. (2012) : « On éprouve normalement une unité et une cohérence psychophysiques, une interaction ou une oscillation normale entre le corps « dans lequel on vit » en tant que sujet (en allemand « *Leib* ») et le 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. ». Ce domaine est composé de neuf items dont notamment :

> *3.1 Changements morphologiques :*

Paroxysmes récurrents de sensations 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.

> *3.2 Phénomènes du miroir :*

Groupe de phénomènes qui comprend des regards inhabituellement fréquents et intenses dans un miroir ou au contraire l'évitement de sa propre image spéculaire, ou enfin des regards occasionnels au cours desquels une transformation du visage est perçue.

> *3.5 Désintégration corporelle :*

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

Domaine 4 : transitivity/ troubles de la démarcation de soi

Parnas & al. (2012), décrivent ce domaine comme une « 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 ». Ce domaine comprend cinq items dont ceux-ci :

> *4.1 Confusion avec autrui :*

Le patient ressent lui-même et son interlocuteur comme s'ils se mélangeaient, 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.

> *4.3 Contact corporel menaçant :*

Sentiment extrêmement désagréable ou anxiogène lorsque le patient se tient près de quelqu'un ou est touché par autrui. Il peut éprouver également la sensation de disparaître, d'être annihilé ou de cesser d'exister.

Domaine 5 : réorientation existentielle

Les items de ce domaine renvoient à la réorientation fondamentale de la vision générale ou métaphysique que le patient a du monde, et/ ou de la hiérarchie de ses valeurs, de ses projets et de ses centres d'intérêts. Les expériences incluses dans ce domaine sont d'allure solipsiste, c'est-à-dire que le patient se perçoit en quelque sorte comme étant un ou le sujet unique dans le monde. Il peut également avoir le sentiment fugace de posséder des dons extraordinaires. (Parnas & al., 2012). Ce domaine est constitué de huit items dont notamment :

> *5.2 Sentiment de centralité :*

Le patient, de façon fugace, se sent « comme si » il était le centre de l'univers.

> *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 son comportement, fait preuve d'un sentiment de supériorité vis-à-vis de ses semblables.

2.2.2 Echelle « EAWWE »

Les troubles du monde vécu ont longtemps été pointés comme caractéristiques centrales des troubles du spectre schizophrénique. Nous les retrouvons en position principale au sein des

récits autobiographiques de patients mais également parmi les descriptions cliniques et psychopathologiques classiques et contemporaines. Certaines de ces anomalies sont décrites dans l'échelle de Bonn (BSABS), inspirant l'élaboration de l'outil EAWE (Sass & al., 2017).

L'échelle EAWE (Examination of Anomalous World Experience) a été mise au point dans le but d'explorer, à l'aide d'entretiens semi-structurés, une série d'anomalies subjectives rencontrées par des patients dans leur expérience du monde extérieur, autrement dit, leur manière propre d'appréhender le langage, l'environnement et les autres. L'échelle a été créée sur base de récits de vie et d'expériences subjectives de patients atteints de troubles du spectre schizophrénique, elle semble donc appropriée afin de décrire la pathologie et de compléter les données diagnostiques liées à celle-ci. En effet, bien que demeurant un appui diagnostique, EAWE n'est pas destinée à être utilisée seule en tant qu'instrument diagnostique ; les symptômes ou les caractéristiques expérientielles sur lesquels elle se concentre sont pour la plupart périphériques ou absents des systèmes de diagnostic standard tel que le DSM-V (Ibid.).

L'échelle EAWE est généralement utilisée en complémentarité de l'échelle EASE, présentée ci-dessus. L'échelle EAWE explore quant à elle, de manière qualitative, l'expérience et l'orientation dans le monde vécu. Elle se centre particulièrement sur les expériences communes au spectre schizophrénique, bien que pas toujours spécifiques à celui-ci. Cependant, les expériences du monde étant intimement liées aux expériences de soi, il arrive que certains items des deux échelles se recouvrent. L'échelle comprend les six domaines d'investigation suivants : « espace et objets », « temps et événements », « personnes », « langage », « atmosphère » et « réorientation existentielle ». Le nombre total d'items spécifiques s'élève à septante-cinq, comprenant souvent des sous-types ainsi que des citations illustratives provenant de patients eux-mêmes.

La majorité des items tirent leur origine de la littérature phénoménologique et des expériences cliniques des auteurs. Les différents domaines sont explorés lors d'entretiens cliniques avec le patient. Chaque item est ensuite coté 0 si l'anomalie en question n'est pas du tout présente pour le patient, 1 si elle est sans doute présente, ou 2 si celle-ci est considérée comme absolument présente (Conerty, 2013).

La nouveauté et l'intérêt de cette échelle est qu'elle se centre exclusivement sur les expériences subjectives et leurs anomalies chez les personnes schizophrènes et ne se focalise pas sur les symptômes observables tels que les délires, hallucinations et symptômes négatifs

comme considéré au sein du DSM-V. En effet, la compréhension du vécu subjectif du patient passe par une perspective en première personne et est approfondie. Elle explore jusqu'aux altérations les plus subtiles de l'expérience subjective des sujets. Cette échelle permet d'analyser les différents rapports que le sujet entretient avec son environnement. Par la démarche qualitative, elle laisse place à une relation d'échange entre le clinicien et le patient au sujet des phénomènes particuliers que celui-ci expérimente (Englebert & al., 2017).

Il est également important d'apprécier le rôle des métaphores, une caractéristique indispensable du langage souvent utilisée pour décrire des expériences particulièrement subtiles, omniprésentes ou inhabituelles. La métaphore, cependant, peut être trompeuse et révélatrice ; le jugement est souvent requis pour déterminer si la réponse du sujet correspond à l'item évalué (Sass & al., 2017).

Conerty (2013) est parti du principe selon lequel la perturbation de la subjectivité est l'essence même du spectre schizophrénique. En effet, contrairement aux symptômes classiquement évoqués tels que les délires et les hallucinations, la perturbation de la subjectivité des patients se manifeste avant l'écllosion des symptômes positifs et négatifs et après la rémission. Le risque d'une focalisation importante sur les critères symptomatiques de la schizophrénie (selon le DSM-V) serait de passer outre un trouble de la subjectivité qui serait présent bien avant la décompensation du patient et qui proposerait une description cohérente de la psychopathologie (Conerty, 2013). Il pensait qu'une fois abouti, cet outil deviendrait utile pour l'évaluation clinique, tout en conservant une démarche de compréhension approfondie de la perspective en première personne chez les schizophrènes mais également dans la prédiction d'une future psychose. Il a d'ailleurs mené une étude en 2013 afin d'expérimenter l'échelle EAWE et tester si elle permettait de distinguer des personnes atteintes de schizophrénie par rapport à des sujets dépressifs et des étudiants contrôles. À la suite des divers entretiens, il a pu mettre en évidence que les anomalies de l'expérience de soi se retrouvent de manière plus importante chez les patients diagnostiqués schizophrènes comparativement aux sujets atteints de trouble affectif sévère ou de trouble de dépersonnalisation. En effet, sous une cotation dichotomique, Conerty a mis en évidence que le nombre d'items présents ne dépasse pas la barre de 11 pour les personnes non diagnostiquées schizophrènes, alors qu'il peut s'élever à 40 pour une personne atteinte d'un trouble du spectre schizophrénique, ce qui va dans le sens de la spécificité de l'échelle (Ibid.).

Voici une brève présentation des différents domaines et exemples d'items composant l'échelle EAWE :

Domaine 1 : Espace et objets

Les items de ce premier domaine font référence à une variété d'expériences inhabituelles envers les objets et l'espace ou à des expériences sensorielles inhabituelles. La plupart des items se rapportent à la vision et l'expérience spatiale du monde, bien que d'autres modalités soient également incluses. L'attention est principalement portée sur les aspects stables ou statiques du monde (par opposition aux formes d'action, d'écoulement ou de changement au fil du temps) (Sass et al., 2017). Ce domaine comporte dix-sept items dont les suivants :

- > *1.1 Intensité anormale ou persistance des perceptions visuelles :*
Les couleurs, la lumière ou les images entières paraissent plus ou moins intenses que d'habitude.
- > *1.4. Fragmentation visuelle :*
Un objet ou une scène semble se disloquer ou perdre son unité.
- > *1.12. Problèmes de localisation des sons :*
Le sujet a du mal à déterminer d'où proviennent les sons (de la gauche, droite, arrière).
- > *1.17. Perte de limites avec le monde physique ou démarcation de celui-ci :*
Sensation d'être incapable de déterminer où son propre corps prend fin et où le monde extérieur commence.

Domaine 2 : Temps et évènements

Les items de ce domaine réfèrent à différentes façons inhabituelles d'expérimenter les actions, les évènements, 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 évènements, la mémoire, l'anticipation et le changement au cours du temps. (Sass et al., 2017). Ce deuxième domaine est composé de six items dont ceux-ci :

> *2.1. La vitesse du temps semble modifiée :*

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

> *2.2. Divergence entre temps interne et temps externe :*

Sensation que son propre temps interne s'écoule à une vitesse différente que le temps du reste du monde.

> *2.5. 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.

Domaine 3 : Personnes

Les items font référence à des expériences inhabituelles envers d'autres personnes ou envers le monde interpersonnel. L'attention est tournée ici vers la communication sociale, l'empathie ou le manque de celle-ci, les limites interpersonnelles de l'égo et, de manière générale, les apparences, les sensations ou l'influence d'autres personnes (Sass et al., 2017). Ce domaine est constitué de quatorze items dont les exemples suivants :

> *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.

> *3.5. Souffrance ou détresse due à une insécurité sociale généralisée :*

La présence-même des autres est vécue comme pesante, extrêmement stressante, presque insupportable.

> *3.7. Perturbation de la démarcation entre soi et les autres :*

Impression que le sens basique d'indépendance ou de différenciation entre lui et les autres est rompu ou est devenu beaucoup plus fluide que ce qui est normal.

> 3.9. *Dépersonnalisation des autres* :

Les autres ne sont pas perçus comme vivants mais plutôt comme morts, irréels ou mécaniques.

> 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.

Domaine 4 : Langage

Les items de ce domaine font référence à des manières inhabituelles d'expérimenter le langage, qu'il s'agisse de son propre langage ou de celui des autres. L'attention est ainsi portée sur l'expérience subjective des mots, des concepts verbaux, de la grammaire et du débit de parole (et non sur le comportement verbal ou les structures linguistiques implicites). Les changements dans ce domaine peuvent être particulièrement difficiles à remarquer pour le sujet (Sass et al., 2017). Ce domaine est composé de dix items dont notamment :

> 4.2. *Difficultés à reconnaître les aspects émotionnels/ expressifs dans le discours* :

Difficultés à reconnaître les intonations émotionnelles dans le discours des autres, ce qui peut avoir pour conséquence, une incapacité à comprendre les nuances émotionnelles de la communication.

> 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.

> 4.8. *Expériences inhabituelles de l'abstrait et du concret* :

Difficultés d'acceptation ou de compréhension de concepts abstraits ou généraux.

Domaine 5 : Atmosphère

Ces items font référence aux anomalies dans l'expérience globale de la qualité, de la sensation ou de l'organisation du monde externe. Il s'agit ici de qualités subtiles, envahissantes et troublantes qui se rapportent dans l'ensemble à l'horizon, l'ambiance, la structure, l'état d'esprit ou l'atmosphère du monde vécu. Ces caractéristiques sont à la fois partout et nulle part : il est difficile de les isoler ou de les 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 dans lequel il vit (Sass et al., 2017). Le domaine de l'atmosphère est composé de dix-sept items dont ceux-ci :

> *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.

> *5.3. Des choses animées paraissent vivantes ou pourvues d'intentions :*

Les objets peuvent sembler exprimer ou communiquer une certaine signification (typiquement au sujet) d'une façon animée ou semblable à l'homme.

> *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.

> *5.12. Conscience intégrative de soi/ paranoïa ontologique*

Sentiment envahissant d'être observé par un autre ou par une conscience indéfinissable mais omniprésente.

> *5.16. Expérience 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.

Domaine 6 : Réorientation existentielle

Les items de ce domaine 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 ses centres d’intérêts” (Parnas & al., 2012, p.255). 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 est composé de onze items, dont les suivants :

> *6.1. Rejet de la société ou des conventions :*

Rejet des valeurs sociétales généralement acceptées ou de la participation à la société humaine normale.

> *6.3. Incrédulité, doute ou scepticisme envahissants vis-à-vis de ce qui est évident/ considéré comme acquis :*

Incrédulité persistante, à laquelle on ne peut échapper, à propos de choses que la plupart des personnes prennent simplement pour acquises, comme étant évidentes et vraies.

> *6.6. Responsabilité impossible ou culpabilité*

Sentiment de culpabilité ou d’un sens des responsabilités surdéveloppé pour des choses que le sujet n’aurait pas pu faire ou entraîner le sentiment d’être responsable d’une guerre ou d’un accident tragique.

2.3 Comparaison des échelles

Comme évoqué précédemment, les échelles EASE et EAWE sont des échelles d’orientation phénoménologique, établies dans le but d’évaluer les anomalies de l’expérience. Leur création est basée sur des récits de patients récoltés dans la clinique pour l’échelle EASE et plutôt à travers la littérature phénoménologique et l’expérience clinique des auteurs pour l’échelle EAWE. Alors que EASE se focalise davantage sur les expériences relatives à la conscience de soi, EAWE se centre particulièrement sur le rapport entretenu par les patients

avec le monde. Ces échelles permettent de laisser émerger les phénomènes tels qu'ils sont vécus par les patients, tout en étant structurés de manière éclairante (Englebert & Valentiny, 2017). Au vu de la complexité des phénomènes abordés, cette structure est nécessaire à l'exploration sur le terrain (Ibid.)

Ces deux échelles sont complémentaires. En effet, il est établi dans la littérature que les anomalies de la conscience de soi et du rapport au monde sont intrinsèquement liées ; les différentes anomalies de l'expérience s'inscrivent en interrelation les unes avec les autres. De ce fait, il arrive que les deux échelles recouvrent des similitudes.

Voici un tableau reprenant les items reliés d'une échelle à l'autre :

EASE	EAWÉ
1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités de l'intentionnalité	5.7.1 Confusion des différentes modalités d'intentionnalité
1.12.1 Captation par un détail	1.4.3 Captation de l'attention par un détail
1.14.1 Perturbation de l'expérience subjective du cours du temps	2.2 Divergence entre temps interne et temps externe
1.14.2 Perturbation du temps existentiel	2.3 Perturbation de l'organisation dynamique du temps
1.16 Discordance entre expression intentionnée, et réellement exprimée	4.5.3 Discordance générale entre l'expression voulue et exprimée
1.17 Perturbations du langage expressif	4.4 Utilisation inhabituelle des mots, de la grammaire et du discours 4.5 Expérience inhabituelle de sa propre parole ou écriture
2.4.1 Présence diminuée spécifique	3.2 Sensation de retrait vis-à-vis des autres
2.4.2 Présence diminuée non-spécifique	5.1.1 Retrait ou barrière
2.5.1 Déréalisation fluide, globale	5.1 Déréalisation du monde
2.5.2 Déréalisation intrusive	5.4 Intensité accrue/ hyper-réalisation
2.12 Perte de sens commun	3.1. Manque d'ajustement interpersonnel (sous-ajustement) ou de sens commun social 6.3 Incrédulité, doute ou scepticisme envahissants vis-à-vis de ce qui est évident/ considéré comme acquis
2.14 Angoisse ontologique	5.17.3 Anxiété envahissante, inconnue avec peur d'anéantissement
3.9 Expérience mimétique (résonance entre son propre mouvement et celui d'autrui)	5.13.4 Pseudo-mouvements d'objets/ de personnes
4.3 Confusion avec autrui	3.7.8 Frontières physiques incertaines

4.5 Autres phénomènes de transitivity	1.17 Perte de limites avec le monde physique ou démarcation de celui-ci
5.1 Phénomènes primaires de référence à soi	5.14.2 Auto-référentialité
5.2 Sentiment de centralité	6.10 Sentiment de centralité
5.3 Sentiment « comme si » le champ de l'expérience du sujet était la seule réalité qui existe encore	5.13.1 Subjectivisme/ solipsisme
5.4 Sentiment « 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	6.5.1 Sentiment de perspicacité extraordinaire, d'un insight extraordinaire
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	5.1.4 Fausseté
5.6 Idées magiques (impliquant une causalité non-physique), liées au mode d'expérience du sujet	5.13.3 Influence sur la réalité physique
5.7 Changement existentiel ou intellectuel	6.9 Changement existentiel ou intellectuel
5.8 Grandeur solipsiste	6.5.3 Grandeur intellectuelle/ spirituelle

A la lecture de ce tableau, nous relevons vingt-trois items ou sous-types faisant écho à des items présents dans la seconde échelle. Nous remarquons également que pour deux des items de l'échelle EASE, nous en retrouvons plusieurs correspondant dans l'échelle EAWE. Un phénomène évoqué au sein de la première échelle peut alors être précisé dans la seconde grâce à des items parfois plus spécifiques.

Par ailleurs, toutes deux se sont vues inspirées de l'Echelle de Bonn visant à l'Evaluation des Symptômes de Base (BSABS) (Gross et al., 2008). Cette échelle s'inscrit également dans une orientation phénoménologique et reprend une série d'anomalies de l'expérience. Ces anomalies sont reprises sous les termes « symptômes de base » car les auteurs stipulent que ces symptômes se manifesteraient avant la première décompensation psychotique et rendraient possible une détection précoce du spectre schizophrénique. Parnas & al. (2012) ont inséré dans leur ouvrage une annexe reprenant les items relativement similaires entre la BSABS et leur échelle. Ces deux méthodes d'évaluation sont ressemblantes mais cependant pas identiques, la BSABS se menant d'une manière plus ouverte et libre que l'échelle EASE dont les entretiens sont semi-structurés.

2.4 Données

2.4.1 Population cible

Afin de réaliser ce travail, nous partions dans l'optique de rencontrer environ six patients ayant reçu un diagnostic de schizophrénie posé par le psychiatre du service selon les critères présents dans le DSM-V.

Il était impératif pour nous que ce diagnostic soit posé depuis au moins six mois afin d'éviter que le patient ne se trouve encore perturbé par l'annonce. Nous ne voulions effectivement pas prendre le risque de le perturber davantage avec des questions spécifiques, étranges, approchant parfois l'ineffable. De plus, nous supposons qu'une personne manifestant des symptômes du spectre schizophrénique depuis au moins six mois, disposera d'une meilleure connaissance de ceux-ci que s'ils se manifestent depuis peu.

Nous avons également veillé à ne pas proposer la participation à des personnes présentant les critères d'exclusion suivants :

- > Une décompensation aiguë au moment des entretiens
- > Une anosognosie¹ profonde²
- > Une hostilité/ agressivité
- > De l'indifférence émotionnelle
- > Des atteintes cognitives/ attentionnelle

La démarche fut, tout d'abord, de rencontrer le psychiatre afin de lui expliquer notre projet pour qu'il puisse nous orienter vers des patients susceptibles de pouvoir et vouloir participer à notre recherche. Il était important de rencontrer des patients intéressés par notre travail mais également pour qui nos échanges seraient susceptibles d'être profitables.

À la suite des conseils et indications du médecin, nous avons ensuite contacté l'infirmier référent de chaque patient afin de fixer un rendez-vous tous les trois. Être accompagné d'un

¹ L'anosognosie est la méconnaissance par le malade de la maladie dont il est atteint.

² Bien que cela ne constitue pas la visée de notre projet, nous pourrions nous interroger quant à la qualification de l'anosognosie en tant qu'anosognosie « profonde ». Parmi les patients rencontrés, une dame présentait une anosognosie qui nous a semblé importante, cependant nous avons choisi de la conserver parmi nos sujets afin de pouvoir en discuter par la suite.

tiers lors du premier entretien permettait au patient de se sentir plus en confiance pour nous rencontrer.

Enfin, nous avons donc rencontré chaque patient individuellement, accompagné de son référent, afin de lui expliquer notre travail ainsi que ses modalités. Chaque patient était libre d'accepter ou de refuser la participation.

2.4.2 Echantillon

Nous avons initialement rencontré sept patients. Sept d'entre eux étaient hospitalisés au sein de la structure de prise en charge et réhabilitation de personnes souffrant de troubles psychotiques évoqués précédemment. Le dernier patient rencontré est, quant à lui, un ancien patient de ce même service et m'a été adressé par la psychologue du service. J'ai alors pu le rencontrer à l'extérieur de l'institution.

Nous avons malheureusement dû mettre un terme aux entretiens avec deux des patients rencontrés dans le service. Notre étude portera donc sur les entretiens réalisés avec cinq patients.

2.4.3 Arrêt du projet

Comme évoqué précédemment, deux patients ont quitté la recherche. Il s'agit de Rémy, vingt-six ans, ayant décidé d'arrêter avec nous dès le commencement de l'échelle EASE, et Sandy, trente ans, pour qui nous avons pris l'initiative d'interrompre nos rencontres.

2.4.3.1 Rémy

Rémy est un jeune homme de vingt-six ans. Je³ l'ai rencontré, accompagné de son infirmière référente, au sein du service dans lequel il était hospitalisé.

³ Il m'a paru pertinent de m'exprimer en « je » au sein des parties relatives aux entretiens afin de souligner la réalisation des entretiens seule ainsi que mon engagement concernant les impressions qui en découlent

Bien que son non-verbal me laissait entrevoir une certaine timidité, son regard me semblait intéressé, curieux et très attentif à mes explications. Je lui ai présenté notre projet en détails et nous avons lu ensemble les documents à compléter. Rémy a lu attentivement chaque mot de chaque feuille et posait beaucoup de questions afin d'être certain de comprendre ce que nous attendions de lui.

Il accepta assez facilement de me rencontrer à plusieurs reprises. Nous avons alors débuté l'anamnèse. Dès ce moment, j'ai eu la sensation de me retrouver face à un oiseau fragile, blessé par la vie. Il m'a fait part de ses ressentis et difficultés assez librement. Il prenait des précautions à choisir les bons mots et employait de nombreuses métaphores. Je sentais à travers son discours comme une barrière présente entre lui et les autres, des questionnements à n'en plus finir. J'étais très enthousiaste à l'idée d'échanger avec lui sur les thèmes abordés dans l'échelle EASE car ses paroles faisaient directement écho à de nombreux items que j'avais en tête. Il m'a vivement remerciée pour cet entretien qu'il avait trouvé intéressant et nous en avons alors fixé un suivant. Plusieurs infirmiers du service m'ont rapporté par la suite que Rémy avait « adoré » nos échanges, que ceux-ci lui avaient fait énormément de bien et qu'il voulait faire cela plus souvent.

