

Un point de vue phénoménologique et neurocognitif sur le style attentionnel en lien avec l'hyperréflexivité schizophrénique

Auteur : Malay, Laura

Promoteur(s) : Englebert, Jérôme; Van Calster, Laurens

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

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

Année académique : 2018-2019

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/8418>

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.



Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

**Un point de vue phénoménologique et neurocognitif
sur le style attentionnel en lien avec l'hyperréflexivité
schizophrénique**

Promoteurs : Jérôme ENGLEBERT et Laurens VAN CALSTER

Lecteurs : François MONVILLE et Franck LAROI

Mémoire présenté par Laura MALAY

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Psychologiques

Année académique 2018 – 2019



Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

**Un point de vue phénoménologique et neurocognitif
sur le style attentionnel en lien avec l'hyperréflexivité
schizophrénique**

Promoteurs : Jérôme ENGLEBERT et Laurens VAN CALSTER

Lecteurs : François MONVILLE et Franck LAROI

Mémoire présenté par Laura MALAY

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Psychologiques

Année académique 2018 – 2019

« La phénoménologie permet alors à la neuropsychologie d'observer le sujet comme un cerveau habillé d'un corps (et d'une expérience) [...] »¹

¹ Eustache-Vallée, M. (2014). Neuropsycho-phénoménologie, mémoire et self. Revue De Neuropsychologie, 6(1), 11-16. Page 15.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué et aidée à la rédaction de ce mémoire.

Je souhaite avant tout remercier mes promoteurs, messieurs Jérôme Englebert et Laurens Van Calster, pour le temps qu'ils m'ont consacré, leur soutien, leur disponibilité et leurs réponses à mes innombrables questions. Merci pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Je remercie mes lecteurs, monsieur Frank Laroï et le docteur Monville, pour l'intérêt qu'ils portent à mon travail.

Je remercie également tous les participants, et plus particulièrement les patients qui ont accepté de participer aux entretiens et de partager leur expérience personnelle.

J'aimerais exprimer ma gratitude à tous les membres de l'équipe du docteur Monville, qui ont pris le temps de discuter de mon sujet, de m'intégrer dans le service, et de m'aider à réaliser ce mémoire.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers les amis et connaissances qui m'ont apporté leur aide et leur soutien.

Et les derniers mais non les moindres à qui j'adresse mes remerciements sont tous mes proches. Je remercie Anne Collet, pour avoir relu encore et encore, et corrigé mon mémoire ainsi que tous mes travaux depuis mes 12 ans. Ses conseils de rédaction m'ont énormément aidée durant presque toute ma scolarité. Merci à Freddy Malay pour son soutien inconditionnel et ses corrections. Je remercie également énormément Benoît Göbbels pour ses encouragements, ses remarques pertinentes et pour toutes ces heures passées à m'aider.

Un grand merci à ma famille. Merci de croire en mes projets et de me soutenir de leur mieux.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	3
Introduction	6
Partie théorique	9
Revue de la littérature	9
1. Démarche cognitive.....	9
1.1. Versant cognitif - les processus attentionnels	9
1.2. La schizophrénie d'un point de vue cognitif et la pertinence de la neuropsychologie dans la prise en charge de celle-ci.....	15
2. Démarche phénoménologique.....	21
2.1. Versant phénoménologique – Base théorique	21
2.2. La schizophrénie sous un point de vue phénoménologique.....	23
3. Approches pluridisciplinaires réunissant la phénoménologie et le versant cognitif	30
Hypothèses	39
Partie pratique	42
Méthodologie	42
1. Procédures	42
2. Participants	43
2.1. Questionnaires.....	43
2.2. Entretien clinique	44
3. Matériel et méthode d'analyse	44
3.1. Matériel	44
3.2. Méthode d'analyse	55
Présentation des résultats	56
1. Validité des mesures	56
2. Analyses statistiques	56
2.1. Test de l'hypothèse 1.....	56
2.2. Test des hypothèses 2a et 2b	57
2.3. Test de l'hypothèse 2c.....	57
2.4. Test des hypothèses 3a et 3b	58
2.5. Corrections	59

3.	Analyse des entretiens	60
3.1.	Entretiens semi-structurés – Rencontre avec Chloé (14)	61
3.2.	Entretiens semi-structurés – Rencontre avec Bruno (15)	63
3.3.	Entretiens semi-structurés – Rencontre avec Nadia (16)	64
3.4.	Entretiens semi-structurés – Rencontre avec Sophie (20)	66
4.	Analyse transversale des entretiens	67
4.1.	Analyse générale	67
4.2.	Analyse approfondie de l’item 2.6. Hyperréflexivité, réflexivité accentuée	70
	Discussion	72
	Conclusions	82
	Bibliographie	84
	ANNEXES	94
	ANNEXE 1 - Questionnaires en ligne	95
	ANNEXE 2 - Questionnaires versions papiers	99
1.	Attentional Style Questionnaire	100
2.	Aberrante Saliency Inventory	101
	ANNEXE 3 - Tableau de résultats (groupe patients)	103
	ANNEXE 4 - Résultats statistiques	105
1.	Statistique descriptive	106
2.	Test de la normalité	106
3.	Test de la validité	106
4.	Analyse en composante principale	107
5.	Test des corrélations entre l’ASI et l’ASQ	107
6.	Régression linéaire	108
7.	Test des différences entre les groupes (patients VS contrôle) aux différents scores (ASI, ASQ interne, ASQ externe)	109
8.	Test des différences entre les groupes (patients VS contrôle) aux différents scores (ASI, ASQ interne, ASQ externe) en excluant les patients avec une schizophrénie affective	110
	ANNEXE 5- Retranscriptions des entretiens	112
1.	Chloé (patiente 14)	113
2.	Bruno (patient 15)	120
3.	Nadia (patiente 16)	126
4.	Sophie (patiente 20)	135
	ANNEXE 6 - Tableaux de cotation EASE	141

1.	Chloé (patiente 14)	142
2.	Bruno (patient 15)	155
1.	Nadia (patiente 16)	171
4.	Sophie (patiente 20)	183
ANNEXE 7 - Tableau général de cotation		196

Introduction

Le terme *schizophrénie* a été introduit par Eugène Bleuler en 1908 et a remplacé la notion précédente de « *dementia praecox* » de Kraepelin (1919)². La schizophrénie (*Skhizen* : fractionnement ; *Phren* : esprit) recouvre souvent un très large éventail de dysfonctionnements tant cognitif qu'émotionnel, social et fonctionnel³. Elle touche environ 1 % de la population mondiale. Elle est très souvent associée à une qualité de vie moindre, des difficultés scolaires, un faible taux d'emploi, etc. Une guérison totale est malheureusement rare, et laisse souvent des symptômes résiduels et un taux élevé de rechute⁴. Les causes de la schizophrénie sont encore un peu floues ; les recherches semblent tendre non pas vers une cause unique, mais plutôt vers un ensemble de facteurs en interaction tels que des facteurs génétiques, biologiques, neurodéveloppementaux et environnementaux. La schizophrénie est souvent assimilée, de manière erronée, au dédoublement de personnalité et les personnes qui en souffrent sont souvent considérées comme dangereuses par le grand public⁵ et restent particulièrement stigmatisées. Bottero en parle même de la schizophrénie comme de celle « *qui demeure envers et contre tout la maladie de l'« autre », du « fou », du différent* »⁶. De manière générale, la schizophrénie est caractérisée par des symptômes positifs (les plus visibles qui font référence aux délires, aux hallucinations, etc.), des symptômes négatifs (tels qu'un émoussement affectif, une avolition qui fait référence à une incapacité de prendre des initiatives, etc.), ainsi que des symptômes désorganisés (associés à un discours décousu, des affects inappropriés, etc.)⁷. Elle reste un trouble particulièrement hétérogène et cette hétérogénéité constitue un problème important, notamment pour son étude^{8 9}. Finalement, cette pathologie si étudiée reste pourtant, à certains niveaux toujours, aussi inaccessible.

² Bottéro, A. (2010). Un siècle de Schizophrénie. *Information Psychiatrique*, 86(5), 391-403.

³ Barlow, D., Durand, V.M. & Gottschalk, M. (2007). *Psychopathologie : Une perspective multidimensionnelle*. (2e éd., Ed. Ouvertures psychologiques Internationales). Bruxelles : De Boeck.

⁴ Schaefer, Giangrande, Weinberger & Dickinson (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: Consistent over decades and around the world. *Schizophrenia Research*, 150(1), 42-50.