Lorsque je suis arrivée pour le second entretien, Rémy me confia qu'il voulait retirer son consentement de notre recherche. Je lui avouais mon étonnement en lui demandant s'il voulait essayer un début de passation afin de décider de poursuivre ou arrêter en cas de difficultés. Il a donc écouté la première question et n'est pas revenu sur sa décision de s'arrêter-là. Je n'ai malheureusement pas pu récolter d'information de sa part ni de celle de la psychologue du service quant à cette décision.

2.4.3.2 Sandy

Sandy est une jeune femme de trente ans. Je l'ai également rencontrée au sein du service dans lequel elle était hospitalisée, accompagnée également de sa référente.

Lorsqu'elle s'est vu présenter le projet, Sandy s'est empressée de confirmer sa participation sans tenir à parcourir les documents d'information. Nous avons alors réalisé l'anamnèse ensemble. Sandy me paraissait agitée, elle parlait beaucoup, me coupait la parole

et l'entretien a duré seulement quinze minutes. Nous avons donc fixé un prochain rendez-vous pour commencer à échanger sur les items composants l'échelle EASE.

Nous avons ensuite réalisé trois entretiens suivants concernant l'échelle EASE. Cependant, il semblait souvent compliqué pour Sandy de comprendre les questions spécifiques de l'échelle. Il arrivait également qu'elle me dise ressentir des choses mais ne plus se souvenir d'exemples ou simplement même ne pas vouloir en donner car elle n'aime pas « parler aux psychologues ». Il faut noter également que les entretiens duraient un maximum de dix, voire quinze minutes car il était difficile pour elle de se concentrer davantage. J'ai donc pris la décision de mettre un terme à notre collaboration car je sentais que celle-ci représentait une contrainte pour elle et que nos échanges ne lui étaient pas bénéfiques.

2.4.4 Conduite des entretiens

Nous avons prévu environ six entretiens par patient rencontrés. Le premier entretien consistait en la réalisation d'une anamnèse, nous permettant de créer une alliance thérapeutique limitée par le cadre de la recherche. Comme abordé précédemment, nous étions accompagnés de l'infirmier référent du patient afin de faire le lien entre l'institution et nous, mais surtout dans le but de mettre le patient dans un cadre un maximum sécurisant. Comme le préconisent Parnas & al. (2012), la passation de l'échelle EASE ne doit jamais marquer le début d'une session d'évaluation. Sous leurs conseils, nous avons procédé au recueil de données anamnestiques de prime abord. Ce recueil permet au patient de s'exprimer librement en nous livrant un aperçu de sa manière d'être au monde, de se raconter. Il peut s'avérer intéressant de récolter à ce moment certaines données en lien avec les items présents au sein des échelles, cependant cette procédure requiert une grande familiarité⁴ vis-à-vis de ces dernières. Nous nous sommes donc limités à une anamnèse « classique »⁵.

Comme recommandé par Parnas & al. (2012), deux sessions distinctes étaient dédiées à l'échelle EASE, cependant le nombre de rencontres s'est vu adapté en fonction du rythme de

⁴ N'ayant pas l'occasion d'accéder à la formation préconisée par les auteurs (Parnas & al., 2012), nous nous sommes entraînés au préalable avec des proches quant à la passation des échelles avant de nous rendre sur le terrain.

⁵ Par classique, nous entendons ici la récolte d'informations relatives à l'âge, les passions, les relations interpersonnelles ainsi que le parcours de vie comprenant les événements marquants et hospitalisations qu'a pu traverser le patient.

chacun. En effet, certains patients désiraient un rendez-vous supplémentaire alors que d'autres souhaitaient des entretiens plus longs mais moins nombreux. Par exemple, pour des raisons pratiques de mobilité, le patient rencontré en dehors de l'institution souhaitait réaliser moins d'entrevues mais ne voyait pas d'inconvénient à ce qu'elles durent plus longtemps. Comme développé par les auteurs, la passation se déroule à travers un entretien semi-structuré. Cela signifie que l'évaluateur guide la discussion de manière souple et ouverte, tout en faisant preuve de flexibilité. Il se montre alors capable de rebondir sur les éléments pertinents amenés par le patient entraînant une réflexion mutuelle. Les auteurs n'estiment pas indispensable de procéder à une évaluation conservant l'ordre initial des items, cependant nous avons choisi de conserver le fil conducteur des domaines par facilité et manque de familiarité ⁶avec l'échelle. (Ibid.)

À la suite de cela, nous prévoyions généralement deux sessions relatives à l'échelle EAWE. De nouveau, le nombre de rencontres variait d'un patient à l'autre en fonction des préférences de chacun. Il nous paraissait évident d'adopter une attitude neutre, de non-jugement afin d'éviter une impression de curiosité (Sass & al., 2017).

Dans le but de clôturer, nous avons procédé à une triangulation individuelle avec la plupart des patients et leur personne référente au sein du service. Nous avons établi au préalable les sujets à aborder ou non lors de cet entretien. En effet, il semblait essentiel de pouvoir transmettre à une personne de confiance pour le patient, les difficultés et/ou questionnements éventuellement survenus au détour de nos rencontres et ainsi leur permettre une discussion autour de ces thèmes si besoin. Cette triangulation consistait également en la synthétisation des éléments mis en lumière par les échelles. Certains patients n'ont cependant pas tenu à la présence d'un membre du personnel, ce qui fut respecté. Nous avons alors repris ensemble les caractéristiques saillantes soulignées par les outils EASE et EAWE.

Afin d'explorer les domaines proposés par l'échelle EASE (Parnas & al., 2012), nous nous sommes emparés des questions mises au point et utilisées par Englebert & Valentiny (2017) dans leur livre intitulé « *Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité : Essai de psychopathologie phénoménologique en première personne.* ». Ces questions-types ont été imaginées et établies sur base de récits de patients rencontrés. Elles constituent une porte d'entrée aux expériences vécues par les patients. Quant à EAWE, nous nous sommes aidés de la traduction de l'échelle effectuée par Françoise Mossay ainsi que les questions-types créées

⁶ Cependant, nous avons remarqué une augmentation de l'aisance à rebondir et entremêler les items et domaines composant l'échelle au fur et à mesure des passations.

par elle-même ainsi que Caroline Valentiny (Mossay, 2017) et la psychologue du service dans lequel nous nous sommes rendus. Cependant, la version de l'échelle EAWÉ utilisée pour notre projet ayant quelque peu évolué depuis la recherche précédente, nous avons procédé à quelques modifications telles que des déplacements, précisions ou ajouts d'items.

Comme évoqué par les auteurs de l'échelle EASE (Parnas & al., 2012), selon les besoins, la période temporelle évaluée par l'échelle peut s'étendre des deux dernières semaines jusqu'à la vie entière du patient. Ils précisent d'ailleurs que la seconde option permet une évaluation générale des troubles du soi, tendant à être moins présents avec l'avancement de la maladie.

2.4.5 Récolte, analyse et cotations des données

2.4.5.1 Récolte des données

Dans l'optique d'être pleinement disponibles et attentifs au cours des entretiens, nous avons opté pour l'enregistrement audio de ceux-ci comme suggéré par Parnas & al. (2012). En effet, cette méthode nous a permis de réellement entrer en relation avec le patient en évitant une prise de note intensive qui nous priverait d'ailleurs du contact visuel.

De plus, il pourrait être déroutant pour l'autre de constater que nous écrivions à certains moments et éveiller ainsi des questionnements. En outre, étant donné la lignée de l'approche phénoménologique dans laquelle s'inscrit notre projet, il nous semblait plus juste et pertinent de recueillir les paroles des patients le plus fidèlement possible. En effet, la mise en mots de leur vécu et l'utilisation d'expressions particulières reflètent une part de leur propre subjectivité. N'oublions pas que les anomalies de l'expérience demeurent des phénomènes relativement complexes et parfois difficiles à saisir ou verbaliser.

Nous gardions évidemment en tête le caractère intrusif de notre démarche, cependant nous avons pris le temps d'exposer nos motivations à chaque patient en stipulant leur droit de refuser l'enregistrement. Parmi les sept patients initialement rencontrés, seule Sandy⁷ désirait prendre le temps de réfléchir avant de nous fournir sa réponse affirmative au troisième entretien.

⁷ Sandy est la patiente présentée précédemment dans la section d'arrêt du projet

Contrairement à nos craintes, les patients se sont montrés particulièrement compréhensifs et accueillants vis-à-vis de notre requête.

2.4.5.2 Analyse des données

L'analyse des données a débuté par une réécoute de chaque enregistrement effectué, accompagnée d'une retranscription fidèle du discours des patients. Nous avons procédé à une retranscription relative aux anomalies de l'expérience évoquée par chaque patient, cependant l'intégralité des entretiens n'a pas été déposée sur papier étant donné que certains passages ne comportaient pas de lien direct avec notre recherche.

Afin de classer les anomalies de l'expérience relevées avec les personnes rencontrées, nous nous sommes permis de nous servir du tableau (Cfr Annexe 1) élaboré par Caroline Valentiny, dans le cadre de son mémoire s'intitulant « *Schizophrénie et expérience (inter-)subjective : Une exploration de six univers* ». Ce tableau est composé d'une première colonne dans laquelle sont repris les items ainsi qu'une seconde dans laquelle nous allons retranscrire le discours du patient correspondant à chaque item présent.

L'aspect pratique de cette organisation nous a inspiré afin de réaliser un tableau similaire (Cfr Annexe 2) composé des items de l'échelle EAWE (Sass & al., 2017).

2.4.5.3 Cotation des données

Comme recommandé par les auteurs, il est permis à l'évaluateur de proposer des exemples d'expériences au patient lors des entretiens, cependant il est impératif de vérifier la présence de l'item en interrogeant le patient (Parnas & al., 2012). Nous avons donc uniquement considéré un item présent lorsque le patient nous fournissait une description personnelle ou un exemple concret.

Malgré l'évaluation qualitative des expériences subjectives, la cotation, quant à elle, s'établit de manière quantitative et est fonction de la sévérité et/ou fréquence de la manifestation du symptôme dans la vie du patient.

Nous nous sommes basés sur les critères de cotation proposés par Parnas & al. (2012) tout en nous inspirant de la méthode d'évaluation utilisée dans le mémoire de Françoise Mossay (2017), ce qui nous a amené à répertorier 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

Les échelles EASE et EAWE sont des échelles complémentaires. En effet, Les anomalies de la conscience de soi étant intrinsèquement liées aux anomalies du rapport au monde (Sass & al., 2017), on remarque que certains items figurent parmi les deux échelles.

Il est donc évident que malgré les passations distinctes, certaines réponses fournies par le patient lors de la passation de l'échelle EASE se retrouvent également parmi la cotation des items inclus dans EAWE et inversement. Nous retrouverons alors certaines parties de discours au sein des deux tableaux. Certains passages ont également pu être cotés parmi plusieurs items d'une seule des échelles étant donné l'enchevêtrement des expériences abordées. L'échelle EAWE ayant été peu expérimentée sur le terrain, son utilisation dans notre projet demeurera à visée exploratoire. Sa passation nous permettra d'observer sa capacité à faire émerger des anomalies de l'expérience autres que celles déjà mises en lumière par l'échelle EASE. L'échelle EAWE pourra nous permettre d'aborder des items évoqués une première fois lors de la passation de l'échelle EASE, de manière plus précise et spécifique grâce à l'échelle EAWE.

Nous avons ensuite procédé à une analyse qualitative pour chacun de nos sujets. Cette analyse sera précédée de tableaux reprenant les items présents au sein de chaque échelle ainsi que leur cotation, ce qui nous permettra de proposer une vue d'ensemble des anomalies de l'expérience vécues par nos sujets. De plus, la cotation de ces anomalies nous permet de nous faire une idée générale de la fréquence et/ou sévérité des items représentés chez chacun de nos sujets. Ensuite, pour chacun, nous réaliserons une partie « réflexion » reprenant les deux

domaines nous paraissant les plus significatifs afin de tenter de dégager la charpente psychopathologique commune à nos sujets, tout en conservant leurs particularités propres.

Troisième chapitre : Analyse des entretiens

3.1 Rencontre avec Fabrice

Fabrice⁸ est un jeune homme de 25 ans. Je ⁹ l'ai rencontré, accompagné de son infirmier référent, dans un bureau du service au sein duquel il est hospitalisé. Ce dernier m'avait parlé de Fabrice comme quelqu'un de très sympathique mais direct, qui serait sûrement intéressé de participer à notre projet.

De prime abord Fabrice me semble directement à l'aise, comme si nous étions familiers. Il se montre souriant, loquace et fait directement preuve d'humour. Je lui présente notre recherche et parcours avec lui les différents documents d'informations. Il m'avoue alors ne pas être « fan de ce genre de trucs » mais être tout de même d'accord pour m'aider dans mon travail.

J'apprécie son honnêteté et lui précise que malgré tout, nos rencontres demanderont une certaine implication de sa part et toucheront à des sujets personnels. Il accepte tout de même.

Effectivement, Fabrice me semble être quelqu'un de très direct. Il me paraît être affirmé et s'exprime de manière claire et compréhensible. De plus, il me fournit des détails lorsque les items semblent le toucher. Nous avons réalisé cinq entretiens au total ; l'anamnèse s'est déroulée lors de notre première prise de contact, nous nous sommes alors revus pour la passation de l'échelle EASE, deux entretiens ont été mis en place pour l'échelle EAWE et nous nous sommes revus une dernière fois afin de reprendre ensemble les éléments importants abordés par les échelles et recueillir son ressenti vis-à-vis de nos rencontres.

De manière générale, Fabrice se montrait présent lors des entretiens, prenait le soin de bien comprendre les questions et de réfléchir aux réponses à fournir. Il se montrait très concentré, ce qui nous a permis de réaliser un unique entretien concernant l'échelle EASE.

J'ai le sentiment d'avoir pu mettre en place une bonne relation thérapeutique avec lui, même si par moment, il se montrait méfiant et craignait que je rapporte les informations à l'équipe soignante. En effet, Fabrice ne souhaitait pas que je transmette les informations au personnel, c'est pourquoi nous n'avons pas réalisé de triangulation en fin de passation.

⁸ Nom d'emprunt. Tous les prénoms dans ce travail seront des prénoms d'emprunt, dans le but de préserver l'anonymat des patients

⁹ L'utilisation en « je » sera d'application pour les passages relatifs aux rencontres des sujets de l'étude

3.1.1 Eléments anamnestiques

Alors que je lui demande s'il peut se présenter à moi, Fabrice me parle d'emblée du jour où sa vie a basculé. Ce jour-là, il se rendait à l'hôpital afin de se faire retirer une dent de sagesse. Cependant, il m'explique qu'il y avait trop de médecins à son goût pour une simple opération comme celle-ci. Il a alors commencé à se poser des questions.

Le lendemain, il entendait des voix. Il me dit alors avoir compris que le gouvernement lui avait implanté une puce cérébrale pour contrôler sa consommation de cannabis. En effet, il me raconte que lorsqu'il fume, des « scientifiques » lui envoient des signaux douloureux au cerveau pour le faire arrêter.

Fabrice est animé lorsqu'il me raconte cet épisode. Il me décrit chaque détail de manière intense et je sens une colère importante liée à de l'injustice. En effet, d'une part, il m'explique passer pour un fou lorsqu'il explique sa théorie et d'autre part, il aurait aimé qu'on lui demande son avis contre rémunération parce que, selon lui, c'est la moindre des choses.

Actuellement, Fabrice est hospitalisé pour la cinquième fois. Néanmoins, il m'explique que cette hospitalisation-ci est différente car il est venu de son plein gré afin de limiter ses consommations d'alcool et de cannabis et arrêter la cocaïne ; contrairement aux autres fois où sa mère l'emmenait parce qu'elle trouvait qu'il « délirait »¹⁰.

D'un point de vue familial, Fabrice me confie avoir eu une belle enfance et en garder de beaux souvenirs après l'âge de six/ sept ans. Avant cela, il me livre avoir assisté à beaucoup de violence de la part de son père envers sa mère. Ses parents ont divorcé assez vite et sa maman a rencontré quelqu'un qui s'est montré violent à son tour, envers Fabrice cette fois. Lorsqu'ils se sont séparés, les choses se sont « stabilisées » pour eux. Il a vécu majoritairement avec sa maman car son papa a déménagé dans un autre pays. Il aimerait cependant lui rendre visite prochainement pour renouer les liens.

Au niveau de sa scolarité, Fabrice a réalisé ses années primaires et secondaires sans grandes difficultés. Il a ensuite entamé des études de prothésiste dentaire pour finalement se rendre compte qu'il ne souhaitait pas travailler dans ce domaine. À la suite de cela, il s'est décidé à intégrer l'armée. Malheureusement pour lui, bien qu'il ait réussi les tests

¹⁰ Les termes insérés entre guillemets sont tirés du discours des patients rencontrés afin de se situer au plus proche de leur manière d'exprimer les choses.

psychologiques de justesse, il a échoué au test pulmonaire et s'est vu contrôlé positivement au cannabis. Il en déduit donc que l'état civil a été alerté de ses difficultés psychologiques et de consommation et a décidé de lui implanter une puce pour l'aider.

D'un point de vue temporel, l'opération des dents de sagesse s'est déroulée après cette tentative d'inscription à l'armée, à la suite d'une rupture amoureuse douloureuse. Il me confie avoir été très amoureux de la fille avec qui il est resté six ans en couple et avoir perdu beaucoup de poids après cette séparation.

Aujourd'hui, Fabrice aime faire du sport, regarder des films et écrire. La rédaction de textes lui permet d'évacuer son stress et de s'évader. Il utilise d'ailleurs certains de ses textes pour faire du trap¹¹. Il m'explique qu'il jouait de la guitare et qu'il adore la musique. Il aimerait d'ailleurs se faire connaître via YouTube. En attendant, il se renseigne pour reprendre une formation en cuisine, dès sa sortie de l'hôpital.

3.1.2 Analyse

3.1.2.1 EASE

3.1.2.1.1 Vue d'ensemble

EASE	Items représentés	Pourcentage d'items représentés
Ensemble des domaines	24/57	42%
Domaine 1	8/17	47%
Domaine 2	7/18	39%
Domaine 3	3/9	33%
Domaine 4	1/5	20%
Domaine 5	5/8	63%

Dans sa globalité, nous remarquons que 24 items sur les 57 (42%) de l'échelle EASE se retrouvent au sein du discours de Fabrice en ce qui concerne les anomalies de la conscience de soi. Le domaine le plus représenté chez Fabrice est le domaine 5 (Réorientation existentielle), comprenant 5 items sur les 8 (63%). Le deuxième domaine le plus présent chez lui est le domaine 1 (Cognitions et cours de la conscience) qui est représenté à 47% (8/17). Le domaine

¹¹ Le « trap » est un courant musical caractérisé par son contenu lyrique et un son particulier de grosses caisses.

2 (Troubles de la conscience de soi et de la présence) vient en troisième position avec 7 items représentés sur les 18 (39%) composant cette section. Ensuite, nous retrouvons le domaine 3 (Expériences corporelles), représenté par 3 items sur 9 (33%). Pour terminer, nous constatons que les items du domaine 4 (Transitivisme) s'élèvent à 20% (1/5).

Nous nous apercevons que le domaine 5 est représenté de manière plus significative que les autres. Les quatre autres domaines, quant à eux, obtiennent des résultats moins démarqués.

Au niveau des entretiens, il est clair que le domaine 5 était très présent. Il aurait d'ailleurs pu comporter un item supplémentaire concernant le sentiment de centralité. En effet, lorsque nous avons abordé ce point ensemble, Fabrice a simplement souri en disant qu'il se doutait que cette question m'intéressait mais qu'il n'avait pas envie d'y répondre. Il m'a confirmé qu'il avait déjà ressenti une impression de se trouver au centre de l'univers mais il ne voulait pas se dévoiler davantage. Cependant, étant donné que les auteurs de l'échelle EASE stipulent que les exemples sont indispensables à la cotation d'un item, nous avons choisi de ne pas le considérer comme présent.

Nous tenons à préciser que malgré la représentation moindre du domaine 1 par rapport au domaine 5, le nombre d'items y est plus élevé. De plus, leur intensité y est également plus importante de manière globale. En effet, nous remarquons que la cotation fut souvent posée en « +++ », ce qui correspond aux phénomènes considérés comme constamment présents et pouvant constituer une source de stress pour le sujet.

Lors de nos échanges, les perturbations des cognitions et cours de la pensée semblaient avoir une place importante dans l'expérience de Fabrice. En effet, étant convaincu de porter une puce cérébrale lui transmettant des informations, il remet en question l'ensemble du processus de création de la pensée. Il pense en effet que les « scientifiques » peuvent semer n'importe quelle idée et/ ou pensée dans sa tête. Il doute alors par moments de la condition de « mienneté » des pensées qui lui traversent l'esprit.

Le domaine 4 est peu représenté, néanmoins Fabrice prenait le temps de réfléchir aux questions que nous lui avons posées. Nous supposons donc qu'il a répondu sincèrement et ne pense pas avoir rencontré d'anomalies de la démarcation de soi avec autrui.

3.1.2.1.2 Tableau de cotation

Fabrice	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	+++
1.3 Pression de la pensée	+++
1.4 Blocage de la pensée	
<i>Sous-type 1 : Barrage</i>	++
1.6 Ruminations – obsessions	
<i>Sous-type 2 : Ruminations secondaires</i>	+++
1.7 Perceptualisation du discours intérieur ou de la pensée	
<i>Sous-type 1 : Perceptualisation interne</i>	+++
<i>Sous-type 4 : Perceptualisation externe</i>	+++
1.8 Spatialisation de l'expérience	++
1.12 Perturbations attentionnelles	
<i>Sous-type 2 : Incapacité à diviser son attention</i>	++
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 1 : Mienneté/ qualité de sujet</i>	+++
2.6 Hyper-réflexivité, réflexivité accentuée	++
2.7 Dissociation du « Je »	
<i>Sous-type 3 : Expérience spatialisée</i>	++
2.8 Dépersonnalisation dissociative	
<i>Sous-type 2 : Hallucination visuelle dissociative</i>	+
2.9 Confusion d'identité	++
2.13 Anxiété	
<i>Sous-type 4 : Anxiété sociale</i>	+
<i>Sous-type 6 : Angoisse paranoïde</i>	+++
3/ Expériences corporelles	
3.1 Changements morphologiques	
<i>Sous-type 1 : Sensation d'un changement</i>	+
3.6 Spatialisation des expériences corporelles	++
3.7 Expériences cénesthésiques	+
4/ Transitivity/ troubles de la démarcation de soi	
4.5 Autres phénomènes de transitivity	++
5/ Réorientation existentielle	
5.1 Phénomènes primaires de référence à soi	++
5.4 Sentiments de posséder des dons extraordinaires (pénétration de l'esprit des autres)	+++
5.6 Idées magiques liée au mode d'expérience du sujet	++
5.7 Changement existentiel ou intellectuel	++
5.8 Grandeur solipsiste	+++

Les items considérés comme plus présents chez Fabrice (« +++ ») sont les suivants :

- > 1.1 Interférence de la pensée
- > 1.2 Perte de l'ipséité de la pensée
- > 1.3 Pression de la pensée
- > 1.6 Ruminations – obsessions
- > 1.7 Perceptualisation du discours intérieur ou de la pensée
- > 2.1 Sentiment amoindri du soi de base
- > 2.2 Distorsion de la perspective en première personne
- > 2.13 Anxiété
- > 5.4 Sentiments de posséder des dons extraordinaires (pénétration de l'esprit des autres)
- > 5.8 Grandeur solipsiste

Les items considérés comme présents sporadiquement ou quotidiennement sur une durée déterminée (« ++ ») sont les suivants :

- > 1.4 Blocage de la pensée
- > 1.8 Spatialisation de l'expérience
- > 1.12 Perturbations attentionnelles
- > 2.6 Hyper-réflexivité, réflexivité accentuée
- > 2.7 Dissociation du « Je »
- > 2.9 Confusion d'identité
- > 3.6 Spatialisation des expériences corporelles
- > 4.5 Autres phénomènes de transitivity
- > 5.1 Phénomènes primaires de référence à soi
- > 5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet
- > 5.7 Changement existentiel ou intellectuel

3.1.2.2. EAW

3.1.2.2.1 Vue d'ensemble

EAW	Items représentés	Pourcentage d'items représentés
Tous les domaines	15/75	20%
Domaine 1	1/ 17	6%
Domaine 2	0/6	0%
Domaine 3	4/14	29%

Domaine 4	0/10	0%
Domaine 5	5/17	29%
Domaine 6	5/11	45%

Sur la totalité des 75 items, nous en retrouvons 15 parmi le discours de Fabrice (20%). Le domaine 5 (Réorientation existentielle) est le plus représenté avec 5 items sur 11 (45%). En deuxième position, nous retrouvons les domaines 3 (Personnes) et 5 (Atmosphère) avec respectivement 4/14 et 5/17, ce qui équivaut à un pourcentage de 29. Le dernier domaine représenté est le 1 (Espace et objets), avec le faible taux de 6% (1/17). Les domaines relatifs au temps et événements (2) ainsi qu'au langage (4) ne sont aucunement présents lors des échanges avec Fabrice.

Nous remarquons une nette différence quant à la représentativité des échelles EASE (44%) et EAWE (20%). Il est clair que notre familiarité avec ces outils n'étant pas optimale, certains items ont pu nous échapper au niveau des deux échelles.

Comme démontré plus tôt dans ce travail, certains phénomènes sont recouverts par les deux échelles. Fabrice nous a d'ailleurs fait remarquer que certaines questions se ressemblaient. Il avait parfois l'impression que nous posions plusieurs fois la même question afin de comparer ses réponses. Il nous a d'ailleurs dit ceci :

« C'est vraiment pour voir si une personne est handicapée ou quoi vos questions en fait ? Vos questions ont ce but-là j'ai l'impression. »

« C'est des questions que vous m'avez déjà posées ça. J'ai l'impression que vous posez plusieurs fois la même mais de façon différente pour voir si on répond bien la même chose. »

Ces réflexions nous laissent penser que Fabrice montrait une certaine méfiance vis-à-vis de nos questions. Nous pourrions donc supposer qu'il a évité de répondre à certaines questions relevant de son intimité plus « profonde ». Néanmoins, de manière générale, nous avons trouvé Fabrice assez franc lors des entretiens. En effet, lorsqu'il ne souhaitait pas aborder un certain sujet, il ne se contentait pas de répondre par la négative à l'item proposé mais nous livrait son besoin de ne pas en dévoiler davantage, ce que nous avons respecté.

« Je crains quelque chose mais je ne sais pas ce que c'est... Je comprends que ça vous intéresse mais je n'ai pas envie d'en parler. »

De plus, vers la fin de la passation de l'échelle EAWE, nous avons eu le sentiment que Fabrice laissait tomber certaines barrières. Il a pu nous livrer des choses qu'il refusait de partager au départ. Il a notamment pu revenir sur des événements passés concernant des événements tragiques dont il se sentait responsable.

« Je n'ai pas envie de raconter ma vie quoi parce qu'il y a des trucs dont je ne suis pas trop fier... »

Plus tard, dans le même entretien :

« Il s'est passé beaucoup de choses j'ai l'impression. Je disais à un infirmier que j'étais persuadé d'avoir tué des gens avec mon cerveau par exemple. »

Vers la fin du dernier entretien, il a également évoqué son sentiment profond de ne plus être réellement humain. Nous remarquons à cet instant une certaine gêne malgré la confiance qu'il nous accordait, comme s'il craignait un jugement¹² de notre part. Il semblait ensuite soulagé d'avoir partagé ce ressenti avec nous.

« Moi en fait ce que je pense c'est qu'ils m'ont tellement torturés avec le signal qu'ils m'ont envoyé au cerveau que c'est comme si j'étais devenu une machine vous comprenez ? Ils m'ont coupé mon libre arbitre, c'est comme si j'étais programmé et que j'étais influencé par ces scientifiques qui m'aident à fonctionner encore comme un être humain alors que je ne le suis plus. »

« Il y a aurait une programmation de base qu'il y a dans l'âme et dans le cerveau que Dieu a créé et qu'ils ne peuvent pas casser mais il y a quand même certaines choses qu'ils doivent m'aider à faire parce que de moi-même je ne sais pas les faire. C'est comme s'ils étaient au volant d'une voiture. J'aimerais bien savoir jusqu'où ils commandent. »

Françoise Mossay (2017) avait souligné la spécificité des items présents au sein de l'échelle EAWE. En nous familiarisant avec celle-ci, nous avons eu ce même sentiment de précision. En effet, lorsqu'un item est présent pour un sujet, il s'avère souvent être précis. De plus, de nombreux items de l'échelle comportent plusieurs sous-types, augmentant la précision des réponses des sujets. Nous remarquons, cependant, un intérêt certain à employer l'échelle EAWE afin de compléter des domaines déjà mis en lumière par EASE au préalable.

¹² Il s'agit ici d'un sentiment subjectif.

3.1.2.2.2 Tableau de cotation

Fabrice	Pondération des items
1/ Espace et objets	
1.10 Perturbations dans la justesse des perceptions auditives	
<i>Sous-type 2 : Hallucinations auditives</i>	+++
2/ Temps et événements	
3/ Personnes	
3.4 Sentiment d'infériorité, de critique, de méfiance	
<i>Sous-type 2 : Sentiment de paranoïa sociale ou d'anxiété sociale</i>	+++
<i>Sous-type 3 : Méfiance envahissante envers les autres</i>	+++
3.6 Interférences causées par les voix	++
3.7 Perturbation de la démarcation entre soi et les autres	
<i>Sous-type 2 : Influence inhabituelle sur les autres</i>	++
<i>Sous-type 3 : Transparence pathologique</i>	+++
<i>Sous-type 4 : Sensation d'être contrôlé</i>	+++
3.8 Difficultés à regarder/ être regardé fixement par quelqu'un	
<i>Sous-type 1 : Regard des autres intrusif</i>	++
<i>Sous-type 2 : Sentiment de s'exposer aux autres à travers son propre regard</i>	++
4/ Langage	
5/ Atmosphère	
5.7 Perplexité	
<i>Sous-type 2 : Interférence de l'irréel</i>	+++
5.11 Sensation inhabituelle dans les relations causales	
<i>Sous-type 1 : Les actions ou événements semblent contrôlés par une force ou une volonté externe</i>	+++
<i>Sous-type 2 : Les actions ou les événements semblent prédéterminés ou prévus</i>	++
5.12 Conscience intégrative de soi/ paranoïa ontologique	+++
5.13 Indépendance ontologique de l'expérience du monde diminuée ; subjectivisme	
<i>Sous-type 3 : Influence sur la réalité physique</i>	++
5.14 Ambiance révélatrice ou pseudo-révélatrice (délirante)	
<i>Sous-type 2 : Auto-référentialité (grandiose)</i>	++
6/ Réorientation existentielle	
6.4 Certitude absolue	+++
6.5 Sentiment d'être spécial ou supérieur	
<i>Sous-type 1 : Sentiment de perspicacité extraordinaire, d'un insight extraordinaire</i>	+++

<i>Sous-type 2 : Devoir messianique</i>	++
<i>Sous-type 3 : Grandeur intellectuelle/ spirituelle</i>	+++
6.6 Responsabilité ou culpabilité impossible	++
6.7 Sensation de perte de liberté ou d'unicité	+++
6.9 Changement existentiel ou intellectuel	++

Les items les plus intensément représentés (« +++ ») sont les suivants :

- > 1.10 Perturbations dans la justesse des perceptions auditives
- > 3.4 Sentiment d'infériorité, de critique, de méfiance
- > 3.7 Perturbation de la démarcation entre soi et les autres
- > 5.7 Perplexité
- > 5.11 Sensation inhabituelle dans les relations causales
- > 5.12 Conscience intégrative de soi/ paranoïa ontologique
- > 6.4 Certitude absolue
- > 6.5 Sentiment d'être spécial ou supérieur
- > 6.7 Sensation de perte de liberté ou d'unicité

Les items suivants sont d'intensité moyenne (« ++ ») :

- > 3.6 Interférences causées par les voix
- > 3.7 Perturbation de la démarcation entre soi et les autres
- > 3.8 Difficultés à regarder/ être regardé fixement par quelqu'un
- > 5.13 Indépendance ontologique de l'expérience du monde diminuée ; subjectivisme
- > 5.14 Ambiance révélatrice ou pseudo-révélatrice (délirante)
- > 6.6 Responsabilité ou culpabilité impossible
- > 6.9 Changement existentiel ou intellectuel

3.1.2.2.3 Apports spécifiques

A la suite de cette lecture, nous remarquons que parmi les items pondérés en « +++ », les sentiments de supériorité ainsi que l'impression de posséder des dons extraordinaires se retrouvent au sein des deux échelles. En effet, nous avons aperçu ces sentiments chez Fabrice dès la passation de l'échelle EASE et ils se sont confirmés grâce à l'échelle EAWE. En réalité, lors de l'anamnèse, nous étions déjà interpellés par certains éléments de réponses allant dans ce sens.

Nous remarquons que les deux items de l'échelle EASE correspondent à un seul item de l'échelle EAWE (6.5), étant subdivisé en différents points. EAWE nous a également permis de mettre en lumière des phénomènes en lien avec ces points n'ayant pas été relevés dans la

passation de la première échelle. Par exemple, la certitude absolue pourrait être liée au fait de se sentir supérieur et avoir foi en ses idées, jusqu'à en être intimement convaincu.

D'une manière un peu moins présente, (« ++ »), nous avons relevé des phénomènes de transitivisme parmi le discours de Fabrice lors de la passation de l'échelle EASE, cependant, EAWE nous a permis de spécifier en quoi la démarcation avec autrui était perturbée. En effet, l'item présent au sein de l'échelle EAWE (3.7) comprend des sous-types touchant à la démarcation de l'esprit. Sans l'échelle EAWE, nous aurions rencontré des difficultés à évaluer s'il s'agissait plutôt d'une démarcation physique liée au corps, ou plutôt liée à une transparence de l'esprit ou d'une influence sur les autres.

Nous remarquons également que l'échelle EASE nous a permis de souligner des anomalies liées à la perte de l'ipséité. En effet, Fabrice se retrouve parfois perdu face à des pensées qu'il « entend », il se demande alors si elles proviennent de lui ou si elles sont induites par quelqu'un d'autre. Néanmoins, EASE ne nous permet pas d'évaluer le rapport qu'il entretient avec les autres.

En effet, nous savions qu'il ressentait une certaine animosité envers les « scientifiques »¹³, mais l'échelle EAWE nous permet de souligner une méfiance plus générale que Fabrice a pu ressentir envers les personnes extérieures. Cette méfiance est mise en lien avec la transparence pathologique et l'intrusivité du regard d'autrui.

A notre sens, le point le plus important que l'échelle EAWE nous a permis de mettre en lumière est la sensation de perte de liberté (6.7 EAWE), à mettre en lien avec le point relatif au sentiment amoindri de soi (2.4) de l'échelle EASE. En effet, comme évoqué précédemment, c'est à la fin du dernier entretien que Fabrice nous avoue avoir perdu ce sentiment d'être un humain. Il dit se sentir comme une machine qui serait commandée par les scientifiques. Cette révélation touche au sentiment le plus intime de soi. Il aura fallu plusieurs entretiens et l'installation d'une alliance « thérapeutique » pour qu'il puisse se sentir apte à nous livrer ce ressenti difficile.

Nous remarquons que l'échelle EAWE nous permet, d'une part, d'appuyer certains éléments déjà soulignés par l'échelle EASE, d'autre part, elle permet l'émergence de nouveaux phénomènes.

¹³ Il ne s'agit pas ici des scientifiques de manière générale, mais bien des scientifiques qui réalisent des expériences sur lui.

3.1.2.3 Réflexion

3.1.2.3.1 Phénomènes de transitivity (liés au sentiment de posséder des dons extraordinaires)

Dans ce point, nous choisissons d'aborder les phénomènes de transitivity ressentis par Fabrice car ils nous semblent occuper une place centrale au sein des différents entretiens menés.

Nous tenons tout d'abord à préciser que la perturbation de la démarcation entre lui et les autres renvoie notamment à une transparence pathologique de la part de Fabrice, c'est-à-dire qu'il a l'impression que d'autres personnes ont accès à ses pensées et peuvent aller jusqu'à lui en imposer.

« Au 21^{ème} siècle, nos pensées ne sont plus cachées, on n'est plus libre de penser. Toutes nos pensées sont écoutées à travers des machines par des scientifiques à la con qui passent leur temps à faire des expériences, faire évoluer la science, comprendre le fonctionnement humain. »

« Je pense qu'ils avaient une autre interprétation de la fin du monde. Je pense que c'était la fin de la liberté dans le monde. Maintenant j'ai l'impression que même nos pensées elles sont observées. C'est ça qu'ils voulaient dire la fin du monde. Chez moi, c'est arrivé en 2012. »

Notons cependant que l'impression d'ouverture face à autrui n'est pas centrée exclusivement sur la puce cérébrale et les « scientifiques ». Il peut arriver en effet que Fabrice craigne de croiser une personne capable de lire dans son esprit, un « mentaliste ».

« Des mentalistes il y en a plus qu'on ne le pense. Parfois quand j'en croise un, j'évite de maintenir le regard parce que je ne voudrais pas qu'il ait accès. »

Non seulement la perturbation de la démarcation entre lui et les autres concerne la transparence de son propre esprit, mais elle concerne également une capacité à lire dans les pensées des autres et à réaliser des conversations télépathiques.

« Parfois j'ai l'impression que j'ai accès à ce qu'il y a dans la tête des autres comme parfois j'ai l'impression que d'autres personnes ont accès à ce qu'il y a dans ma tête. »

« Moi je pense qu'il n'y a que les gens pucés qui arrivent à parler entre eux (par la pensée). Ou alors par la psyché mais il faudrait quand même une puce pour activer les zones du cerveau pour activer les capacités télépathiques. »

« J'entends les pensées dites à voix haute de quelqu'un d'autre mais traduites par mes pensées. »

« Des fois, j'entends vraiment la pensée de quelqu'un d'autre donc j'entends vraiment sa voix et je vois que c'est une personne extérieure à mon cerveau et à mes pensées, je l'entends par mon système auditif. »

« Fabrice : - Attendez, je me retourne, écrivez un chiffre entre 1 et 5 et je vais deviner... C'est le 3 ou le 5 ?

Nous : - Le 1

Fabrice : - Ah ! Ben c'est que vous n'êtes pas pucée parce que je n'ai pas réussi à vous insuffler un chiffre alors et du coup ça ne marche pas. Vous n'avez jamais eu d'opération ?

Nous : - Non

Fabrice : - Ben c'est pour ça alors, normalement ça marche mais surtout avec les gens pucés. »

Nous sentons, à travers son discours, que Fabrice éprouve des difficultés à distinguer ce qui provient de lui ou des autres. Il pense pouvoir entendre les pensées d'autres personnes et est persuadé que ses propres pensées sont écoutées.

Il ne pense cependant pas être le seul dans le cas car il englobe plusieurs fois la société au sens large.

Nous remarquons que ces difficultés semblent prendre beaucoup de place au sein de la vie de Fabrice. En effet, il s'agit du thème le plus fréquemment abordé lors des entretiens. De plus, ces croyances organisent son existence autour d'un sentiment de méfiance envahissant.

3.1.2.3.2 Distorsion de la perspective en première personne (lié à la sensation d'être contrôlé, de perdre sa liberté)

Non sans lien avec le point précédent, nous avons relevé chez Fabrice un sentiment de diminution d'être un sujet humain. Ce sentiment est repris dans la notion de trouble de l'ipséité, c'est-à-dire une diminution d'exister en tant que sujet. En effet, Fabrice nous semble en

difficulté quant à l'identification de l'origine de ses pensées. Il semble également confus pour lui de déterminer sa part de responsabilité dans les choix qu'il opère.

« Je me demande parfois comment ça se fait que je pense à ça alors que ça ne me ressemble pas. Disons que j'entends « j'aime bien le boudin » alors que non ce n'est pas moi qui pense à ça parce que moi je ne mange pas de porc. Quand même bizarre. »

« Moi en fait, ce que je pense c'est qu'ils m'ont tellement torturé avec le signal qu'ils m'ont envoyé au cerveau, que c'est comme si j'étais devenu une machine, vous comprenez ? Ils m'ont coupé mon libre arbitre. C'est comme si j'étais programmé et que j'étais influencé par ces scientifiques qui m'aident à fonctionner encore comme un être humain alors que je ne le suis plus. »

En effet, Fabrice est persuadé que les scientifiques ont pris possession de son corps, qu'ils dirigent ses actions et le contrôlent. Il est difficile pour lui de distinguer ce qui provient de lui ou de quelqu'un d'autre. Cette perturbation est ce que l'on peut appeler une perturbation du sentiment d'agentivité.

Bien qu'il se rende compte que les scientifiques exercent une force sur lui, il ne semble pas pouvoir déterminer les limites de celle-ci. Il se sent alors comme « piloté » par des agents externes, indépendamment de sa propre volonté.

« Il y a aurait une programmation de base qu'il y a dans l'âme et dans le cerveau que Dieu a créé et qu'ils ne peuvent pas casser mais il y a quand même certaines choses qu'ils doivent m'aider à faire parce que de moi-même je ne sais pas les faire. C'est comme s'ils étaient au volant d'une voiture. J'aimerais bien savoir jusqu'où ils commandent. »

Nous avons senti, à travers son discours, qu'il se pose beaucoup de questions quant à son rôle. Quels choix dépendent de lui ? Quelles pensées sont les siennes ? Ces interrogations l'amènent à se pencher sur le fonctionnement de la société de manière plus générale. Nous l'avons d'ailleurs trouvé en colère contre la société qui espionne et écoute les pensées des gens.

« Je pense qu'ils avaient une autre interprétation de la fin du monde. Je pense que c'était la fin de la liberté dans le monde. Maintenant j'ai l'impression que même nos pensées elles sont observées. C'est ça qu'ils voulaient dire la fin du monde. Chez moi, c'est arrivé en 2012. »

Nous pensons que cette sensation de perte d'humanité, renverrait à un sentiment amoindri du soi de base chez Fabrice, c'est-à-dire un sentiment d'exister moins.

3.2 Rencontre avec Amy

Amy est une jeune femme de 34 ans. Elle m'a été adressée par le psychiatre du service au sein duquel elle est hospitalisée. Je l'ai rencontrée dans le couloir du service, accompagnée de sa psychologue. Cette dernière m'a présentée à elle et lui a expliqué en quelques mots ma présence dans le service. Nous lui avons ensuite proposé de me suivre afin de recevoir de plus amples informations concernant notre recherche.

En observant attentivement le visage de Amy, je n'ai pas cru un instant qu'elle me suivrait. Son regard se baladait de gauche à droite alors qu'elle disait ne pas savoir si elle était d'accord, qu'elle devait réfléchir davantage. Elle serrait sa gorge et son regard semblait rempli de peur ; elle paraissait perdue et anxieuse. Néanmoins, elle finit tout de même par accepter et me suivit dans un des bureaux du personnel soignant.

Une fois dans le bureau, je lui expliquai toutes les modalités de notre projet, des différents entretiens ainsi que le souhait de les enregistrer. Amy accepta directement. Elle a d'ailleurs stipulé qu'elle s'ennuyait dans le service et que nos rencontres l'occuperaient. De plus, elle admet trouver le sujet intéressant.

Ainsi, elle me semblait plus détendue que lorsque nous l'avions croisée dans le couloir. Avait-elle été prise au dépourvu ? Pensait-elle que ma venue avait un rapport avec son hospitalisation ? Je n'ai malheureusement pas pu trouver réponse à ces interrogations.

Je lui ai ensuite proposé de réaliser un premier entretien au moment même afin d'apprendre à la connaître un petit peu. Elle était d'accord mais tenait à me préciser qu'elle n'était pas du tout bavarde. En effet, lors de l'anamnèse en particulier, j'ai pu remarquer qu'Amy se contentait de répondre de manière factuelle et brève à mes questions. Néanmoins, elle me paraissait relativement à l'aise et très coopérative. Cependant, elle n'aime pas « parler pour parler ».

Lors des entretiens concernant la passation des échelles, Amy se montrait intéressée par le sujet et était plus loquace que la fois précédente. Cependant, à son arrivée pour le deuxième entretien – le commencement de l'échelle EASE – elle m'annonça qu'elle ne savait pas si « ça irait pour le travail ». Suite à mon étonnement, elle me confia qu'elle n'expérimentait pas beaucoup d'anomalies de la conscience et qu'elle n'avait pratiquement plus de pensées.