⁵ Barlow, D., Durand, V. M. & Gottschalk, Michel. (2007). *Op. cit.*

⁶ Bottéro, A. (2010). Un siècle de Schizophrénie. *Information Psychiatrique*, 86(5), 391-403. P 392.

⁷ Barlow, D., Durand, V. M. & Gottschalk, Michel. (2007). *Op. cit.*

⁸ Barlow, D., Durand, V. M. & Gottschalk, Michel. (2007). *Op. cit.*

⁹ Bottéro, A. (2010). *Op. cit.*

L'objectif du présent mémoire est d'allier deux approches déjà présentes dans la littérature scientifique. Il s'agit, d'une part, d'une approche neuropsychologique qui étudiera les capacités de contrôle attentionnel^{10 11} et, d'autre part, d'une approche phénoménologique qui nous permettra d'analyser l'expérience vécue des patients¹². Le but est de prouver, encore une fois, que ces approches ne sont pas opposées, mais bien complémentaires, ainsi que de montrer l'intérêt d'une pluridisciplinarité afin d'étendre notre vision de la schizophrénie^{13 14}. En effet, cette double approche semble particulièrement pertinente pour essayer de comprendre et d'approcher au mieux les mécanismes mis en jeu dans la schizophrénie et sa complexité. Ceci nous permettra d'explorer si un style attentionnel, qui peut être défini comme étant la manière dont une personne se concentre et contrôle son attention dans la vie quotidienne, peut être associé à la schizophrénie. Et si c'est le cas, cette étude pourra, d'une part, contribuer à une meilleure compréhension de cette pathologie, et d'autre part, potentiellement guider les futures méthodes de prise en charge.

Ce travail est composé de deux parties principales : une partie théorique et une partie pratique.

Nous commencerons par un premier chapitre qui parcourra la littérature actuelle sur les différents concepts abordés dans ce travail. Ce chapitre se trouve également divisé en trois sections : la démarche cognitive, la démarche phénoménologique et l'approche multidisciplinaire qui réunit la phénoménologie et le versant cognitif. Dans la première section, nous aborderons les styles attentionnels internes et externes non spécifiques à la schizophrénie, et ensuite, la démarche cognitive spécifique cette fois à la schizophrénie, ainsi que la pertinence de la neuropsychologie dans la prise en charge de celle-ci. La seconde section traitera, quant à elle, des fondements théoriques de la phénoménologie suivis de son application dans le contexte schizophrénique. Finalement, la troisième section donnera un aperçu des recherches actuelles ayant déjà utilisé une démarche regroupant ces deux disciplines. Nous terminerons cette première partie théorique par un

¹⁰Chun, M., Golomb, J. & Turk-Browne, N. (2011). A Taxonomy of External and Internal Attention. *Annual Review of Psychology*, 62, 73-101.

¹¹Van Calster, L., D'Argembeau, A. & Majerus, S. (2018). Measuring individual differences in internal versus external attention : The attentional style questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 128, 25-32.

¹²Englebert, E. & Valentiny C. (2017). *Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité*. Louvain-la-Neuve : De Boek Supérieur.

¹³Nour, M. & Barrera, A. (2015). Schizophrenia, Subjectivity, and Mindreading. *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1214-1219.

¹⁴Nelson, B., Whitford, T., Lavoie, S. & Sass, L. (2014). What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia ? : Integrating phenomenology and neurocognition. Part 1 (Source monitoring deficits). *Schizophrenia Research*, 152(1), 12-19.

second chapitre consacré à la formulation des hypothèses au vu des différents résultats retrouvés dans la littérature.

Le premier chapitre de la deuxième partie détaillera la méthodologie et les outils utilisés pour la réalisation de cette étude. Et le second chapitre détaillera les analyses statistiques, les résultats obtenus et leur interprétation.

Nous terminons ce travail par une discussion relevant les limites et les perspectives intéressantes, pour finalement aboutir à une conclusion.