« Je ne sais pas si ça va aller pour ce test parce que moi j'entends des voix, je n'ai quasiment plus de pensée. »

« Je suis gênée car je n'ai pas beaucoup de pensées étranges, moi j'entends des voix, c'est ça mon problème. J'ai l'impression de ne pas avoir la conscience dérangée. »

Nous nous sommes alors mises d'accord pour parcourir les échelles ensemble, tout en sachant bien qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses et qu'il ne serait pas grave qu'elle ne se retrouve pas dans chaque item. Elle m'a alors paru soulagée et contente.

Nous avons réalisé ensemble cinq entretiens. Amy s'est montrée très impliquée et intéressée par nos échanges.

« C'est intéressant vos questions, ça m'intéresse. »

Lors de la triangulation avec son infirmière de référence, Amy nous confie avoir adoré nos rencontres. Elle s'est sentie importante et a apprécié le fait d'avoir un endroit pour déposer les choses. Le fait d'évoquer son passé lui a fait du bien et lui a permis de se rendre compte que son frère était devenu un sujet tabou à la maison ; elle ressent désormais le besoin d'en parler avec ses parents et sa psychologue. De plus, elle a aimé parler de phénomènes jamais abordés auparavant car ils lui ont notamment permis de se pencher sur elle-même et faire des liens entre certains événements et les expériences qui s'en sont suivies.

3.2.1 Eléments anamnestiques

Amy se présente comme appartenant au mouvement Punk. Dans sa jeunesse, elle vivait dans des squats avec ses amis. Ils se disent anarchistes et sont contre certaines valeurs de la société. Par exemple, Amy est absolument contre le fait de consommer de la viande, elle trouve également que ce n'est pas normal de devoir travailler autant dans la vie, sans forcément faire ce que l'on aime. Elle me dira d'ailleurs que les voix qu'elle entend dans sa tête sont également punks.

« Elles se présentent, elles disent qu'elles sont toutes anarchistes et que c'est des punks. Ils veulent me foutre à l'hôpital psychiatrique parce que j'ai fait des études et que ce n'est pas punk alors c'est pour ça qu'elles veulent tout le temps m'envoyer à l'hôpital psychiatrique, c'est une punition. »

Amy est également maman d'une petite fille de trois ans et demi. Elles ne vivent pas ensemble car les parents d'Amy ont pris leur petite-fille en charge à la suite des multiples hospitalisations psychiatriques de leur fille. Amy me dit comprendre et accepter le point de vue de ses parents pour le moment, bien que cette situation lui fasse parfois de la peine. Actuellement, elle passe deux à trois journées par semaine avec sa fille, cependant elle aimerait récupérer sa garde dans peu de temps.

Amy me dit avoir vécu une belle enfance dans une belle grande maison avec des parents qui s'entendent bien. Elle avait un frère, de trois ans son cadet. Elle n'en a cependant pas parlé d'emblée lorsqu'elle m'a présenté sa famille. Lorsque je lui ai demandé si elle avait des frères et sœurs, elle m'a simplement répondu que son frère s'était suicidé à vingt-quatre ans. Elle m'annonça cela sur un ton détaché. Fidèle à elle-même, elle ne s'étala pas sur le sujet et je ne la sentais pas prête à s'ouvrir davantage à moi par rapport à ce décès.

Lors de la passation de l'échelle EASE, Amy m'a évoqué son manque de réaction face au décès de son frère, elle me dit ne pas avoir su pleurer tellement le choc était intense. J'en ai donc profité pour évoquer avec elle leur relation. Elle a décrit son frère comme quelqu'un de dépressif ; il s'est pendu dans sa maison à la suite d'une rupture amoureuse. Elle semblait nostalgique en m'expliquant qu'ils s'entendaient bien dans leur enfance. Cependant, lorsqu'Amy avait quinze ans, son frère a posé sur elle des gestes incestueux. Dès lors, elle a décidé de ne plus lui parler même s'ils continuaient de vivre dans la même maison.

Au niveau de sa scolarité, Amy a réalisé un cursus en littérature. Elle adorait lire et s'est alors lancée dans ces études. Cependant, une fois sortie de l'université, elle s'est rendu compte qu'elle ne voulait pas travailler dans ce secteur. Elle a réalisé un travail administratif quelques années mais a compris qu'elle n'était pas faite pour travailler dans un bureau. De plus, elle a connu trois hospitalisations psychiatriques depuis ses vingt-sept ans, ce qui l'a éloignée du monde du travail

Aujourd'hui, Amy est séparée du père de sa fille et elle vit seule dans une petite maison, non loin de chez ses parents. Elle profite de ses week-ends pour passer du temps avec ses amis et assister à des concerts. Elle aime également dessiner, principalement des animaux morts, en lien avec son végétarisme. Elle voudrait d'ailleurs travailler en extérieur afin de planter et/ ou récolter des légumes et fruits bio.

3.2.2 Analyse

3.2.2.1 EASE

3.2.2.1.1 Vue d'ensemble

EASE	Items représentés	Pourcentage d'items représentés
Ensemble des domaines	22/57	39%
Domaine 1	5/17	29%
Domaine 2	9/18	50%
Domaine 3	2/9	22%
Domaine 4	1/5	20%
Domaine 5	5/8	63%

Pour l'intégralité de l'échelle EASE, nous remarquons que 39% des items sont représentés au sein du discours d'Amy (22/57). Le domaine le plus représenté est le 5 (Réorientation existentielle) avec 5/8 items (63%). En deuxième position, nous retrouvons le domaine 2 (Troubles de la conscience de soi et de la présence) avec un pourcentage de 50 (9/18). Ceux-ci sont suivis des domaines 1 (Cognitions et cours de la pensée) et 3 (Expériences corporelles) avec, respectivement, 5/17 (29%) et 2/9 (22%). Le domaine le plus faiblement représenté est le domaine 4 (Transitivisme/ trouble de la démarcation de soi) avec une représentativité de 20% des items (1/5).

Mis à part le domaine relatif à la réorientation existentielle, nous pouvons nous poser la question quant au faible taux d'items présents chez Amy. Il est clair que la question de notre familiarité avec l'échelle se présentera pour tous les sujets rencontrés. En effet, les phénomènes abordés au sein des échelles étant spécifiques et quelques peu « étranges », certains sont parfois difficiles à comprendre. De plus, ils ne comportent pas tous des exemples et nous n'en n'avons sans doute pas saisi toutes les nuances.

Nous pourrions émettre l'hypothèse d'un biais de désirabilité sociale ou de méfiance vis-à-vis de nous, cependant nous avons le sentiment qu'Amy s'est montrée authentique lors des entretiens. En effet, elle posait beaucoup de questions afin de comprendre notre demande et réfléchissait parfois longtemps avant de répondre. Il nous a semblé cependant qu'il était parfois difficile pour elle de récupérer des souvenirs spécifiques liés aux items.

« Ça m'arrivait souvent mais plus maintenant. Je ne me souviens plus d'un exemple comme ça... »

Nous avons remarqué également qu'il arrivait qu'Amy réponde par la négative à certains items. Cependant, elle fournissait parfois une réponse à ce même item en répondant à autre chose par la suite. Le vocabulaire utilisé ainsi que la formulation des questions ne correspondent sans doute pas toujours au vécu propre de la personne. Il peut donc être difficile de faire des liens entre un événement particulier et la manière de la raconter. De plus, la plupart des expériences abordées par l'échelle sont des phénomènes rarement verbalisés et partagés avec autrui. L'exercice demandé n'est donc pas toujours simple pour les patients, surtout qu'ils relèvent pour la plupart de l'ordre du prélinguistique.

3.2.2.1.2 *Vue d'ensemble*

Amy	Pondération des items
1/ Cognitions et cours de la conscience	
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 4 : Perceptualisation externe</i>	+++
1.14 Perturbation de l'expérience du temps	++
1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage	++
2/ Troubles de la conscience de soi et de la présence	
2.2 Distorsion de la perspective en première personne	
<i>Sous-type 1 : Mienneté /qualité de sujet</i>	+++
2.4 Présence diminuée	
<i>Sous-type 1 : Présence diminuée spécifique</i>	++
2.5 Déréalisation	
<i>Sous-type 1 : Déréalisation fluide, globale</i>	++
2.6 Hyper-réflexivité	+++
2.12 Perte de sens commun	++
2.13 Anxiété	
<i>Sous-type 1 : Attaque de panique</i>	+
<i>Sous-type 3 : Anxiété phobique</i>	++
<i>Sous-type 6 : Angoisse paranoïde</i>	++
2.16 Initiative diminuée	++
2.17 Hypohédonie	++
3/ Expériences corporelles	
3.1 Changements morphologiques	
<i>Sous-type 1 : Sensations d'un changement</i>	++
3.6 Spatialisation des expériences corporelles	+
4/ Transitivity/ troubles de la démarcation de soi	
4.5 Autres phénomènes de transitivity	++

5/ Réorientation existentielle	
5.3 Sentiments « comme si » le champ de l'expérience du sujet était la seule réalité qui existait encore	++
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 celui des autres	++
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	++
5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet	+
5.7 Changement existentiel ou intellectuel	++

Les phénomènes les plus intensément (« +++ ») pondérés sont les suivants :

- > 1.2 Perte de l'ipséité de la pensée
- > 1.7 Perceptualisation du discours intérieur ou de la pensée
- > 2.2 Distorsion de la perspective en première personne
- > 2.6 Hyper-réflexivité

Les items assez présents (« ++ ») sont les suivants :

- > 1.5 Echo silencieux de la pensée
- > 1.14 Perturbation de l'expérience du temps
- > 1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage
- > 2.4 Présence diminuée
- > 2.5 Déréalisation
- > 2.12 Perte de sens commun
- > 2.13 Anxiété
- > 2.16 Initiative diminuée
- > 2.17 Hypohédonie
- > 3.1 Changements morphologiques
- > 4.5 Autres phénomènes de transitivity
- > 5.3 Sentiments « comme si » le champ de l'expérience du sujet était la seule réalité qui existait encore
- > 5.4 Sentiments « comme si » de posséder d'extraordinaires puissances créatrices
- > 5.5 Sentiment « comme si » le monde ressenti n'était pas réel
- > 5.7 Changement existentiel ou intellectuel

3.2.2.2 EAWÉ

3.2.2.2.1 Vue d'ensemble

EAWÉ	Items représentés	Pourcentage d'items représentés
Tous les domaines	25/75	33%
Domaine 1	6/17	35%
Domaine 2	3/6	50%
Domaine 3	5/14	36%
Domaine 4	4/10	40%
Domaine 5	4/17	24%
Domaine 6	3/11	27%

Sur les 75 items composant l'échelle, 25 (33%) sont présents à travers le discours d'Amy. Premièrement, nous retrouvons le domaine 2 (Temps et événements) avec 3/6 items (50%). Ensuite, le domaine 4, relatif au langage est représenté par 4/10 items (40%). Le domaine 3 (Personnes) est quant à lui représenté à 36% (5/14). Il est suivi de très près par le domaine 1 (Espace et objets) dont le pourcentage s'élève à 35 (6/17). Le domaine abordant la réorientation existentielle (6) est représenté par 3/11 items (27%). En dernière position, nous retrouvons le domaine 5 (Atmosphère), légèrement moins représenté avec un total de 4/17 items (24%).

Il nous semble interpellant de constater que le domaine le moins représenté au sein de l'échelle EAWÉ est également celui qui se retrouvait de manière saillante dans l'échelle EASE. Cependant, nous remarquons que certains items se rapportant au domaine de la réorientation existentielle de l'échelle EASE, se retrouvent au sein, non pas du domaine 6 (Réorientation existentielle) de l'échelle EAWÉ, mais au sein du domaine 5 (Atmosphère).

3.2.2.2.2 Tableau de cotation

Amy	Pondération des items
1/ Espace et objets	
1.1 Intensité anormale ou persistante de la perception visuelle	
<i>Sous-type 2 : Diminution de l'intensité des perceptions visuelles</i>	++

1.2 Cécité ou cécité partielle	
<i>Sous-type 1 : Vision brouillée</i>	+
1.3 Perturbations dans la justesse des perceptions visuelles	
<i>Sous-type 1 : Illusions visuelles</i>	+
1.8 Expériences déformées de l'espace	
<i>Sous-type 2 : Perte de l'orientation topographique</i>	++
1.9 Intensité anormale ou persistance de la perception auditive	
<i>Sous-type 1 : Augmentation de l'intensité de la perception auditive</i>	+
<i>Sous-type 4 : Récurrence ou prolongation de stimuli auditifs</i>	+
1.10 Perturbations dans la justesse des perceptions auditives	
<i>Sous-type 2 : Hallucinations auditives</i>	+++
2/ Temps et événements	
2.1 La vitesse du temps semble modifiée	
<i>Sous-type 2 : Le temps semble ralenti</i>	++
2.2 Divergence entre temps interne et temps externe	
<i>Sous-type 2 : Le temps interne semble plus rapide que le temps externe</i>	++
2.3 Perturbation de l'organisation dynamique du temps	
<i>Sous-type 3 : Désorientation dans le temps</i>	++
3/ Personnes	
3.1 Manque d'ajustement interpersonnel (sous-ajustement) ou de sens commun social	
<i>Sous-type 1 : Perte d'ajustement social/ sens commun social</i>	++
3.2 Sensation de retrait vis-à-vis des autres	++
3.3 Intellectualisation à visée de compréhension des autres	
<i>Sous-type 1 : Scrutation aliénée du comportement des autres</i>	++
3.6 Interférences causées par les voix	+++
3.7 Perturbation de la démarcation entre soi et les autres	
<i>Sous-type 2 : Influence inhabituelle sur les autres</i>	++
<i>Sous-type 3 : Transparence pathologique</i>	+++
<i>Sous-type 4 : Sensation d'être contrôlé</i>	++
4/ Langage	
4.5 Expérience inhabituelle de sa propre parole ou écriture	
<i>Sous-type 1 : Indisponibilité des mots</i>	++
4.7 Perturbation de l'engagement ou l'intention linguistique	
<i>Sous-type 3 : Discours ressenti comme autonome</i>	+
4.8 Expériences inhabituelles de l'abstrait et du concret	

<i>Sous-type 1 : Difficultés dans l'abstraction de concepts généraux (ou ne pas aimer ça)</i>	++
4.9 Autres expériences d'inadéquation du langage	
<i>Sous-type 1 : Le langage est inadéquat pour décrire les expériences inhabituelles du sujet</i>	+
5/ Atmosphère	
5.1 Déréalisation du monde	
<i>Sous-type 2 : Intensité diminuée</i>	++
<i>Sous-type 3 : Animation diminuée</i>	++
<i>Sous-type 4 : Fausseté</i>	++
5.3 Des objets inanimés paraissent pourvus d'intention	+
5.13 Indépendance ontologique de l'expérience du monde diminuée ; subjectivisme	++
<i>Sous-type 1 : Subjectivisme/ solipsisme</i>	++
<i>Sous-type 3 : Influence sur la réalité physique</i>	+
5.16 Expérience de fin du monde	++
6/ Réorientation existentielle	
6.1 Rejet de la société ou des conventions	
<i>Sous-type 1 : Réticence vis-à-vis de la société humaine</i>	++
6.5 Sentiment d'être spécial ou supérieur	
<i>Sous-type 1 : Sentiment de perspicacité extraordinaire, d'un insight extraordinaire</i>	++
6.9 Changement existentiel ou intellectuel	++

Les items cotés en « +++ » dans le discours d'Amy sont les suivants :

- > 1.10 Perturbations dans la justesse des perceptions auditives
- > 3.6 Interférences causées par les voix
- > 3.7 Perturbation de la démarcation entre soi et les autres

Les phénomènes présents de manière un peu moins intense (« ++ ») sont ceux-ci :

- > 1.1 Intensité anormale ou persistante de la perception visuelle
- > 1.8 Expériences déformées de l'espace
- > 2.1 La vitesse du temps semble modifiée
- > 2.2 Divergence entre temps interne et temps externe
- > 2.3 Perturbation de l'organisation dynamique du temps
- > 3.1 Manque d'ajustement interpersonnel (sous-ajustement) ou de sens commun social
- > 3.2 Sensation de retrait vis-à-vis des autres
- > 3.3 Intellectualisation à visée de compréhension des autres
- > 4.5 Expérience inhabituelle de sa propre parole ou écriture
- > 4.8 Expériences inhabituelles de l'abstrait et du concret
- > 5.1 Déréalisation du monde
- > 5.13 Indépendance ontologique de l'expérience du monde diminuée ; subjectivisme

- > 5.16 Expérience de fin du monde
- > 6.1 Rejet de la société ou des conventions
- > 6.5 Sentiment d'être spécial ou supérieur
- > 6.9 Changement existentiel ou intellectuel

Nous pouvons observer que, parmi les items présents, la plupart sont pondérés en « ++ ». En effet, Amy a pu expérimenter une panoplie d'anomalies de l'expérience relativement variées, cependant elles se manifestaient en général, soit de façon intense sur une courte période, soit de manière sporadique mais avec une étendue plus grande.

3.2.2.2.3 Apports spécifiques

Nous pouvons remarquer que l'échelle EAWÉ nous permet de confirmer les items d'hyper-réflexivité (2.6 EASE) et de perte de sens commun (2.12 EASE) mis en lumière au préalable par l'échelle EASE. Grâce au domaine relatif aux personnes (domaine 3), nous nous rendons compte que la perte de sens commun (3.1 EAWÉ) s'est manifestée quotidiennement, de manière intense, sur une période d'environ un mois (3.1 & 3.2 EAWÉ) à travers sa relation aux autres.

L'échelle EAWÉ nous permet également de voir que l'hyper-réflexivité d'Amy peut aller jusqu'à affecter son langage (4.8 EAWÉ). Elle peut également l'amener à se poser des questions quant à la réalité du monde qui l'entoure (5.13 EAWÉ). L'atmosphère du monde semble parfois remise en question par Amy, chose qui n'aurait pas pu être soulignée uniquement à l'aide des items de l'échelle EASE.

3.2.2.3 Réflexion

3.2.2.3.1 L'hyper-réflexivité

Parmi les phénomènes les plus saillants dans le discours d'Amy, nous retrouvons une tendance à l'hyper-réflexivité, c'est-à-dire à prendre pour objet de réflexion, des choses implicites pour la plupart des gens.

En effet, lorsque nous discutons avec Amy, nous avons l'impression qu'elle est souvent « attrapée » par des questions. Elle semble beaucoup réfléchir au sens du monde ou par exemple

s'intéresser aux conventions sociales. Ses interrogations portent sur toutes sortes de sujets, allant du langage abstrait à la fabrication d'objets, en passant par la religion et les interactions humaines.

« Comment un ordinateur est créé ? Comment une table est créée ? Comment une voiture est créée ? Encore hier, je me demandais comment le tableau de bord est créé ? Ça me perturbe énormément tout ça. Même une porte, ce n'est pas possible ! Je ne saurais même pas créer une porte. Ces questions reviennent tout le temps ; être impressionnée par ce que les hommes ont créé. »

Les questionnements liés à la réalité du monde environnant se sont manifestés lorsqu'Amy s'est intéressée à la méditation. Effectivement, le fait de faire abstraction de ce qui nous entoure lors de ces moments de pleine conscience lui a donné l'impression que le monde pouvait disparaître.

« Je faisais de la méditation et là en fixant un point, il y avait l'espace qui disparaissait autour de moi. Le meuble disparaissait, je ne le voyais plus, il devenait transparent et tout autour de moi devenait transparent. C'est là que j'ai complètement commencé à douter de la réalité du monde. Je me disais : ça n'existe que parce que je suis en train de le regarder parce que réellement ça ne doit pas exister. C'est juste la sensation de toucher qui nous indique qu'il y a quelque chose. »

« J'ai déjà pensé que rien n'existe et que c'est plutôt le fait que je vois la chose qui la fait exister. Quand je regarde des objets dans la pièce, j'ai l'impression qu'il n'y a que ça qui existe et que le monde extérieur n'existe pas parce que je ne le regarde pas. Mais c'était dans le passé, maintenant je ne pense plus à ça. Je me demandais si le monde réel existait vraiment, c'était ça ma question. »

Nous avons noté chez Amy, une préoccupation pour le concept abstrait qu'est la « liberté ». Comme suggéré par l'échelle, il s'agissait d'une anomalie de l'expérience du langage, cependant, nous sommes plutôt d'avis à ce que cette particularité découle de la tendance qu'a Amy à se poser davantage de questions que la plupart des gens. Pendant toute une période, elle tentait donc de définir ce terme, qui pour elle, voulait « tout dire et ne rien dire à la fois ».

« Ces concepts me prennent très fort la tête parfois, le mot liberté me prend la tête. Je réfléchis à son sens et je ne lui trouve aucun sens. Ce n'est pas être étonnée par le mot mais c'est ne plus

lui trouver un sens. J'y pensais souvent, j'ai eu toute une période où pour moi il ne voulait rien dire. Le mot amour aussi pour moi ça ne veut rien dire. »

Aujourd'hui, cette hyper-réflexivité semble s'être atténuée pour Amy. Nous avons l'impression que cette tendance est accentuée dans les périodes de sa vie les plus compliquées. Nous supposons donc qu'Amy est une personne qui s'interroge naturellement quant aux domaines religieux et interpersonnels de la vie, et que dans les moments où elle se sent moins bien, elle glisse alors vers ce que l'on nomme « l'hyper-réflexivité ». En effet, il s'agirait plutôt d'un continuum et non d'une limite claire à franchir.

3.2.2.3.2 Perte de sens commun

Nous avons défini la perte de sens commun dans notre revue de la littérature, en tant que perte de capacité à comprendre les règles sociales et deviner les comportements attendus ou non.

Lors de nos échanges avec Amy, elle ne nous a semblé à aucun moment, en dehors de ce « sens commun ». Néanmoins, elle nous a confié une période sa vie durant laquelle elle s'en est éloignée.

En effet, à la suite de son accouchement et durant environ un mois, Amy s'est trouvée en grande difficulté dans les interactions avec ses amis. En réalité, il n'y avait que très peu d'interactions. Elle nous explique, en effet, s'être sentie éloignée d'eux ; elle ne savait plus comment entrer en contact avec ces personnes qu'elle connaissait pourtant si bien. En dehors de cette période particulière, il arrive que les échanges s'avèrent encore parfois difficiles ; Amy pense que cela a un lien avec son état mental.

« Parfois c'est extrêmement difficile d'interagir avec les autres. Simplement prendre contact avec une personne, je me demande ce que je vais lui dire, de quoi je vais lui parler. Ça peut trainer dans ma tête toute la journée avant que je voie la personne. Ça peut être des gens que je connais depuis très longtemps. »

« C'est arrivé plusieurs fois, sur une longue période, pendant un mois où je ne savais plus comment me comporter avec mes amis. Je restais dans mon coin et je ne leur parlais pas. Ça se passait très mal, je pleurais dans mon coin, je ne leur parlais pas. Ils continuaient de s'amuser ensemble et moi j'étais désespérée parce que j'étais vraiment coupée du monde. »

Lorsque nous évoquons les tentatives d'adaptation continues dans notre partie d'introduction, c'est particulièrement à ce type de démarches que nous faisons référence :

« Je les écoutais, je les observais mais je n'arrivais pas à me concentrer sur ce qu'ils disaient ou à entrer dans la conversation ; j'étais complètement en dehors. Ça n'allait avec personne : au paki (Night Shop), ça n'allait pas mieux, avec le conducteur de bus ça n'allait pas mieux... Et puis c'est progressivement revenu à la normale, heureusement parce que ce n'était pas facile. »

« J'essayais de comprendre pour rentrer dans le groupe mais je n'arrivais pas à comprendre ce qu'ils disaient et pourquoi ils rigolaient, je n'arrivais plus à comprendre leur humour, à suivre leurs conversations, ça n'avait pas de sens. Je n'arrivais pas à décoder des règles ou des suites logiques. »

Il semble avoir été douloureux pour Amy de se sentir si séparée de ses amis. En effet, elle s'avère être quelqu'un de très sociable et bien entourée dans la vie de tous les jours ; elle passe d'ailleurs ses week-ends à sortir et « refaire le monde » avec ses amis. Néanmoins, dans les moments plus sombres de sa vie, elle a tendance à se replier sur elle-même et se sentir comme « déconnectée » du monde qui l'entoure.

3.3 Rencontre avec Patrick

J'ai rencontré Patrick au sein du service dans lequel il est hospitalisé, accompagné de son infirmière de référence. Patrick est un homme de 50 ans, se présentant de manière sympathique et souriante. Il m'a semblé rapidement à l'aise et se montrait attentif à nos paroles.

Je lui ai présenté notre projet qui semblait fortement l'intéresser. Patrick est une personne cultivée et curieuse intellectuellement. Il est loquace et prend le soin de choisir ses mots et d'organiser ses idées afin d'être le plus clair possible. J'ai compris assez vite que Patrick aime partager son histoire, ses connaissances et qu'il prend du plaisir à livrer ses expériences.

Ses belles capacités d'introspection m'ont marquée dès notre première rencontre. C'est également le portrait que je m'étais imaginé à la suite de sa description de la part du psychiatre. Effectivement, tout au long de nos rencontres, je me suis rendu compte qu'il réfléchissait beaucoup à sa situation, à sa manière d'être, d'agir et de penser les choses. Il semble beaucoup

aimer ce qui se rapporte à la psychologie et me raconte souvent ses échanges avec sa psychologue.

J'ai d'emblée senti chez lui, une profonde gentillesse accompagnée de bienveillance, ce qui a facilité la mise en place d'une « alliance thérapeutique », aussi limitée soit-elle dans le cadre de notre travail. Il dit avoir apprécié nos entretiens car il sentait qu'il recevait de l'attention. De plus, ce sont de longs échanges qui ne sont pas possibles avec chaque patient dans le cadre d'une hospitalisation. Néanmoins, il avait déjà évoqué la plupart des phénomènes avec son psychiatre, la mise en mots s'en voyait donc facilitée.

3.3.1 Eléments anamnestiques

Patrick commence par me raconter son enfance en Afrique. Il est né en Belgique, mais lorsqu'il était encore en bas âge, son papa a décroché un poste de professeur de français en Afrique qu'il s'est empressé d'accepter. Ils ont alors déménagé là-bas avec sa maman et son grand frère.

Patrick m'explique qu'ils menaient la « grande vie » car ils avaient beaucoup d'argent et vivaient dans de belles maisons. Il passait ses journées dehors avec ses amis et conduisait des voitures avant même d'avoir son permis. Il souriait beaucoup et semblait nostalgique en abordant cette période de sa vie.

Lorsqu'il eut dix-huit ans, il envisagea de faire des études. Malheureusement, selon lui, les diplômes délivrés sur place ne valaient pas grand-chose. Il devait donc élargir son horizon afin de trouver une bonne université et des études qui lui plairaient. C'est à ce moment-là que ses parents ont décidé qu'il retournerait en Belgique pour faire ses études.

Il m'avoue alors être parti à contrecœur, seul, pour s'installer dans un appartement que ses parents avaient acheté ici. Il a alors entamé des études d'ingénieur de gestion qui lui ont beaucoup plu. Cette époque s'est tout de même avérée difficile pour lui dans un premier temps ; il s'est en effet retrouvé sans repères, sans amis, sans famille et ne se rendait alors pas souvent aux cours.

Néanmoins, étant quelqu'un de nature sociable, il s'est vite fait de nombreux amis en s'impliquant dans divers projets au sein de l'université. Il a finalement terminé ses études tout en « profitant » des sorties étudiantes.

Fraîchement diplômé, il a monté un projet avec un ami. Cependant, ce dernier effectuait énormément de dépenses et leur projet tomba rapidement à l'eau. Ce fut un coup dur pour Patrick ; il m'explique d'ailleurs que c'est à ce moment qu'il a traversé sa première crise. Il se renfermait doucement sur lui-même et consommait de la bière tous les jours – il se décrit d'ailleurs aujourd'hui comme une personne alcoolique -. Il a commencé à entendre des voix, correspondant à celles de personnes de son immeuble. Il développa ainsi une grande méfiance vis-à-vis de son entourage ainsi que des personnes qu'il croisait dans la rue. Une première hospitalisation lui a permis d'apaiser les choses et reprendre sa vie en main.

Il a ensuite trouvé du travail dans une boîte internationale de fabrication de branches de lunettes. Il se plaisait plutôt bien mais le patron fut licencié, et Patrick dû également quitter l'entreprise. Une seconde crise a surgi à ce moment-là. Il ne se souvient plus des détails mais il me confie avoir été désorganisé et perdu. Il a de nouveau sombré dans l'alcool durant cette période.

Actuellement, Patrick bénéficie de revenus de la part de sa mutuelle, cependant il tient à retrouver du travail. Il me raconte à quel point c'est difficile d'obtenir des entretiens à cause de son âge et de son parcours. Je sens, à ce moment-là, une pointe de tristesse et d'inquiétude dans sa voix.

Au niveau relationnel, Patrick nous confie avoir quelques bons amis dont il ne prend pas souvent de nouvelles. Il aime le contact mais ne se sent pas particulièrement entouré. Son papa habite désormais dans le même immeuble que lui, mais sa maman est décédée d'un cancer alors qu'il était encore jeune et son frère vit avec son épouse en Afrique. Je remarque, cependant, que Patrick semble bien entouré dans le service ; il semble très apprécié par les autres patients ainsi que par les membres du personnel du service.

D'un point de vue amoureux, mis à part une petite amie qu'il a été contraint de quitter en déménageant, Patrick n'a pas réellement connu de relation intime avec quelqu'un. Il partage avec nous qu'il n'a rien à apporter à une femme parce qu'il ne se sent pas particulièrement beau ni intelligent.

3.3.2 Analyse

3.3.2.1 EASE

3.3.2.1.1 *Vue d'ensemble*

EASE	Items représentés	Pourcentage d'items représentés
Ensemble des domaines	13/57	23%
Domaine 1	7/17	41%
Domaine 2	3/18	17%
Domaine 3	1/9	11%
Domaine 4	2/5	40%
Domaine 5	0/8	0%

Pour l'intégralité de l'échelle EASE, nous remarquons que 23% des items sont représentés au sein du discours de Patrick (13/57). Le domaine le plus présent est le 1 (Troubles de la conscience de soi et de la présence) avec un total de 7/17 (41%), suivi de très près par le domaine 4 (Transitivisme/ trouble de la démarcation de soi) avec un pourcentage de 40 (2/5). Ensuite, nous retrouvons le domaine 2 (Troubles de la conscience de soi et de la présence) avec un plus faible taux s'élevant à 3/18 (17%). Le dernier domaine représenté au sein du discours de Patrick est le domaine 3 (Expériences corporelles) avec un pourcentage de 11 (1/9). Le domaine 5 (Réorientation existentielle), est quant à lui absent des items représentés.

Nous remarquons que le pourcentage de représentativité concernant l'ensemble de l'échelle est relativement faible.

Lors de nos entretiens, Patrick établissait une distinction nette entre ses périodes de « crise » et sa vie « normale ». En effet, il est arrivé plusieurs fois qu'il nous demande si notre question portait sur les périodes de crise ou pas. Il nous confiait également les difficultés à évoquer des passages plus difficiles de sa vie alors qu'il se sentait mieux dorénavant. Peut-être était-il plus difficile pour lui de « remuer » le passé avec des périodes parfois plus noires ? Si tel était le cas, des réponses négatives pourraient constituer une tentative d'échappatoire. Il nous expliquait également que lors des périodes de crises, son esprit se montrait plus flou et désorganisé. Certaines périodes s'avéraient en effet confuses pour lui.

Comment peut-on récupérer fidèlement des souvenirs issus d'épisodes brouillés ? De plus, les traitements médicamenteux suivant ces moments de crises étaient plutôt forts, ce qui pourrait constituer un obstacle au rappel d'expériences subtiles.

Néanmoins, est-il indispensable de pouvoir expliquer ce faible taux d'items représentés ? Il existe presque autant de schizophrénies qu'il n'existe de schizophrènes. En effet, le spectre schizophrénique, bien qu'organisé par des pôles communs, demeure une psychopathologie très hétérogène.

3.3.2.1.2 Tableau de cotation

Patrick	Pondération des items
1/ Cognitions et cours de la conscience	
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	++
1.7 Perceptualisation du discours intérieur ou de la pensée	
<i>Sous-type 1 : Perceptualisation interne</i>	++
<i>Sous-type 4 : Perceptualisation externe</i>	++
1.15 Conscience interrompue de sa propre action	+
2/ Troubles de la conscience de soi et de la présence	
2.2 Distorsion de la perspective en première personne	
<i>Sous-type 1 : Mienneté/ qualité de sujet</i>	++
2.8 Dépersonnalisation dissociative	
<i>Sous-type 1 : phénomène imaginaire « comme si »</i>	++
2.13 Anxiété	
<i>Sous-type 1 : Attaque de panique</i>	++
<i>Sous-type 4 : Anxiété sociale</i>	++
<i>Sous-type 6 : Angoisse paranoïde</i>	++
3/ Expériences corporelles	
3.7 Expériences cénesthésiques	++
4/ Transitivity/ troubles de la démarcation de soi	
4.1 Confusion avec autrui	++
4.5 Autres phénomènes de transitivity	++
5/ Réorientation existentielle	

À la lecture de ce tableau, nous remarquons que Patrick ne semble pas expérimenter de phénomènes de manière intense (« +++ ») ou, en tout cas, pas de phénomènes présents

quotidiennement et actuellement. En effet, comme expliqué ci-dessus, Patrick distinguait clairement les moments de « crise » de sa vie « normale ». Selon lui, les phénomènes les plus intensément ressentis se présentaient uniquement lors de ces moments de crise, voire quelques jours avant ceux-ci. Ces éléments ont donc été pondérés en « ++ » et sont les suivants :

- > 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
- > 1.5 Echo silencieux de la pensée
- > 2.2 Distorsion de la perspective en première personne
- > 2.8 Dépersonnalisation dissociative
- > 2.13 Anxiété
- > 3.7 Expériences cénesthésiques
- > 4.1 Confusion avec autrui
- > 4.5 Autres phénomènes de transitivity

Tous ces phénomènes, présents lors des périodes de crise uniquement, s'avèrent néanmoins intenses. En effet, mis à part la conscience interrompue de sa propre action, tous les items présents au sein du discours de Patrick ont été cotés en « ++ ». Bien que les phénomènes prennent beaucoup de place dans sa vie lorsqu'ils se manifestent, ils ne lui posent pas de « problème », à proprement parler, aujourd'hui. C'est pourquoi nous ne nous sommes pas permis d'établir une cotation plus importante, même si actuellement, Patrick se pose toujours des questions quant à la provenance des voix qu'il entendait (distorsion de la perspective en première personne).

3.3.2.2 EAW

3.3.2.2.1 Vue d'ensemble

EAW	Items représentés	Pourcentage d'items représentés
Tous les domaines	6/75	8%
Domaine 1	2/17	12%
Domaine 2	0/6	0%
Domaine 3	4/14	29%

Domaine 4	0/10	0%
Domaine 5	0/17	0%
Domaine 6	0/11	0%

De manière assez prévisible, nous nous rendons compte que l'échelle EAWE comporte encore moins d'items que l'échelle EASE. Nous retrouvons en effet pour l'entièreté de l'échelle, un pourcentage de 8 (6/75). Seuls deux domaines sont représentés au sein de cette échelle. Il s'agit du domaine 3 (Personnes) avec 4/14 (29%) et du domaine 1 (Espace et objets), représenté par 2/17 items (12%). Les trois derniers domaines se trouvent absents du discours de Patrick.

Quant à la représentativité de ces domaines, elle ne s'avère néanmoins pas étonnante. En effet, les anomalies de l'expérience rencontrées par Patrick portaient essentiellement sur la méfiance vis-à-vis des personnes qui l'entouraient et concernaient également des hallucinations auditives telles que des voix ou des déplacements de meubles. Patrick précise que ces hallucinations auditives s'entendaient de manière plus forte que les sons qu'il considère comme réels.

3.3.2.2.2 Tableau de cotation

Patrick	Pondération des items
1/ Espace et objets	
1.9 Intensité anormale ou persistance de la perception auditive	
<i>Sous-type 1 : Augmentation de l'intensité auditive</i>	++
1.10 Perturbations dans la justesse des perceptions auditives	
<i>Sous-type 1 : Illusions auditives</i>	+
<i>Sous-type 2 : Hallucinations auditives</i>	++
2/ Temps et événements	
3/ Personnes	
3.4 Sentiment d'infériorité, de critique et de méfiance	
<i>Sous-type 2 : Sentiments de paranoïa sociale ou d'anxiété sociale</i>	++
<i>Sous-type 3 : Méfiance envahissante envers les autres</i>	++
3.6 Interférence causée par les voix	++
3.7 Perturbation de la démarcation entre soi et les autres	
<i>Sous-type 3 : Transparence pathologique</i>	++

3.8 Difficultés à regarder/ être regardé fixement par quelqu'un	
<i>Sous-type 2 : Sentiment de s'exposer aux autres à travers son regard</i>	++
4/ Langage	
5/ Atmosphère	
6/ Réorientation existentielle	

Notre remarque sera la même que celle établie pour le tableau de l'échelle EASE, à savoir qu'aucun item n'a été coté en « +++ ». L'ensemble de phénomènes a donc été pondéré en « ++ » pour les mêmes raisons que celles évoquées pour l'échelle EASE :

- > 1.9 Intensité anormale ou persistance de la perception auditive
- > 1.10 Perturbations dans la justesse des perceptions auditives
- > 3.4 Sentiment d'infériorité, de critique et de méfiance
- > 3.6 Interférence causée par les voix
- > 3.7 Perturbation de la démarcation entre soi et les autres
- > 3.8 Difficultés à regarder/ être regardé fixement par quelqu'un

3.3.2.2.3 Apports spécifiques

Le domaine 3 (Personnes) de l'échelle EAWE permet à Patrick de préciser la nature des difficultés en lien avec les autres personnes. Ces manifestations ciblaient particulièrement une méfiance vis-à-vis des gens, notamment due à une impression de transparence pathologique. Patrick se sentait alors comme un livre ouvert, ce qui le conduisait à éviter les situations sociales.

L'échelle EAWE met à nouveau l'accent sur les perceptions auditives, constituant un des phénomènes les plus présents pour Patrick.

Cependant, contrairement aux autres sujets, l'échelle EAWE n'apporte pas un grand nombre de phénomènes spécifiques. En effet, Patrick se retrouvait plus aisément parmi les items composant l'échelle EASE.

Il nous dira d'ailleurs lors de la passation de l'échelle EAWE : « *Eh ben ! Je vous dis quasiment non à tout pour cette échelle, je n'ai pas beaucoup d'anomalies.* »

3.3.2.3 Réflexion

3.3.2.3.1 Trouble de l'ipséité de la pensée

Comme nous avons pu le voir au sein de l'échelle EASE, Patrick expérimente ce que l'on appelle un « trouble de l'ipséité de la pensée ». Il s'agit de percevoir ses pensées, comme privées du label témoignant de leur mienneté.

Ce qui s'avère particulier dans le cas de Patrick, c'est qu'il semble tiraillé, d'une part, entre le fait d'être certain de générer lui-même les voix qu'il entend, et de l'autre, de subir l'intrusion de pensées d'autres personnes dans sa propre tête.

En effet, après des années de suivi psychiatrique, Patrick a tenté de faire le tour de la question de ses hallucinations¹⁴. Il nous explique que, selon son psychiatre, il s'agit d'un mécanisme de défense inconscient. Patrick semble adhérer à cette manière de considérer ses « parasites », comme il aime appeler les voix qu'il entend. Néanmoins, de manière intermittente, il se pose des questions quant à la véracité de ces propos.

En effet, les voix que Patrick entend en période de crises sont très négatives et dévalorisantes envers lui. Il se demande donc dans quel but il s'auto-infligerait un tel supplice.

« Plus ça allait, plus c'est élaboré. Je peux, tout en restant persuadé que c'est moi qui génère. Il y a des moments où je doute. C'est parfois trop élaboré pour être quelque chose que je crée de moi-même. C'est comme s'il y avait des interlocuteurs qui répondent avec leur propre volonté, qui discutent entre eux ou qui sont là dans la pièce sans y être. »

Nous sentons à travers son discours, qu'il y a énormément réfléchi. Effectivement, nous pouvons dire que l'intelligence, la prise de recul et les capacités d'introspection sont les traits les plus caractéristiques de Patrick en entretien.

En poursuivant sa réflexion, il nous dit ceci :

« C'est comme si vous aviez quelqu'un d'extérieur qui cherche à capter votre attention ou à la détourner. Vous vous dites, il y a quelqu'un, ce n'est pas moi. Et puis je ne peux pas être responsable du mal que je m'inflige. On en vient à se demander si on peut être responsable de

¹⁴ Le terme « hallucination » est introduit d'emblée par Patrick, nous reprenons donc ses mots.

ce que l'on se fait à soi-même et on se dit que ce n'est pas logique. Il doit y avoir quelqu'un d'autre, je ne peux pas me faire ça à moi ! »

Nous avons l'impression que Patrick vacille continuellement entre les deux hypothèses, comme s'il était intimement convaincu qu'un tiers était responsable de ces hallucinations, tout en étant conscient que ça lui paraît absurde et que cela n'est pas possible, le poussant ainsi à accepter l'explication de son psychiatre. Un peu plus tard, au sein du même entretien, il me dira ces phrases, démontrant le doute quant à la version de l'auto-génération :

« Les entités vont me remettre en tête les mêmes pensées à répétitions mais ce n'est pas moi. »

« [...] Et là je sentais l'engourdissement dans mes jambes. C'est peut-être moi qui m'auto-suggérais ça. »

Nous percevons ici son ambivalence face à quelque chose qu'il ne maîtrise pas. Il semble se repositionner sans cesse face à ces voix. En réalité, cette position semble changer en fonction de son état. En période de crise, Patrick identifie les voix comme des interlocuteurs externes à lui. Par contre, dès qu'il sort de ces instants « noirs », il retrouve sa capacité à prendre du recul et analyser la situation. Il considère alors qu'il s'agit d'un phénomène qu'il produit seul.

« Avec les voix, comme ce sont des interlocuteurs qui ont les mêmes pensées que moi, quelque part c'est comme s'ils lisaient dans mes pensées, mais après, quand on est en dehors de la crise, on se dit : tu te parles à toi-même donc c'est logique que tu (extérieur) penses ce que tu (intérieur) penses. »

3.3.2.3.2 Expériences cénesthésiques

Les expériences cénesthésiques constituent une thématique rarement abordée par les sujets que nous avons rencontrés. Elles regroupent des sensations corporelles inhabituelles d'engourdissement, de raideur, ou provoquent des sensations douloureuses inhabituelles dans certaines zones précises du corps. Nous avons donc choisi de les développer quelque peu dans ce point-ci.

Patrick verbalise de manière claire, un sentiment de contrôle exercé par les « entités »¹⁵ sur son corps physique. En effet, il ne perçoit aucune raison physiologique pouvant expliquer les ressentis qui le traversent par moment. De plus, lorsqu'il est sujet à des engourdissements ou douleurs physiques, ceux-ci sont généralement précédées de commentaires décrivant les intentions de « jouer » avec le corps de Patrick.

« Lors de cette dernière occurrence¹⁶, j'avais souvent les jambes qui s'engourdissaient mais je ne comprenais pas pourquoi car je n'avais pas été assis. C'est comme si les voix se suggéraient à elles 'Vas-y, engourdis-lui les jambes'. C'était verbalisé ! Il y a un terme qu'elles utilisent : c'est pincer. « Pince-lui les jambes ». Et là, je sentais directement l'engourdissement dans mes jambes. »

« Ça part toujours du fait que mes interlocuteurs décident de me pincer le cerveau, ou alors de me faire des pointes dans les sinus aussi et alors là, j'ai mal ! »

Il est intéressant de voir à quel point les « interlocuteurs » de Patrick peuvent le chambouler. Ils en arrivent à atteindre jusqu'à son intégrité corporelle. Ces douleurs physiques font écho chez nous à la célèbre patiente de Blankenburg (1991), décrivant ces impressions comme lui faisant mal.

3.4 Rencontre avec Nicolas

Nicolas est le seul patient que j'ai rencontré en dehors d'un contexte d'hospitalisation. Avec l'accord du psychiatre, je me suis permise de le contacter par téléphone sur base des recommandations de la psychologue du service habituel. Je lui ai présenté mon travail et ai répondu à ses questions afin qu'il se fasse une idée du déroulement de la suite. Il a ensuite accepté de me rencontrer la semaine suivante.

Nous nous sommes rencontrés dans un bureau de la polyclinique située à côté du service propre aux hospitalisations. Nous avons procédé à un premier entretien sans personne de contact, à la différence des autres sujets. Nous avons parcouru les documents ensemble et lorsque tout semblait clair pour lui, j'ai réalisé une anamnèse.