Partie théorique

Revue de la littérature

1. Démarche cognitive

1.1. Versant cognitif - les processus attentionnels

L'attention est devenue un sujet très en vogue dans la littérature scientifique ces dernières années, mais du fait qu'elle se trouve être impliquée dans une grande quantité d'opérations cognitives ainsi que perceptives, ce terme est un peu devenu « fourre-tout »¹⁵. Progressivement, le terme attention a été remplacé par des termes plus spécifiques comme l'alerte, la vigilance, l'attention sélective ou encore focalisée, l'attention soutenue, la capacité de traitement (qui renvoie aux capacités d'attention divisée et d'empan attentionnel), la flexibilité, la distractibilité, l'effort mental et la vitesse de traitement¹⁶. L'attention est considérée comme une fonction de base impliquée dans l'ensemble des activités intellectuelles et de la vie quotidienne¹⁷. Son rôle n'est pas négligeable, car elle permet de traiter l'énorme flux d'informations envoyées par le monde extérieur, mais également toute l'activité interne et détermine comment les informations cibles sont traitées¹⁸.

Les ressources attentionnelles étant limitées et assaillies par une multitude de stimulations provenant de notre environnement interne et externe, elles doivent être traitées efficacement afin de minimiser le gaspillage de celles-ci sans occulter les informations importantes. Par conséquent, notre cerveau doit sélectionner les informations sur lesquelles il va porter son attention¹⁹. Les processus qui sont souvent associés à la sélection attentionnelle sont les processus Top-down et Bottom-up. Le premier se caractérise par des processus contrôlés et dirigés vers un but et fait référence aux connaissances, aux attentes et aux objectifs de l'individu, et le second, par des processus plutôt non contrôlés et involontaires souvent associés à une stimulation sensorielle

¹⁵Chun, M., Golomb, J. & Turk-Browne, N. (2011). *Op. cit.*

¹⁶Seron, X. & Van der Linden, M. (2014). *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte*. (2e édition, Neuropsychologie). Paris : De Boeck Solal

¹⁷Seron, X. & Van der Linden, M. (2014). *Op. cit.*

¹⁸Chun, M., Golomb, J. & Turk-Browne, N. (2011). *Op. cit.*

¹⁹Corradi-Dell'acqua, Fink & Weidner (2015). Selecting category specific visual information: Top-down and bottom-up control of object based attention. *Consciousness and Cognition*, 35(C), 330-341.

saillante et inattendue ²⁰ ²¹. Pour une bonne gestion des ressources, ces processus doivent constamment interagir et coopérer ²². Les processus Top-down et Bottom-up reposent sur des réseaux neuronaux différentiels. L'attention Top-down est généralement attribuée au réseau d'attention dorsale. Tandis que le traitement Bottom-up est plutôt lié au réseau d'attention ventrale ²³. Le système d'attention dorsale a une capacité limitée ²⁴ et il est composé du sillon intrapariétal et de la jonction du sillon frontal précentral et supérieur de manière bilatérale ²⁵. Le système d'attention ventrale se compose, quant à lui, du cortex frontal ventral droit et de la jonction temporo-pariétale droite ²⁶. Certaines études montrent qu'il est largement latéralisé dans l'hémisphère droit, mais ces résultats ne sont pas confirmés par toutes les études. L'étude de Baars, B., J. (2010) a montré une activation bilatérale de la jonction temporo-pariétale. Notons que ces deux systèmes sont antagonistes, c'est-à-dire que quand l'activité de l'un augmente, l'activité de l'autre tend à diminuer. D'ailleurs, il a été rapporté que quand la complexité de la tâche augmente, l'activité dans le système ventral a tendance à diminuer afin d'éliminer au maximum les interférences ²⁷ ²⁸. En effet, les données actuelles montrent que le système ventral est plus activé quand les distracteurs sont pertinents pour la tâche en cours que quand ceux-ci sont non pertinents ²⁹ ³⁰. On peut supposer que le système dorsal a une fonction de « filtre » par rapport aux systèmes ventraux, tandis que le système ventral va agir comme un interrupteur qui « coupe le circuit » et réoriente l'attention lorsque des stimuli saillants sont perçus ³¹. Selon Fox (2006), la plus grande région de chevauchement se trouverait dans le gyrus frontal, principalement le gyrus frontal moyen droit. Cependant, les mécanismes exacts de cette interaction sont encore inconnus ³². Finalement, une distractibilité est souvent associée à des déficits du système ventral, tandis qu'une altération du système dorsal entraînerait plutôt des problèmes de persévération ³³.