¹⁵ Il utilise régulièrement ce terme pour évoquer les voix.

¹⁶ Terme utilisé par le patient comme synonyme de « crise ».

Dès les premiers échanges, je me suis sentie en difficulté face à Nicolas. J'ai sans cesse eu l'impression qu'il ne répondait pas tout à fait à la question que je lui posais. J'ai eu le sentiment de continuellement devoir m'accrocher à son discours, me réajuster à ce qu'il me disait et rassembler les pièces d'un puzzle.

En effet, son discours me semblait parfois manquer de cohérence au niveau de la temporalité, des dates ou événements. Evidemment, ces « incohérences¹⁷ » ne m'ont pas empêchée de comprendre les informations qu'il me livrait. Néanmoins, cela demeurait un exercice de concentration intense, de questionnements récurrents, ainsi que de ré-accordement vis-à-vis de lui. Il faut savoir également que Nicolas a tendance à divaguer vers d'autres sujets lorsqu'il s'exprime. Il partage également énormément de détails, ce qui rend sa compréhension d'autant plus difficile. Lorsque je lui demandais de me réexpliquer car je ne saisissais pas la suite logique des choses, il me disait que cela n'avait pas vraiment d'importance, qu'il ne savait plus très bien de toute manière.

Je me suis alors rendu compte qu'il avait raison. Quelle était l'importance de ces dates finalement ? Ce qui m'intéressait était la manière dont lui vivait les choses. Mon but n'étant pas de retracer une ligne du temps exacte des événements selon une réalité objective.

Nous avons réalisé un total de quatre entretiens. Effectivement, afin de limiter ses déplacements, nous avons convenu à de plus longs entretiens ainsi que d'une clôture par téléphone, à sa demande.

3.4.1 Eléments anamnestiques

Nicolas est un jeune homme de trente ans. Il se montre souriant et semble être ravi que je m'intéresse à son parcours. Il commence à me parler de son enfance. De sa naissance à ses cinq ans, Nicolas était sourd. Ses parents s'en sont rendu compte car il ne parlait pas et inventait des mots qui n'existaient pas. Il a pu récupérer ses fonctions auditives et l'intervention d'un logopède lui a permis de s'exprimer correctement.

Vers l'âge de huit ans, ses parents ont divorcé et Nicolas est allé vivre principalement chez sa maman ainsi qu'un week-end sur deux chez son papa. Il me décrit sa mère comme étant

¹⁷ Nous avons fait le choix d'utiliser ce terme entre guillemets, car ces incohérences n'en n'étaient qu'à mes yeux. En effet, tout cela n'a pas semblé interpeller Nicolas, qui continuait son récit.

une femme dominante, lui criant beaucoup dessus et lui adressant des reproches. Il m'expliquait notamment que lorsqu'il vivait encore chez elle et qu'il percevait un salaire, celle-ci le lui prenait. Il m'évoquera également très souvent un cauchemar récurrent et incestueux¹⁸ entre elle et lui. Cet événement semble avoir beaucoup marqué sa vie.

« J'ai couché (dormi) jusque très tard avec ma mère, jusque 12-13 ans. A l'adolescence elle n'aimait pas être seule parce qu'elle et mon père étaient divorcés donc pour remplacer un peu peut-être le père. Et, soit c'est un cauchemar inventé, peut-être avec l'imagination, peut-être avec des mouvements pendant la nuit, ou c'était autre chose. [Autre chose ?] Des caresses qu'il y aurait eu avec ma mère, ce genre de choses. De ça, j'en ai fait un trauma à mes huit ans. Je ne parlais plus aux gens, je n'étais plus autant avec mes camarades en train de jouer... »

« Oui, avec les cauchemars avec ma mère, quand j'en ai parlé ça m'a amené ici [...] donc il y a des gens à qui ça arrive, mais si je n'avais pas eu ce cauchemar-là, tout se serait bien passé jusqu'à maintenant. C'est ça qui a tout chamboulé. »

« Mais je me suis senti sali par rapport à mes cauchemars-là. »

Cependant, Nicolas lui accorde également une position de victime car elle a été exploitée et violentée physiquement par sa mère dans son enfance. Il pense également qu'elle est le fruit d'un viol. La mère de Nicolas a donc fui son pays natal qu'est l'Espagne, pour s'installer en Belgique.

Comme nous pouvons déjà le constater, Nicolas semble issu d'un milieu familial quelque peu compliqué. Il me décrit également son père comme étant en couple avec une dame « castratrice ». Cette dernière parlait mal à Nicolas, le frappait, jusqu'à lui casser plusieurs fois le bras. Il a donc choisi de prendre ses distances avec eux.

A la suite du divorce, sa mère s'est mise en ménage avec une dame. Nicolas a vécu avec elles jusqu'en 2016 et a ensuite emménagé seul dans un appartement.

Au niveau de sa scolarité, il a réalisé ses secondaires dans une école professionnelle afin d'obtenir un diplôme en carrosserie. A la fin de ses études, il a traversé une grosse dépression.

« C'est un brouillard de grosse fatigue, de problèmes de connexions. Ça a duré un an et demi, ça a été dur pour m'en remettre. »

¹⁸ Nous tenons à préciser que Nicolas ne sait pas lui-même si ce cauchemar découle d'un événement réellement vécu ou s'il provient directement de son imagination.

« Je me suis fort mis en déminéralisation parce que je mangeais moins, qu'une fois par jour. Donc il y a ça aussi à rattraper. »

Il a ensuite enchaîné différents emplois et il souhaite aujourd'hui réaliser un stage en brasserie pour pouvoir travailler en hôtellerie. De plus, il a décidé de reprendre sa vie en main en changeant son alimentation, en reprenant le sport et en voulant rencontrer quelqu'un dans sa vie.

3.4.2 Analyse

3.4.2.1 EASE

3.4.2.1.1 Vue d'ensemble

EASE	Items représentés	Pourcentage d'items représentés
Ensemble des domaines	18/57	32%
Domaine 1	4/17	24%
Domaine 2	6/18	33%
Domaine 3	3/9	33%
Domaine 4	1/5	20%
Domaine 5	5/8	63%

A la vue de ce tableau, nous remarquons que 32% des items (18/57) sont représentés au sein du discours de Nicolas. Le domaine se démarquant le plus est le domaine 5 (Réorientation existentielle) avec un pourcentage de 63 (5/8). Ensuite, nous retrouvons à pourcentage égal (33%) les domaines 2 (Troubles de la conscience de soi et de la présence) et 3 (Expériences corporelles) avec, respectivement, 6/8 et 3/9. Les deux domaines les moins représentés sont les domaines 1 (Troubles de la conscience de soi et de la présence) avec un pourcentage de 24 (4/17) et le domaine 4 (Transitivisme/ trouble de la démarcation de soi) avec 1/5 (20%).

Nous remarquons que le domaine 5 se distingue significativement des autres, par sa forte représentativité. Ce résultat ne nous surprend néanmoins pas, car dès la fin de l'entretien relatif à la passation de EASE, nous avons le sentiment que les anomalies de l'expérience éprouvées par Nicolas se situaient particulièrement dans cette section. Les autres domaines quant à eux, se trouvent tous représentés, avec des taux relativement proches.

3.4.2.1.2 Tableau de cotation

Nicolas	Pondération des items
1/ Cognition et cours de la pensée	
1.1 Interférence de la pensée	+++
1.6 Ruminations – obsessions	
<i>Sous-type 3 : Obsessions authentiques</i>	++
<i>Sous-type 4 : Pseudo obsessions</i>	++
1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité	++
1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage	++
2/ Troubles de la conscience de soi et de la présence	
2.6 Hyper-réflexivité, réflexivité accentuée	+++
2.11 Sentiment de changement en rapport 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 4 : Anxiété sociale</i>	++
2.15 Transparence de la conscience diminuée	++
2.16 Initiative diminuée	++
3/ Expériences corporelles	
3.6 Spatialisation des expériences corporelles	+++
3.7 Expériences cénesthésiques	++
3.8 Perturbations motrices	
<i>Sous-type 3 : Blocage moteur</i>	+
<i>Sous-type 5 : Perte des automatismes moteurs</i>	++
4/ Transitivity/troubles de la démarcation de soi	
4.5 Autres phénomènes de transitivity	+
5/ Réorientation existentielle	
5.4 Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire	++

5.5 Sentiment « comme si » le monde ressenti n'était pas réel	+++
5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet	++
5.7 Changement existentiel ou intellectuel	+++
5.8 Grandeur solipsiste	+++

Les phénomènes considérés comme très présents (« +++ ») pour Nicolas sont les suivants :

- > 1.1 Interférence de la pensée
- > 2.6 Hyper-réflexivité, réflexivité accentuée
- > 2.12 Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle
- > 3.6 Spatialisation des expériences corporelles
- > 5.5 Sentiment « comme si » le monde ressenti n'était pas réel
- > 5.7 Changement existentiel ou intellectuel
- > 5.8 Grandeur solipsiste

Les phénomènes expérimentés de manière présente mais moins intensément sont les suivants :

- > 1.6 Ruminations – obsessions
- > 2.11 Sentiment de changement en rapport avec le genre
- > 2.13 Anxiété
- > 2.15 Transparence de la conscience diminuée
- > 2.16 Initiative diminuée
- > 3.7 Expériences cénesthésiques
- > 3.8 Perturbations motrices
- > 5.4 Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire
- > 5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet

3.4.2.2 EAWÉ

3.4.2.2.1 Vue d'ensemble

EAWÉ	Items représentés	Pourcentage d'items représentés
Tous les domaines	23/75	31%
Domaine 1	3/17	18%
Domaine 2	2/6	33%
Domaine 3	3/14	21%
Domaine 4	4/10	40%
Domaine 5	6/17	35%
Domaine 6	5/11	45%

Sur la totalité des items composant l'échelle, 23 (31%) sont présents chez Nicolas. A l'instar de EASE, le domaine le plus représenté est le domaine 6 (Réorientation existentielle, avec un pourcentage de 45 (5/11). Le deuxième domaine le plus saillant, est le domaine relatif au langage (4) avec un taux d'items représentés de 4/10 (40%). Ensuite, nous retrouvons le domaine 2 (Temps et événements) avec 2/6 items (33%). L'avant dernier domaine représenté est le 3 (Personnes) avec 3/14 (21%). Pour terminer, le domaine 1 (Espace et objets) obtient un pourcentage de 18 (3/17).

Nous pouvons remarquer que les différences de représentativité sont moins significatives qu'au sein de l'échelle EASE.

3.4.2.2.2 Tableau de cotation

Nicolas	Pondération des items
1/ Espace et objets	
1.1 Intensité anormale ou persistante de la perception visuelle	
<i>Sous-type 2 : Diminution de l'intensité des perceptions visuelles</i>	++
1.3 Perturbations dans la justesse des perceptions visuelles	
<i>Sous-type 1 : Illusions visuelles</i>	+
1.10 Perturbations dans la justesse des perceptions auditives	
<i>Sous-type 2 : Hallucinations auditives</i>	++
2/ Temps et événements	
2.5 Connaissance du futur perturbé	
<i>Sous-type 4 : Prémonitions</i>	+
2.6 Expérience des souvenirs ou du passé perturbé	
<i>Sous-type 6 : Le passé est intrusif</i>	+++
3/ Personnes	
3.7 Perturbation de la démarcation entre soi et les autres	
<i>Sous-type 3 : Transparence pathologique</i>	+
3.8 Difficultés à regarder/ être regardé fixement par quelqu'un	
<i>Sous-type 3 : Intrusivité de son propre regard</i>	+
3.9 Dépersonnalisation des autres	
<i>Sous-type 2 : Les personnes semblent irréelles/fausses/illusoires</i>	++
4/ Langage	

4.4 Utilisation inhabituelle des mots, de la grammaire et du discours	
<i>Sous-type 1 : Discours télégraphique ou non-grammaticalement correct</i>	++
4.5 Expérience inhabituelle de sa propre parole ou écriture	
<i>Sous-type 1 : Indisponibilité des mots</i>	++
4.6 Pertinence perturbée	
<i>Sous-type 1 : Déraillement</i>	++
4.9 Autres expériences d'inadéquation du langage	
<i>Sous-type 1 : Le langage est inadéquat pour décrire les expériences inhabituelles du sujet</i>	+
5/ Atmosphère	
5.1 Déréalisation du monde	
<i>Sous-type 4 : Fausseté</i>	+++
5.7 Perplexité	
<i>Sous-type 1 : Confusion des différentes modalités d'intentionnalité</i>	++
5.8 Manière anormale d'attribuer ou percevoir	
<i>Sous-type 2 : Signification inhérente à l'objet-même</i>	+++
5.11 Sensation inhabituelle dans les relations causales	
<i>Sous-type 1 : Les actions ou événements semblent contrôlés par une force ou une volonté externe</i>	++
5.13 Indépendance ontologique de l'expérience du monde diminuée ; subjectivisme	
<i>Sous-type 3 : Influence sur la réalité physique</i>	+++
5.17 Anomalies de l'atmosphère humorale ou affective	
<i>Sous-type 7 : Anomalies de la constance de l'humeur a) Humeur ou émotion anormalement labile</i>	++
6/ Langage	
6.1 Rejet de la société ou des conventions	
<i>Sous-type 1 : Réticence vis-à-vis de la société humaine</i>	+++
6.3 Incrédulité, doute ou scepticisme envahissants vis-à-vis de ce qui est évident/considéré comme acquis	++
6.5 Sentiment d'être spécial ou supérieur	
<i>Sous-type 1 : Sentiment de perspicacité extraordinaire (sens intellectuel spécial ou pouvoirs créatifs)</i>	+++
<i>Sous-type 3 : Grandeur intellectuelle/spirituelle</i>	+++
6.7 Sensation de perte de liberté ou d'unicité	++
6.9 Changement existentiel ou intellectuel	+++

Les items les plus présents (« +++ ») au sein du discours de Nicolas sont :

- > 1.1 Intensité anormale ou persistante de la perception visuelle
- > 1.10 Perturbations dans la justesse des perceptions auditives
- > 3.9 Dépersonnalisation des autres
- > 4.4 Utilisation inhabituelle des mots, de la grammaire et du discours
- > 4.5 Expérience inhabituelle de sa propre parole ou écriture
- > 4.6 Pertinence perturbée
- > 5.7 Perplexité
- > 5.11 Sensation inhabituelle dans les relations causales
- > 5.17 Anomalies de l'atmosphère humorale ou affective
- > 6.3 Incrédulité, doute ou scepticisme envahissants vis-à-vis de ce qui est évident/considéré comme acquis
- > 6.7 Sensation de perte de liberté ou d'unicité

Nous tenons à préciser que les items, au sein des deux échelles, concernant la confusion des modalités d'intentionnalité ont été cotés en « ++ ».

En effet, bien que cette confusion concerne uniquement le cauchemar incestueux entre Nicolas et sa mère, cette confusion prend une place centrale au sein de son discours. D'ailleurs, il en parle à chaque entretien alors qu'il s'agit d'un événement ancien.

Si nous nous référons à la sévérité de l'impact sur la vie de Nicolas, nous pourrions coter cet item en « +++ », cependant, à la simple lecture de ce tableau, nous ne voudrions pas que nos lecteurs pensent que, de manière générale, Nicolas éprouve des difficultés à distinguer l'imaginaire, de ce qui appartient à la réalité.

3.4.2.2.3 Apports spécifiques

Dans le cas de Nicolas, l'échelle EAWE nous permet une fois de plus, de venir appuyer et préciser les phénomènes éclairés par EASE. Cependant, alors que EASE a ciblé des anomalies de l'expérience liées aux processus de pensée, EAWE nous permet d'aborder l'expérience du langage.

Nous remarquons pour Nicolas, que lors des périodes où il se sentait déprimé, non seulement, ses pensées se voyaient perturbées, mais le fonctionnement du langage également.

En effet, il nous a confié ne plus oser parler avec les gens, ne plus trouver les mots qu'il cherchait ou tout simplement parfois ne plus trouver les mots correspondant à l'idée qu'il souhaitait exprimer.

3.4.2.3 Réflexion

3.4.2.3.1 Hyper-réflexivité

Comme évoqué dans les points précédents relatifs aux échelles, Nicolas nous semble faire preuve d'hyper-réflexivité, c'est-à-dire, la tendance - si elle est occasionnelle - ou fréquente, à se saisir soi-même ou une partie de soi ou de l'environnement, comme objet de réflexion intense (Parnas & al, 2012). Voici quelques extraits d'entretiens appuyant notre supposition :

« Ce qui se passe dans le monde ça je me pose beaucoup de questions sans arrêt, oui, plus que 99% des gens. Moi je me pose beaucoup de questions. »

« Je me suis retrouvé sur YouTube à regarder des vidéos que sur ça. Je me renfermais trop dans mes analyses, toujours en train de réfléchir, toujours en train de faire des recherches. »

« Je me posais beaucoup de questions par rapport à la nouvelle heure mondiale. C'est avec les grands groupes qui ont la main mise sur l'Union Européenne etc. Ils veulent défaire les peuples en faisant du métissage. Ils veulent casser les traditions et faire perdre les cultures à tout le monde. Ils veulent unifier tous les peuples. J'ai lu beaucoup de choses là-dessus. »

Non seulement, Nicolas se pose beaucoup de questions, mais les domaines d'intérêts s'avèrent très variés. De plus, il s'interroge sur des sujets qui nous semblent riches en informations et pas toujours abordables pour un individu lambda.

« J'ai toujours eu ce genre de préoccupations. J'ai toujours eu l'impression qu'on ne nous disait pas tout sur tout et donc depuis petit ça a commencé par les OVNI et puis ça s'est élargi. »

« Ça m'est déjà arrivé d'avoir peur de l'infini, deux ou trois fois. Et de me retrouver bloqué dans l'escalier, ce genre de truc quoi. Par rapport au fait que l'âme serait éternelle, ce genre de choses. »

« Juste, parfois, je me pose des questions par rapport aux objets, aux significations qu'ils peuvent avoir. Les symboles, ce genre de truc. Par exemple il y a une lampe chez ma mère en forme d'œil, pour moi j'ai l'impression que la personne qui l'a faite, l'a fait dans une intention, peu importe laquelle, qu'elle soit positive ou négative. »

Nous pouvons remarquer à travers ses paroles, qu'il réfléchit de manière intense, jusqu'à ressentir des blocages physiques tant l'angoisse générée est importante.

« Je me pose toujours des questions comme un enfant se pose. Par exemple pourquoi le ciel est bleu ? Des choses simples comme ça de la vie, je me demande souvent ouais. Je me pose beaucoup plus de questions que la majorité des gens. »

Nous nous rendons compte que Nicolas a exploré de nombreux sujets, allant de la couleur du ciel à des questions existentielles et métaphysiques. Il semble effectivement se documenter sans cesse, depuis l'enfance, comme si ces recherches le nourrissaient.

Cependant, Nicolas se sent à part lorsqu'il se retrouve en situation sociale. Il nous explique d'ailleurs trouver difficilement des personnes avec lesquelles il peut échanger. Il s'est presque toujours senti différent et pense être doté de plus de maturité que les gens de son âge. Il pense d'ailleurs que ces personnes n'ont pas les mêmes sujets de préoccupations que lui.

3.4.2.3.2. Sentiment d'être spécial ou supérieur

De manière liée à la section précédente, nous allons aborder ici le sentiment de grandeur solipsiste de Nicolas. Comme évoqué, il s'est toujours senti en dehors de la norme par rapport aux gens qui l'entourent.

Néanmoins, il fait également preuve d'un sentiment de supériorité vis-à-vis de ses semblables. Nous pouvons d'ailleurs illustrer ces propos à l'aide de morceaux d'entretiens.

« Je ne sais pas avoir une vie normale avec des gens ; eux vont vouloir être ami avec moi parce que je les intéresse, mais moi pas. Je repère souvent aussi des pathologies chez gens. Je n'arrive pas à trouver quelqu'un pour parler de tout. C'est souvent des gens très basiques. Déjà en secondaire je me défaisais des autres parce qu'ils n'avaient pas la maturité que j'avais. J'étais trop différent, c'est chiant. »

« Les patrons vont voir que j'ai toutes les compétences, ils le sentent hein, il n'y a rien à faire. Ils comptent sur moi, ils le sentent quoi. Ils sentent que je suis plus intelligent que la moyenne, systématiquement on me le dit tout le temps. Un collègue m'avait dit : tu n'as pas besoin de parler, on voit bien que tu es plus intelligent que la moyenne des gens. Il y a aussi des gens

qui m'ont dit que j'avais des capacités, ils le sentaient et ils ne me voyaient pas faire un boulot normal. »

« Je devrais trainer avec des gens de quarante ans pour avoir de grandes discussions. Les jeunes maintenant, leur vie n'a aucun sens. »

Malgré cette tendance à se sentir légèrement supérieur aux autres, Nicolas reste touchant dans sa manière de se sentir différent. Nous sentons en lui une certaine tristesse due à l'isolement. En effet, il n'a pas réellement d'amis autour de lui et lorsqu'il donne cette impression de se sentir plus spécial que les autres, nous nous rendons compte que le but recherché n'est pas de se mettre en avant.

Il semble avoir ainsi installé une certaine distance entre lui et le monde qui l'entoure. Il nous explique d'ailleurs sortir de toutes les normes possibles et inimaginables.

3.5 Rencontre avec Maria

Maria est la première patiente que j'ai rencontrée. Nous nous sommes installées avec son infirmière de référence dans un bureau du service dans lequel elle est hospitalisée.

Je lui ai tout d'abord présenté mon travail afin de voir si elle serait prête à me rencontrer plusieurs fois. Elle m'a directement expliqué qu'elle aimait aider les jeunes, surtout quand ils étaient à l'Université car elle estime que la recherche est importante et qu'elle fait avancer le monde.

« Oh oui ! Moi j'aime les gens intelligents donc c'est avec plaisir ! C'est important de s'instruire dans la vie. »

Elle s'est rapidement montrée à l'aise avec moi et très loquace. Elle m'a parlé de toutes sortes de choses et toutes sortes de personnes. J'ai d'ailleurs trouvé étonnant qu'elle me parle de gens que je ne connaissais pas, d'une manière telle qu'on aurait dit que je les connaissais également. Lorsque je lui demandais de qui elle parlait, elle me rappelait alors les noms et prénoms des personnes. J'ai alors trouvé ces réponses curieuses car je m'attendais plutôt à des précisions du type « ma voisine », « un ami de mon frère », me permettant de situer la personne évoquée.

« - J'entendais derrière la fenêtre, Dominique

- Qui est Dominique ?

- Une du service de Glain. »

Sa façon de s'exprimer m'a impressionnée quant aux précisions qu'elle me fournissait. Lors de ses explications, elle me donne énormément de dates, de lieux, d'adresses précises telles que l'adresse de ses avocats, de sa sœur, les noms de famille de personnes qu'elle n'a pas côtoyées depuis des années.

3.5.1 Eléments anamnestiques

Maria est une dame de 54 ans. Elle se présente en commençant par son lieu de naissance et son parcours scolaire dans les arts décoratifs. Maria prend soin de me lister tous les diplômes qu'elle a eu, les concours qu'elle a gagnés, le métier de ses proches dont elle est fière.

Ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait huit ans. Elle présente son père comme un alcoolique et me parle en deux mots du travail de femme de ménage de sa mère. Elle a une sœur jumelle et un frère aîné dont elle semble très fière et proche. Elle m'explique avoir eu sa fille à 21 ans avec son compagnon du moment. Cependant, elle l'a quitté peu de temps après l'accouchement car il buvait et se montrait violent envers elle. Elle semble retirer beaucoup de fierté de « s'en être sortie seule ».

J'ai comme l'impression, à ce moment-là, que c'est important pour elle de montrer une image d'elle positive afin de recevoir un peu de reconnaissance. En effet, elle se décrit en tant que personne battante, dévouée et intelligente. Elle souligne le fait que les gens s'amuse toujours avec elle, que les professionnels lui disent qu'elle est très intelligente. Elle aime préciser à quel point elle aime se cultiver et côtoyer des personnes intelligentes.

« Moi j'ai acheté une voiture à mon frère pour qu'il accède au pouvoir. »

« J'ai toujours un sens de l'humour moi. J'aime bien de faire rigoler hein ! Alors avec moi, c'est assuré. J'ai toujours des blagues et des blagues ! »

« Je peux encore vous définir la lumière : la lumière est une énergie magnétique qui se propage en ligne droite dans un milieu homogène et transparent à la vitesse de 360 000km/ sec. Son mouvement semblerait être représenté par un mouvement ondulatoire, on le représente par une

courbe. J'avais étudié ça et le professeur avait dit que celui qui s'en rappellera trente ans après sera un bon élève. »

« J'ai été stupéfaite quand le psychiatre m'a dit que j'étais très intelligente. Là, je me suis dit que j'avais tendance à me dégrader alors qu'ici un membre du personnel médical me le dit. Nous y voilà. »

Cette dernière phrase m'a amenée à me demander où se situait son estime d'elle-même ? Est-elle si bonne qu'elle ne le laisse penser ?

Lorsque je lui ai demandé si elle avait parfois l'impression d'être moins bien que les autres, elle m'a répondu ceci :

« On me diminue alors que j'ai toujours tout réussi. J'ai toujours essayé de donner le meilleur de moi-même. On a tous des qualités. J'ai confiance en moi, je sais où je vais. »

A la suite de cette affirmation, j'ai eu le sentiment que l'image qu'elle se construit s'avérait en fait une tentative de pallier une faible estime de soi, un sentiment amoindri du soi.¹⁹

Actuellement, ses contacts avec sa fille sont limités car elle mariée avec une fille que Maria ne supporte pas. Elle me la dépeint d'ailleurs comme une personne mal intentionnée.

3.5.2 Analyse

3.5.2.1 EASE

3.5.2.1.1 Vue d'ensemble

EASE	Items représentés	Pourcentage d'items représentés
Ensemble des domaines	2/57	4%
Domaine 1	0/17	0%
Domaine 2	1/18	6%
Domaine 3	0/9	0%
Domaine 4	0/5	0%
Domaine 5	1/8	13%

¹⁹ Je tiens à préciser que cette impression n'engage que moi et est basée sur quelques phrases ainsi que la manière de s'exprimer de la patiente.

Il est interpellant de remarquer à quel point Maria se retrouve dans peu d'items. Elle dit s'être sentie concernée uniquement par deux items de l'intégralité de l'échelle (4%). Un item se retrouve parmi le domaine 5 (Réorientation existentielle) et représente 13% du domaine alors que l'autre est dans le domaine 2, se rapportant aux troubles de la conscience de soi et de la présence (6%).

A la suite des entretiens, les résultats ne nous semblent pas représenter fidèlement le vécu de Maria. En effet, bien que nous n'ayons pas la prétention d'apporter une réponse à notre étonnement, nous avons réfléchi à différentes hypothèses vis-à-vis de ces données que nous présenterons dans le point « réflexion », après les résultats de l'échelle EAWÉ.

3.5.2.1.2 Tableau de cotation

Maria	Pondération des items
1/ Cognitions et cours de la pensée	
2/ Troubles de la conscience de soi et de la présence	
2.13 Anxiété	
<i>Sous-type 1 : Attaque de panique</i>	++
<i>Sous-type 2 : Anxiété psychique, mentale</i>	++
3/ Expériences corporelles	
4/ Transitivisme/ troubles de la démarcation de soi	
5/ Réorientation existentielle	
5.4 Sentiment de posséder des dons extraordinaires	++

Aucun phénomène n'a été considéré comme très présent chez Maria, cependant les deux items représentés sont considérés comme fort présents dans son passé.

- > 2.13 Anxiété
- > 5.4 Sentiment de posséder des dons extraordinaires

3.5.2.2 EAWÉ

3.5.2.2.1 Vue d'ensemble

EAWÉ	Items représentés	Pourcentage d'items représentés

Tous les domaines	6/75	8%
Domaine 1	1/17	6%
Domaine 2	1/6	17%
Domaine 3	2/14	14%
Domaine 4	1/10	10%
Domaine 5	1/17	6%
Domaine 6	0/11	0%

Conformément à nos attentes, le pourcentage d'items (8%) relatifs à l'échelle EAWE se montre également très faible (6/75). En dépit d'un faible taux pour chacun des domaines, le plus représenté est le domaine 2 (Temps et événements) avec un taux s'élevant à 17% (1/6). Ensuite, nous retrouvons le domaine 3 (Personnes) avec 2/14 items (14%). Le domaine 4 (Langage) est quant à lui représenté à 1/10 (10%). Les deux domaines les plus faiblement représentés, avec un pourcentage de 6 (1/17 chacun), sont les domaines 1 (Espace et objets) et 5 (Atmosphère). Le domaine relatif à la réorientation existentielle (6) est, lui, absent du discours de Maria.

3.5.2.2.2 *Tableau de cotation*

Maria	Pondération des items
1/ Espace et objets	
1.8 Expériences déformées de l'espace	
<i>Sous-type 2 : Perte de l'orientation topographique</i>	+
2/ Temps et événements	
2.5 Connaissance du futur perturbée	
<i>Sous-type 4 : Prémonitions</i>	++
3/ Personnes	
3.7 Perturbation de la démarcation entre soi et les autres	
<i>Sous-type 2 : influence inhabituelle sur les autres</i>	+
3.14 Réponses comportementales	
<i>Sous-type 6 : Divertissement compulsif</i>	++
4/ Langage	
4.6 Pertinence perturbée	
<i>Sous-type 1 : Déraillement</i>	++
<i>Sous-type 2 : Réponse tangentielle</i>	++
5/ Atmosphère	
5.5 Expérience de « déjà vu »	++
6/ Réorientation existentielle	

Parmi les items présents au sein des entretiens avec Maria, aucun n'a été pondéré en « +++ ». Selon elle, les phénomènes les plus fortement représentés (« ++ ») étaient présents par le passé. Les voici :

- > 3.14 Réponses comportementales
- > 4.6 Pertinence perturbée
- > 5.5 Expérience de « déjà vu »

3.5.2.2.3 Apports spécifiques

Etant donné la faible représentativité des échelles, nous ne pouvons pas conclure à un apport spécifique de l'échelle EAWE vis-à-vis de EASE.

3.5.2.3 Réflexion

3.5.2.3.1 Perte de sens commun observée

Si nous nous fiions uniquement aux résultats des échelles EASE et EAWE, nous ne considérons pas de perturbations du sens commun chez Maria. Cependant, lors de nos entretiens, nous avons relevé quelques « ruptures » au niveau conversationnel avec nous. En effet, tout au long de l'anamnèse, Maria nous évoquait déjà des personnes en ne citant parfois que leur nom, comme s'il était clair que nous savions qui elles étaient, alors qu'il n'en n'était rien.

De plus, nous avons remarqué de nombreuses réponses pouvant être incluses dans la catégorie « déraillement ». En effet, à plusieurs reprises, nous posions une question à Maria et celle-ci abordait plusieurs sujets qui semblaient être en lien les uns avec les autres de son point de vue. Cependant, d'un regard extérieur, Maria semblait passer « du coq à l'âne », ce qui rendait la conversation parfois difficile à suivre. Voici, selon nous, l'extrait continu le plus parlant, permettant d'illustrer cette difficulté d'accordage :

« - *Qu'est-ce qui vous a amené ici ?*

- *J'avais des fuites urinaires. On croyait que je ne mangeais pas alors que j'avais été faire des courses, j'avais mangé deux miches avec du gorgonzola, mais avec le médicament qu'on me*

donnait pour dormir, je n'ai pas su me réveiller et quand ma fille est arrivée, j'étais pleine d'urine. J'entendais derrière la fenêtre, Dominique

- Qui est Dominique ?

- Une de Glain.

- Mais elle est venue chez vous ?

- Ben oui, où voulez-vous que je sois ? A part chez ma mère ou de temps en temps chez ma fille. Comme elle a eu des difficultés à un moment donné au point de vue salaire, je remplissais le frigo de 100 euros mais je ne m'entends pas très bien avec ma belle-fille parce que c'est quelqu'un qui sort de Lierneux, qui a la gastroplastie, qui a fait des chirurgies, qui mène ma fille par le bout du nez, qui l'a forcée à se marier, que je n'ai pas été invitée au mariage, ni ma mère, ni ma sœur, ni ma fille, qui me fait des coups bas. Je n'ai même pas su aller à l'enterrement de Jeanine (?) alors que deux jours après, j'allais à l'enterrement de Nino (?). Donc c'est tout le temps des dégradations et elle m'a reproché ici récemment de l'avoir mise au monde. Donc étant donné qu'elle a été embarquée elle-même au travail parce qu'elle faisait des crises de tétanie. A force de jouer avec le feu, ça s'est retourné contre elle. C'est bien malheureux. »

Dans l'exemple ci-dessus, nous pouvons remarquer que nous n'arrivons pas à suivre le fil conducteur employé par Maria. Il en va de même pour l'extrait suivant :

« Nous : - Et lors de la deuxième hospitalisation, il s'était passé quelque chose en particulier ?

Maria : - Je suis venue de moi-même pour sauver ma fille, rendez-vous compte ! Et le merci que j'en ai c'est que maman on la laisse dans l'oubli.

Nous : - Vous vouliez la sauver de quoi ?

Maria : - Ben elle est colérique, elle est homosexuelle, elle est mariée avec une femme. Elle a des problèmes avec son Moi finalement parce qu'elle a été suivie par des psychologues, donc malheureusement la situation s'est aggravée pour elle. C'est malheureux, je n'en n'ai qu'une et ce n'est pas ce que je souhaitais moi.

Nous : - Et vous vouliez la faire hospitaliser ?

Maria : - Non, non ! Mais moi à Glain j'ai rencontré la grand-mère, la fille et la mère.

Nous : - Et donc vous êtes allée à Glain ?

Maria : - Oui, 14 mois en 2013. Et après, pendant cinq années, tout s'est bien déroulé, mon père m'a dit : « T'es vraiment bien ». J'avais repris ma vie en main, je me promenais avec mon chien, franchement je ne vois pas où est le problème, je ne vois pas où il est.

Nous : - En 2013... Que c'était-il passé dans votre vie à ce moment-là ?

Maria : - Oui mais ça c'est encore les voisins qui se mêlent de ma vie privée quoi. J'ai été cambriolée donc je ne sais pas qui remercier. J'ai aussi été accidentée en 1992, je me suis fait renversée par une voiture alors que j'étais à vélo. Voilà pourquoi j'en suis là aujourd'hui. »

La perte de sens commun que nous évoquons ici se situe au niveau des échanges verbaux. Nous n'incluons pas, dans ce cas, les difficultés de reconnaissance des émotions ou de l'ajustement corporel.

Nous sommes conscients que les difficultés d'accordage relationnel se situent du côté de chaque interlocuteur. Néanmoins, nous ne sommes pas certains que Maria ait ressenti ces ruptures, menant à une certaine gêne de notre côté.

Comme abordé dans le point relatif à la revue de la littérature, le « fou » conserve sa rationalité, même s'il est clair qu'elle diffère de la nôtre.

Dans la situation de Maria, nous nous montrons inapte à la suivre dans sa logique. Nous avons donc tenté de nous accrocher à maintes reprises à son discours, mais nous n'avons pas le sentiment de partager avec elle, la même conversation. Nous devenions alors presque spectatrice de son monologue.

3.5.2.3.2 Hypothèses quant au faible taux d'items

Comme évoqué ci-dessus, nous allons vous présenter nos trois hypothèses concernant le faible taux d'items représentés au sein des deux échelles.

La première limite envisagée quant au faible niveau de représentativité de l'échelle pour Maria est notre **manque de familiarité avec l'échelle**. En effet, comme évoqué ci-dessus, il s'agissait de notre première mise en pratique sur le terrain. De ce fait, nous étions certainement moins à même de cerner les subtilités des phénomènes évoqués. Néanmoins, les questions posées restaient similaires à celles posées aux autres sujets. Nous avons donc choisi de réécouter

les enregistrements d'entretiens avec Maria, après avoir rencontré tous nos sujets. Cependant, la cotation effectuée resta la même. D'autres facteurs seraient susceptibles d'influencer ces résultats.

Notre seconde hypothèse est que Maria nous semble présenter une **anosognosie / un manque d'insight important** face à ses difficultés. Cependant, nous n'avons pas employé d'outils visant son évaluation. Il serait possible que Maria n'ait tout simplement pas voulu aborder le sujet avec nous lorsque nous lui avons demandé ce qui l'avait conduit à cette hospitalisation-ci, elle nous répond ceci :

« J'avais des fuites urinaires. On croyait que je ne mangeais pas alors que j'avais été faire des courses, j'avais mangé deux miches avec du gorgonzola. Mais avec le médicament qu'on me donnait pour dormir, je n'ai pas su me réveiller et quand ma fille est arrivée, j'étais pleine d'urine. »

« Je suis venue pour une simple visite parce que j'étais en déshydratation pendant deux jours et on m'a gardée. Je ne comprends pas et ça fait trois mois que ça dure, j'aimerais bien rentrer chez moi retrouver mon petit chien. »

Nous lui avons posé la même question lorsqu'elle a évoqué une précédente hospitalisation :

« A cause de lui (un homme qu'elle a côtoyé dans le passé), vu ce qu'il a fait je me suis retrouvée 14 mois hospitalisée. [Et qu'a-t-il fait ?] Il avait mis le couteau sous sa gorge, il voulait se couper la tête et la mettre dans le feu. Il a planté le couteau sur la table. Moi j'ai tellement été traumatisée ! Il était schizophrène, on n'a pas voulu me croire et c'est moi que l'on a embarquée à sa place. »

A la suite à nos échanges, nous nous posons des questions quant à ses capacités de reconnaissance face aux difficultés. En effet, il nous semble peu envisageable qu'une structure de soin garde une patiente trois mois pour une simple déshydratation. Dans le cas d'un manque de reconnaissance de ses troubles, comment la patiente pourrait-elle se montrer consciente de difficultés subtiles de l'expérience ?

Notre troisième hypothèse consiste en un **biais de désirabilité sociale** relatif au manque de clarification de notre rôle au sein du service. En effet, nous sommes conscients qu'il doit être étrange pour les patients de nous rencontrer afin de répondre à des questions visant

l'évaluation des anomalies de l'expérience. En effet, chez les patients, le terme « anomalies » renvoie régulièrement à « ce qui n'est pas normal²⁰ »

De plus, au moment de notre arrivée, Maria manifestait fortement au personnel son envie de rentrer chez elle définitivement. Aurait-elle pu percevoir nos entrevues comme une évaluation de sa capacité à retourner à son domicile ?

Lors des entretiens, Maria nous semblait parfois méfiante, présentant une attitude défensive. Derrière cette méfiance, il nous semblait se cacher un biais de désirabilité. Nous avons tenté de rassembler les morceaux de discours nous laissant croire cela :

« [Vous pouvez parfois vous trouver changée ou déformée en vous regardant dans le miroir ?] Non, non, non, je n'ai pas d'hallucinations non ! »

« Ce qui est réel est réel et reste réel. »

« [Avez-vous déjà eu l'impression que certains sens étaient associés ? Comme par exemple, une odeur avec un son ?] « Non, je n'ai pas ça. Tout est bien réel. »

« [Avez-vous déjà eu l'impression que les autres faisaient des mouvements étranges ? Non, c'est bien réel, je n'ai pas de visions, pas d'hallucinations. »

Notons ici qu'elle emploie souvent le terme « hallucinations », alors que nous n'avons utilisé ce mot à aucun moment. Ces réponses pourraient traduire une crainte que l'on considère la patiente comme hallucinée. Elle pourrait alors redouter que nous la considérions comme inapte à retourner seule chez elle.

²⁰ En réalité, l'anomalie représente la variation individuelle par rapport à une norme donnée (Englebert & Follet, 2016). Cependant, la diversité ne constitue pas une maladie. Il n'est pas question ici « d'anormalité », ce qui renverrait à quelque chose de nocif, entravant le bon déroulement de la vie.

Quatrième chapitre : Discussion

La visée de notre travail était de nous intéresser au spectre schizophrénique dans un processus phénoménologique. Non pas d'un point de vue externe, comme il est coutume de faire, mais en allant à la rencontre de la subjectivité des patients ayant reçu ce diagnostic.

Pour ce faire, nous avons utilisé deux échelles d'orientation phénoménologique consistant en l'évaluation des anomalies de l'expérience de soi – EASE – et l'évaluation des anomalies de l'expérience du monde – EAWE -. Cette dernière échelle étant récente (2017), nous partions dans l'optique d'évaluer sa capacité à faire émerger davantage de phénomènes révélateurs de l'expérience de monde.

4.1 Pôles communs

4.1.1 EASE

Dans la globalité de l'échelle, nous avons relevé un pourcentage d'items représentés pour chacun des sujets : 42% pour Fabrice, 39% pour Amy, 23% pour Patrick, 32% pour Nicolas et 4% pour Maria.

Maria ayant rencontré très peu de phénomènes présents dans l'échelles EASE, aucune anomalie de l'expérience n'est éprouvée par tous les patients de notre recherche. Nous avons décidé de colorer les items présents chez trois (gris) ou quatre (jaune) des sujets rencontrés. Nous remarquons qu'il y a cependant peu d'items communs aux différents sujets.

De plus, aucun domaine ne se trouve significativement représenté par la majorité des sujets. En effet, rappelons-nous que le spectre schizophrénique s'avère caractérisé notamment par son hétérogénéité.

Items de l'échelle EASE	Présence pondérée/absence d'extraits du récit présentant des affinités avec l'item EASE				
	Fabrice	Amy	Patrick	Nicolas	Maria
1. Cognition et cours de la pensée					
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>	++		++		
<i>Sous-type 2 : Fading</i>					
<i>Sous-type 3 : Fading et interférence de la pensée</i>					
1.5 Echo silencieux de la pensée		++	++		
1.6 Ruminations – obsessions					
<i>Sous-type 1 : Ruminations primaires</i>					
<i>Sous-type 2 : Ruminations secondaires</i>	+++				
<i>Sous-type 3 : Obsessions authentiques</i>				++	
<i>Sous-type 4 : Pseudo obsessions</i>				++	
<i>Sous-type 5 : Rituels/compulsions</i>					
1.7 Perceptualisation du discours intérieur ou de la pensée					
<i>Sous-type 1 : Perceptualisation interne</i>	+++		++		
<i>Sous-type 2 : Equivalent d'une perceptualisation</i>					
<i>Sous-type 3 : Perceptualisation interne avec symptôme de premier rang</i>					
<i>Sous-type 4 : Perceptualisation externe</i>	+++	+++	++		
1.8 Spatialisation de l'expérience	++				
1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité				++	
1.12 Perturbations attentionnelles					
<i>Sous-type 1 : Captation par un détail</i>					
<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 temps</i>					
<i>Sous-type 2 : Perturbation du temps existentiel</i>					
1.15 Conscience interrompue de sa propre action			+		

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 1 : Précoce</i>					
<i>Sous-type 2 : Depuis l'adolescence</i>	+++				
2.2 Distorsion de la perspective en première personne					
<i>Sous-type 1 : Mienneté /qualité de sujet</i>	+++	+++	++		
<i>Sous-type 2 : Distance expérientielle /phénoménologique</i>					
<i>Sous-type 3 : Spatialisation du soi</i>					
2.4 Présence diminuée					
<i>Sous-type 1 : Diminution spécifique</i>		++			
<i>Sous-type 2 : Diminution non spécifique</i>					
<i>Sous-type 3 : Associée à une déréalisation ou à un changement perceptif</i>					
2.5 Dérealisation					
<i>Sous-type 1 : Dérealisation fluide, globale</i>		++			
<i>Sous-type 2 : Dérealisation intrusive</i>					
2.6 Hyper-réflexivité, réflexivité accentuée	++	++		+++	
2.7 Dissociation du « Je »					
<i>Sous-type 1 : Suspecté</i>					
<i>Sous-type 2 : Expérience « comme si »</i>					
<i>Sous-type 3 : Expérience spatialisée</i>	++				
<i>Sous-type 4 : Elaboration délirante</i>					
2.8 Dépersonnalisation dissociative					
<i>Sous-type 1 : Phénomène imagitatif « comme si »</i>			++		
<i>Sous-type 2 : Hallucination visuelle dissociative</i>	+				
2.9 Confusion d'identité	++				
2.11 Sentiment de changement en rapport avec le genre					
<i>Sous-type 1 : Peur occasionnelle d'être homosexuel</i>				++	
<i>Sous-type 2 : Sensation d'être du sexe opposé</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 2 : Anxiété psychique, mentale</i>					++
<i>Sous-type 3 : Anxiété phobique</i>		++			
<i>Sous-type 4 : Anxiété sociale</i>	+		++	++	
<i>Sous-type 5 : Angoisse diffuse, envahissante, flottante</i>					
<i>Sous-type 6 : Angoisse paranoïde</i>	+++	++	++		
2.15 Transparence de la conscience diminuée				++	
2.16 Initiative diminuée		++		++	
2.17 Hypohédonie		++			
3. Expériences corporelles					
3.1 Changements morphologiques					
<i>Sous-type 1 : Sensations d'un changement</i>	+	++			
<i>Sous-type 2 : Perceptions d'un changement</i>					
3.3 Dépersonnalisation somatique (étrangeté corporelle)					
3.4 Inadéquation psychophysique et clivage psychophysique					
3.5 Désintégration corporelle					
3.6 Spatialisation des expériences corporelles	++	+		+++	
3.7 Expériences cénesthésiques	+		++	++	
3.8 Perturbations motrices					
<i>Sous-type 1 : Pseudo-mouvements corporels</i>					
<i>Sous-type 2 : Interférence motrice</i>					
<i>Sous-type 3 : Blocage moteur</i>				+	
<i>Sous-type 4 : Sentiment d'une parésie motrice</i>					
<i>Sous-type 5 : Perte des automatismes moteurs</i>				++	
4. Transitivity/troubles de la démarcation de soi					
4.1 Confusion avec autrui			++		
4.5 Autres phénomènes de transitivity	++	++	++	+	
5. Réorientation existentielle					
5.1 Phénomènes primaires de référence à soi	++				
5.3 Champ d'expérience du sujet comme seule réalité qui existe encore		++			
5.4 Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire	+++	++		++	++

5.5 Sentiment « comme si » le monde ressenti n'était pas réel		++		+++	
5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet	++	+		++	
5.7 Changement existentiel ou intellectuel	++	++		+++	
5.8 Grandeur solipsiste	+++			+++	

Les phénomènes éprouvés par quatre des patients sont les suivants :

- > 2.13 Anxiété
- > 4.5 Autres phénomènes de transitivisme
- > 5.4 Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire

Les items présents chez trois de nos sujets sont ceux-ci :

- > 1.1 Interférence de la pensée
- > 1.2 Perte de l'ipséité de la pensée
- > 1.7 Perceptualisation du discours intérieur ou de la pensée
- > 2.2 Distorsion de la perspective en première personne
- > 2.6 Hyper-réflexivité, réflexivité accentuée
- > 3.6 Spatialisation des expériences corporelles
- > 3.7 Expériences cénesthésiques

Nous remarquons que ces phénomènes ont presque tous été abordés dans les points de réflexion des différents sujets, relatés plus haut. Les phénomènes de transitivisme ont été discutés suites aux entretiens avec Fabrice, l'hyper-réflexivité a été mise en avant dans les parties réflexion d'Amy et Nicolas. La perte de l'ipséité de la pensée a été examinée dans la section *Réflexion* relative à notre rencontre avec Patrick. Dans cette même partie, nous avons également approfondi les expériences cénesthésiques éprouvées par Patrick toujours. Nous avons aussi évoqué la perte de sens commun, ressentie par deux des cinq sujets, mais observée de notre part chez Maria et Nicolas également.