²⁰Van Calster, L., D'Argembeau, A. & Majerus, S. (2018). *Op. cit.*

²¹Chun, M., Golomb, J. & Turk-Browne, N. *Op. cit.*

²²Corradi-Dell'acqua, Fink & Weidner (2015). *Op. cit.*

²³Corradi-Dell'acqua, Fink & Weidner. (2015). *Op. cit.*

²⁴Baars, B. J. (2010). *Op. cit.*

²⁵Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

²⁶Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

²⁷Baars, B. J. (2010). *Op. cit.*

²⁸Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

²⁹Smallwood, J. (2013). *Op. cit.*

³⁰Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

³¹Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

³²Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

³³Fox, M. D., Corbetta, M., Snyder, A. Z., Vincent, J. L. & Raichle, M. E. (2006). *Op. cit.*

Une division entre un système d'attention dorsale et un système d'attention ventrale a également été rapportée dans le contexte de « pensée spontanée », c'est-à-dire en l'absence de tâche^{34 35}. Notons qu'il n'y a pas encore de consensus clair sur la terminologie et la définition de ce type de cognition. En effet, pour décrire ce type de pensée plutôt interne, nous retrouvons les termes « *mode par défaut* », « *pensée spontanée* », « *errance mentale* », « *attention interne* », etc. Ces termes sont souvent utilisés de manière interchangeable, bien qu'ils ne se rapportent pas réellement à la même chose³⁶.

Le *mode par défaut* fait référence aux pensées produites lors des périodes de repos ou lors d'activités nécessitant peu de ressources attentionnelles³⁷. Cependant, lors de cet état, notre cerveau semble pourtant actif^{38 39}. Les processus les plus généralement impliqués sont le *precuneus cingulaire postérieur*, le *cortex préfrontal médian* (ventral et dorsal)^{40 41}, le *cortex pariétal inférieur*⁴², ainsi que le *cortex temporal latéral* et la *formation hippocampique*^{43 44}.

L'*errance mentale* peut être définie comme le fait d'avoir des pensées ou sentiments autogénérés sans rapport avec la tâche en cours et indépendants des données sensorielles simultanées^{45 46 47 48 49}. Actuellement, la conception même de pensée sans rapport avec la tâche est quelque peu controversée, de même que l'aspect volontaire ou non. L'*errance mentale* peut

³⁴Fox, M. D., Corbetta, M., Snyder, A. Z., Vincent, J. L. & Raichle, M. E. (2006). *Op. cit.*

³⁵Van Calster, L., D'Argembeau, A. & Majerus, S. (2018). *Op. cit.*

³⁶Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

³⁷Gilbert, S. J., Simons, J. S., Frith, C. D. & Burgess, P. W. (2006). Performance-related activity in medial rostral prefrontal cortex (area 10) during low-demand tasks. *Journal of Experimental Psychology. Human Perception and Performance*, 32(1), 45–58. <http://dx.doi.org/10.1037/0096-1523.32.1.45>]

³⁸Baars, B. J. (2010). *Op. cit.*

³⁹Bastin, Chr. (2018). Le réseau cérébral par défaut : Un repos qui n'en est pas un. *Revue de Neuropsychologie*, 10(3), 232-238

⁴⁰Gilbert, S. J., Simons, J. S., Frith, C. D. & Burgess, P. W. (2006). *Op. cit.*

⁴¹Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

⁴²Bastin, C. (2018). *Op. cit.*

⁴³Scheibner, Bogler, Gleich, Haynes & Bermpohl (2017). Internal and external attention and the default mode network. *NeuroImage*, 148, 381-389.

⁴⁴Van Calster, L., D'Argembeau, A., Salmon, E., Peters, F. & Majerus, S. (2017). Fluctuations of Attentional Networks and Default Mode Network during the Resting State Reflect Variations in Cognitive States: Evidence from a Novel Resting-state Experience Sampling Method. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 29(1), 95-113

⁴⁵Smallwood, J. (2013). *Op. cit.*

⁴⁶Stawarczyk, D., Majerus, S., Van der Linden, M. & D'Argembeau, A. (2012). Using the daydreaming frequency scale to investigate the relationships between mind-wandering, psychological well-being, and present-moment awareness. *Frontiers in Psychology*, 3(September), 363. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00363>

⁴⁷Kopp, K., D'Mello, S. & Mills, C. (2015). Influencing the occurrence of mind wandering while reading. *Consciousness and Cognition*, 34, 52–62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2015.03.003>

⁴⁸Stawarczyk, D., Majerus, S., Catale, C. & D'Argembeau, A. (2014). Relationships between mind-wandering and attentional control abilities in young adults and adolescents. *Acta Psychologica*, 148, 25–36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.actpsy.2014.01.007>.