En effet, bien que ce phénomène ne soit pas éprouvé explicitement par la majorité des patients rencontrés, nous avons pu en observer quelques manifestations lors des entretiens, notamment avec Maria. Nous aborderons cette notion un peu plus loin.

4.1.2 EAW

Les pourcentages relatifs à l'échelle EAW sont représentés les sujets de la manière suivante : 20% (Fabrice), 33% (Amy), 8% (Patrick), 31% (Nicolas) et 8% (Maria).

A l'instar de l'échelle EASE, nous relevons peu d'items constituant des pôles communs entre les sujets. Un seul item est représenté chez quatre patients, il s'agit de la perturbation de la démarcation de soi avec les autres.

Les items présents chez trois sujets sur les cinq sont :

- > 3.6 Interférences causées par les voix
- > 5.13 Indépendance ontologique de l'expérience du monde diminuée ; subjectivisme
- > 6.5 Sentiment d'être spécial ou supérieur
- > 6.9 Changement existentiel ou intellectuel

Parmi ces items, nous avons pu discuter le sentiment d'être spécial ou supérieur dans l'analyse individuelle de Nicolas. Néanmoins, mis à part le changement existentiel, se retrouvant interconnecté avec l'hyper-réflexivité, les autres items n'ont pas été abordés précédemment.

Le manque de représentativité de l'échelle pose question. Nous avons mentionné plus tôt la limite engendrée par notre manque de familiarité avec l'échelle. En effet, bien que nous nous soyons entraînée au préalable, nous n'avons pas suivi de programme de formation relatif à l'échelle. De plus, la version officielle de l'échelle EAW (2017) est rédigée en anglais, ce qui nous a amené à traduire les items en français.

Il est courant de ne pas trouver de synonyme parfait dans le passage d'une langue à une autre. Par ailleurs, nous avons ajusté notre traduction approximative à celle effectuée par Françoise Mossay (2017), établie sur la version antérieure de l'échelle.

Suite à cette transformation, il est plus que probable, que nous ayons perdu des nuances appartenant à certains items. De plus, les questions utilisées pour aborder les phénomènes n'appartiennent pas à une version élaborée par les auteurs de l'échelle. Nous avons par exemple regretté de ne pas retrouver des exemples de discours de patient pour chaque item abordé.

Nous avons réalisé un tableau comparatif de l'échelle EAW, que nous avons joint en annexe (cfr Annexe 13).

4.1.3 En résumé

De manière générale, les sujets obtenaient un pourcentage à l'échelle EASE supérieur à celui obtenu pour l'échelle EAWÉ.

Fabrice obtient ainsi des pourcentages respectifs de 42 et 20, Amy obtient des pourcentages de 39 et 33, Patrick de 23 et 8, Nicolas de 32 et 31, et Maria obtient quant à elle, des pourcentages de 4 et 8.

Bien que ces échelles abordent des phénomènes caractéristiques du spectre schizophrénique, ces résultats reflètent l'importante hétérogénéité de cette psychopathologie. En outre, les anomalies de l'expérience liées au monde semblent être moins présentes et spécifiques à la schizophrénie que les perturbations de la conscience de soi et de la présence.

Effectivement, nous avons soulevé un nombre plus important de pôles communs parmi l'échelle EASE, comparativement à l'échelle EAWÉ. Il est cependant clair que ce second outil comporte un plus grand nombre d'items ainsi que de nombreux sous-types, permettant de préciser finement la présence des items.

Nous avons également remarqué que, globalement, les items représentés chez les sujets pour l'échelle EAWÉ étaient généralement pondérés en « + » ou « ++ », alors qu'au sein de l'échelle EASE, nous retrouvions plus de phénomènes considérés comme très intenses et/ ou fréquents (« +++ »).

4.2 Réflexion sur l'échelle EAWÉ

Dans l'ensemble, la représentativité moyenne des sujets pour l'échelle EAWÉ, s'élève à 20%. Ce chiffre nous paraît faible.

Comment pourrions-nous expliquer ce faible taux d'items présents ?

Tout d'abord, nous avons évoqué précédemment notre manque de familiarité avec l'échelle, sur lequel nous ne reviendrons pas dans ce point. Nous remarquons également que les items de l'échelle EAWÉ sont très spécifiques, comparativement à ceux présents dans l'échelle

EASE. Effectivement, les phénomènes liés à l'expérience du monde se trouvent d'une précision plus importante.

Nous avons également mentionné le recouvrement des deux échelles. De plus, elles sont présentées comme complémentaires. Il nous semble en effet pertinent d'utiliser l'échelle EAWÉ en complémentarité de l'échelle EASE.

À notre sens, il serait particulièrement pertinent d'utiliser l'échelle EAWÉ afin de préciser les éléments préalablement mis en lumière par l'outil EASE. Nous avons de fait relevé la richesse des informations apportées par les phénomènes de l'échelle EAWÉ. Pour le cas d'Amy (33% d'items représentés dans l'échelle EAWÉ), la seconde échelle lui a permis de mettre en mot son vécu de déréalisation, ce qui n'aurait pas été rendu possible à l'aide de l'échelle EASE. Les perturbations du langage sont également des points intéressants qui n'étaient pas soulevées par l'échelle EASE. Il est intéressant de pouvoir faire des liens entre la perturbation du processus de la pensée et les troubles du langage.

Afin d'optimiser l'utilisation des échelles, il serait utile de procéder à une formation visant à améliorer le niveau de familiarité de l'examineur avec les échelles. Il est clair qu'un bon niveau de familiarité permettrait à l'examineur d'utiliser les échelles de manière souple et peut-être même de façon entremêlée, ne nécessitant pas deux entretiens distincts.

Étant donné que les échelles comportent un certain recouvrement, il semble parfois absurde de poser des questions précises au patient alors que celui-ci nous a affirmé précédemment ne pas avoir rencontré d'anomalies liées à ce même domaine.

De plus, lorsque c'est le cas, le patient répond alors par la négative à de nombreuses questions consécutives. Il se pourrait dès lors qu'il prête moins attention aux questions et réponde de manière plus « automatique ». Il pourrait alors manquer des questions dans lesquelles il se serait potentiellement retrouvé.

4.3 Narration et observation

Une limite certaine que nous pourrions attribuer à l'échelle EAWÉ est le prérequis suivant : le patient doit impérativement être conscient d'éprouver le phénomène en question.

Par exemple, lors de nos entretiens avec Maria, nous avons constaté à plusieurs reprises qu'elle répondait de manière tangentielle à certaines questions. Elle se perdait souvent dans ses explications, pour finir par perdre le fil de ses pensées. Pourtant, les items appropriés à ce fonctionnement stipulent que le sujet est conscient de répondre de cette manière à son interlocuteur.

Il est évident que ce choix est réalisé dans la lignée de l'approche en première personne, prenant ainsi en compte le vécu du patient. Cependant, lorsque le patient ne semble pas se rendre compte de ces difficultés, nous ne nous permettons pas de comptabiliser l'item, ce qui ne représente pas tout à fait la manière d'interagir de la personne.

Il pourrait s'avérer pertinent d'inclure, pour certains items, un espace permettant à l'évaluateur de rédiger des commentaires basés sur ses impressions et observations. Nous pensons notamment aux items liés au langage ainsi qu'à la perte de sens commun. De plus, dans le cas où des remarques liées à l'observation seraient prises en compte, cette approche du vécu de la personne serait peut-être accessible également pour des patients présentant une anosognosie.

Lorsque nous envisageons une partie relative à l'observation, c'est bien évidemment à la cotation AMDP (Bobon, Mormont, Von Frenckell & Troisfontaines, 1986) que nous faisons référence. Dans cette méthode, le clinicien interroge le patient lors d'un entretien d'environ quarante-cinq minutes afin de remplir différentes fiches comportant des symptômes et phénomènes éprouvés ou non par le patient. Ces items sont ensuite scorés entre 0 et 4. Suite à leur entrevue, le clinicien introduit, pour certains items, ses observations quantifiées, permettant d'ajouter une notion d'intensité.

Afin d'augmenter la fidélité de la cotation, certains entretiens sont parfois filmés, afin d'être évalué par différentes personnes.

4.4 Limites

Parmi les limites envisagées à notre recherche, nous retrouvons en premier lieu la faiblesse de l'alliance thérapeutique. De fait, les phénomènes abordés par les échelles relèvent de l'intimité des sujets. Il est donc indispensable que ceux-ci se sentent libre de partager leur vécu avec nous, et ceci sans gêne ni contrainte. Pourtant, la limite temporelle et le cadre de recherche ne nous ont pas permis de développer une relation suffisamment solide que pour permettre une forte alliance thérapeutique. Nous relevons donc ceci comme premier facteur limitant.

Le fait que nous récoltions des informations et données afin de réaliser un travail sur base de celles-ci peut aussi présenter un risque de renfermement voire de refus chez le patient.

Une autre entrave potentielle, évoquée plus haut également, est celle d'un manque de familiarité de l'échelle. Comme nous l'avons repris plusieurs fois, nous n'avons pas suivi la formation spécifique à ces outils, et avons donc dû nous les approprier par nos soins. Ce faisant, nous ne pouvions garantir une passation optimale des échelles. Nous avons cependant appris à les maîtriser de mieux en mieux au fil des entretiens, les rendant plus vivants et interactifs.

Le biais de désirabilité sociale, comme évoqué rapidement avec Amy ou Maria, en est une autre. Malgré nos efforts extensifs pour nous mettre au niveau du patient et éviter ainsi d'instaurer chez lui une méfiance envers nous, nous identifions tout de même ce biais comme une limite. De fait, nous arrivons pour bien des patients après toute une suite de professionnels du corps soignant, ce qui peut potentiellement les rendre précautionneux et donc freiner notre recherche.

Enfin, l'anosognosie, ou manque d'insight, est particulièrement limitant dans le cadre de l'utilisation de ces échelles, simplement car ces dernières requièrent une prise de conscience des phénomènes évoqués.

Conclusion

Notre projet visait une approche qualitative du vécu subjectif de cinq personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. Pour cela, nous avons utilisé deux échelles d'orientation phénoménologique, permettant de mettre en lumière les anomalies de la conscience de soi et de la manière d'être au monde.

Les échelles EASE et EAWE se sont montrées utiles pour apporter une structure aux entretiens réalisés avec les patients. Elles nous ont permis de dégager une structure organisatrice du spectre schizophrénique. Malgré une grande hétérogénéité entre nos cinq sujets, nous avons tout de même pu dégager des pôles communs à leurs expériences subjectives.

Parmi les expériences communes à la plupart de nos sujets, nous retrouvons l'interférence ainsi que la perte de l'ipséité de la pensée, une distorsion de la perspective en première personne, une hyper-réflexivité ainsi qu'une perturbation de la démarcation entre soi et autrui.

La perte de sens commun a également été soulignée comme faisant partie intégrante de la structure organisatrice de l'être-au-monde schizophrénique. Cette perturbation relève cependant de l'ordre du préréflexif et peut s'avérer difficilement accessible à la conscience.

De ce fait, nous préconiserions dans le futur, l'ajout d'une catégorie d'observation, permettant de compléter la perspective en première personne adoptée par les échelles. Cette mention supplémentaire rendrait possible l'inclusion d'expériences pour lesquelles le patient n'est pas conscient.

Il serait également intéressant pour des recherches à venir, de réaliser une passation souple des deux échelles en parallèle. De cette manière, les échanges paraîtraient moins redondants et la passation s'en verrait sans doute raccourcie.

Nous sommes sortie enrichie de nos rencontres s'inscrivant dans la lignée phénoménologique. Ce mode d'appréhension des patients nous a permis de les rencontrer réellement afin d'échanger avec eux, en dehors de toute étiquette psychopathologique. Nous pensons effectivement que si nous avions évoqué un quelconque diagnostic, certains sujets auraient refusé leur participation.

Ce travail nous a permis d'attribuer une place centrale à la dimension humaine qu'apporte l'exploration des anomalies de l'expérience en première personne. Le patient occupe ainsi un rôle de partenaire et ses ressentis se retrouvent au cœur des échanges.

Bibliographie

Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N. C., Strauss, D. H., Yale, S. A., Clark, S. C., & Gorman, J. M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of general psychiatry*, 51(10), 826-836.

Binswanger, L. (2016). *Phénoménologie, psychologie, psychiatrie*. Librairie philosophique Vrin.

Bobon, D., Mormont, C., Von Frenckell, R., & Troisfontaines, B. (1986). Une mesure clinique de la psychopathologie : Le système AMDP. *Revue Médicale de Liège*, 41, 922-933.

Blankenburg, W. (1991). *La perte de l'évidence naturelle*. Psychiatrie ouverte.

Brokatzky, C., Gennart, M., Thonney, J., & de phénoménologie clinique de Lausanne, G. (2015). L'attitude phénoménologique dans la pratique clinique. *L'Évolution Psychiatrique*, 80(4), 701-712 <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.07.005>

Conerty, J. R. (2013). *The examination of anomalous world-experience in schizophrenia and other disorders: An exploratory investigation* (Doctoral dissertation, Rutgers University-Graduate School of Applied and Professional Psychology).

Crocq, M. A., Guelfi, J. D., Boyer, P., Pull, C. B., Pull, M. C., & American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5 Critères Diagnostiques*. Elsevier Masson.

De Brito, C. (2012). Prix de l'Évolution psychiatrique 2011. À propos de...« Introduction à la psychopathologie phénoménologique » de Georges Charbonneau. *L'Évolution psychiatrique*, 1(77), 171-175.

De Ryckel, C., & Delvigne, F. (2010). La construction de l'identité par le récit. *Psychothérapies*, 30(4), 229-240.

Englebert, J. (2013). Hyper-réflexivité et schizophrénie au test de Rorschach. *Test de Rorschach et perception : Perspectives cognitives et phénoménologiques*, 45-66.

Englebert, J. (2014). Le schizophrène : du paradoxe évolutionniste à la psychopathologie. Retrieved from <https://vimeo.com/157415499>

Englebert, J. (2016a). Dépasser le paradoxe évolutionniste de la schizophrénie : psychopathologie éthologique et adaptation perpétuelle. *Adaptation : Essai collectif à partir des paradigmes éthologiques et évolutionnistes*, 253-269.

Englebert, J. (2016b), notes de cours. Psychopathologie générale de l'adulte. Université de Liège

Englebert, J., & Follet, V. (2016). Conclusion : Anormalité ou anomalie ?. *Adaptation : Essai collectif à partir des paradigmes éthologiques et évolutionnistes*, 271-275.

Englebert, J. & Valentiny, C. (2017). *Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité : Essai de psychopathologie phénoménologique en première personne*. Bruxelles : De Boeck.

Englebert, J., Stanghellini, G., Valentiny, C., Follet, V., Fuchs, T., & Sass, L. (2017). 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(1), 77-85.

Fuchs, T. (2013). Temporality and psychopathology. *Phenomenology and the cognitive sciences*, 12(1), 75-104.

Fuchs, T., & Van Duppen, Z. (2017). Time and events: on the phenomenology of temporal experience in schizophrenia (ancillary article to EAW domain 2). *Psychopathology*, 50(1), 68-74. <https://doi.org/10.1159/000452768>

Martin, B., & Piot, M. A. (2011). Approche phénoménologique de la schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 87(10), 781-790. DOI : 10.3917/inpsy.8710.0781

Minkowski, E. (1927). La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes.

Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 61(1), 75-88.

Mossay, F. (2017). *Évaluation des anomalies de l'expérience de soi et du monde : Administration des échelles EASE et EAW à quatre sujets ayant reçu le diagnostic de schizophrénie*. (Mémoire). Université de Liège.

Nelson, B., Parnas, J., & Sass, L. A. (2014). Disturbance of minimal self (ipseity) in schizophrenia: clarification and current status.

Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., Zahavi, D. & Bovet, P. (2012). EASE : Évaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi. *L'encephale*, 38, S121-S145.

Pienkos, E., & Sass, L. (2017a). Language: on the phenomenology of linguistic experience in schizophrenia (Ancillary article to EAW Domain 4). *Psychopathology*, 50(1), 83-89. <https://doi.org/10.1159/000455195>

Pienkos, E., & Sass, L. (2017b). Existential orientation: on the phenomenology of values, attitudes, and worldviews in schizophrenia (ancillary article to EAW domain 6). *Psychopathology*, 50(1), 98-104. <https://doi.org/10.1159/000455876>

Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J. P., & Gely-Nargeot, M. C. (2008). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique:

Partie I: insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *L'Encéphale*, 34(6), 597-605.

Rebuschi, M., Amblard, M., & Musiol, M. (2013). Schizophrénie, logicité et perspective en première personne. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 127-141.

Sass, L. A. (2013). Altération du self et schizophrénie: structure, spécificité, pathogénèse. *Recherches en psychanalyse*, (2), 111-126. DOI 10.3917/rep.016.0111

Sass, L., Pienkos, E., Skodlar, B., Stanghellini, G., Fuchs, T., Parnas, J., & Jones, N. (2017). EAWE: examination of anomalous world experience. *Psychopathology*, 50(1), 10-54. DOI: 10.1159/000454928

Sass, L., & Ratcliffe, M. (2017). Atmosphere: On the Phenomenology of “Atmospheric” Alterations in Schizophrenia-Overall Sense of Reality, Familiarity, Vitality, Meaning, or Relevance (Ancillary Article to EAWE Domain 5). *Psychopathology*, 50(1), 90-97. <https://doi.org/10.1159/000454884>

Silverstein, S. M., Demmin, D., & Skodlar, B. (2017). Space and objects: on the phenomenology and cognitive neuroscience of anomalous perception in schizophrenia (ancillary article to EAWE domain 1). *Psychopathology*, 50(1), 60-67. <https://doi.org/10.1159/000452493>

Stanghellini, G. (2000). Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophrenia bulletin*, 26(4), 775-787.

Stanghellini, G., Ballerini, M., & Mancini, M. (2017). Other persons: on the phenomenology of interpersonal experience in schizophrenia (ancillary article to EAWE domain 3). *Psychopathology*, 50(1), 75-82. <https://doi.org/10.1159/000456037>

Valentiny, C. (2014). *Schizophrénie et expérience (inter-)subjective : Une exploration de six univers*. (Mémoire). Université de Liège.

Résumé

Introduction.

Les psychopathologies sont actuellement définies sur base de symptômes quantitatifs et observables répertoriés au sein de manuels classificatoires tel que le DSM-V. Hélas, les patients ne se sentent pas toujours en accord avec leur diagnostic, créant un fossé entre eux et le corps professionnel.

Et si les psychopathologies pouvaient être définies par les patients eux-mêmes ? Nous pouvons ainsi envisager la schizophrénie au travers d'une panoplie d'anomalies de l'expérience de soi et du monde.

Objectifs.

Les objectifs de cette recherche étaient de faire émerger la structure organisatrice du spectre schizophrénique en adoptant un point de vue phénoménologique. Il était indispensable de rendre la parole aux principaux intéressés, les patients eux-mêmes.

Méthodologie.

Afin de procéder à l'évaluation des anomalies de l'expérience, nous nous sommes emparé de des outils EASE et EAWE, échelles d'orientation phénoménologique, afin de structurer nos entretiens.

Résultats.

Malgré une importante hétérogénéité, ce travail nous a permis de faire émerger les pôles communs au spectre schizophrénique tels que le trouble de l'ipséité de la pensée, la perturbation de la perspective en première personne ou des difficultés liées à la démarcation entre soi et autrui.

Conclusion.

Ces échelles se sont montrées capables de dégager une structure sous-jacente à la schizophrénie, basée sur le vécu subjectif des patients. Il nous paraît pertinent de tenter d'imbriquer les deux échelles au sein d'une même passation, alors