⁴⁹Bastin, C. (2018). *Op. cit.*

varier en fonction de la complexité de la tâche^{50 51 52 53}. Elle a souvent été associée à une diminution des performances lors de tâches comme la lecture, les tâches impliquant la mémoire de travail⁵⁴, la conduite automobile, et lors de tâches de temps de réaction⁵⁵. Elle a également été associée à un bien-être psychologique moindre. Toutefois, cette détresse psychologique semble mieux expliquée par la conscience du moment présent que par la fréquence des épisodes d'errance⁵⁶. L'errance mentale peut également être considérée comme adaptative^{57 58 59} et joue un rôle important dans la planification des événements futurs, le traitement des objectifs et les résolutions de problème à plus longue durée^{60 61 62}. Quoi qu'il en soit, l'errance mentale est omniprésente dans notre quotidien. 86 % des personnes ont chaque jour des épisodes d'errance mentale ou de rêveries⁶³ et des études de neuro-imageries montrent que celles-ci peuvent remplir jusqu'à la moitié de nos pensées éveillées (entre 30 % et 50 % en fonction du terme utilisé)^{64 65 66 67}.

L'*attention interne* a souvent été associée au *mode par défaut* décrit plus haut. Cependant, il semble que celui-ci fasse plutôt référence aux pensées spontanées, inconscientes et involontaires de manière plus générale sans lien avec l'interne et l'externe proprement dits^{68 69 70}. En effet, son activation a tendance à diminuer quand les pensées sont orientées vers un but en interne comme en externe⁷¹. Considérer l'attention interne comme uniquement involontaire et non contrôlée serait réducteur. L'attention interne semble être également partagée par des processus Top-down volontaires et contrôlés et des processus Bottom-up plutôt automatiques et inconscients⁷². En effet,

⁵⁰Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

⁵¹Gilbert, S. J., Simons, J. S., Frith, C. D. & Burgess, P. W. (2006). *Op. cit.*

⁵²Kopp, K., D'Mello, S. & Mills, C. (2015). *Op. cit.*

⁵³Bastin, C. (2018). *Op. cit.*

⁵⁴Stawarczyk, D., Majerus, S., Van der Linden, M., & D'Argembeau, A. (2012), Kopp, K., D'Mello, S., & Mills, C. (2015)

⁵⁵Stawarczyk, D., Majerus, S., Van der Linden, M., & D'Argembeau, A. (2012). *Op. cit.*

⁵⁶Stawarczyk, D., Majerus, S., Van der Linden, M. & D'Argembeau, A. (2012). *Op. cit.*

⁵⁷Baars, B. J. (2010). *Op. cit.*

⁵⁸Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

⁵⁹Stawarczyk, D., Majerus, S., Van der Linden, M. & D'Argembeau, A. (2012). *Op. cit.*

⁶⁰Baars, B. J. (2010). *Op. cit.*

⁶¹Stawarczyk, D., Majerus, S., Van der Linden, M. & D'Argembeau, A. (2012). *Op. cit.*

⁶²Kopp, K., D'Mello, S. & Mills, C. (2015). *Op. cit.*

⁶³Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

⁶⁴Smallwood, J. (2013). *Op. cit.*

⁶⁵Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

⁶⁶Stawarczyk, D., Majerus, S., Van der Linden, M. & D'Argembeau, A. (2012). *Op. cit.*

⁶⁷Bastin, C. (2018). *Op. cit.*

⁶⁸Benedek, M., Jauk, E., Beaty, R. E., Fink, A., Koschutnig, K. & Neubauer, A. C. (2016). Brain mechanisms associated with internally directed attention and self-generated thought. *Scientific Reports*, 6(1), 22959.

⁶⁹Scheibner, Bogler, Gleich, Haynes & Bermpohl (2017). *Op. Cit.*

⁷⁰Van Calster, L., D'Argembeau, A., Salmon, E., Peters, F. & Majerus, S. (2017). *Op. cit.*

⁷¹Scheibner, Bogler, Gleich, Haynes & Bermpohl (2017). *Op. cit.*

⁷²Van Calster, L., D'Argembeau, A., Salmon, E., Peters, F. & Majerus, S. (2017). *Op. cit.*

nous retrouvons également un système d'attention dorsale et un système d'attention ventrale pour les processus internes^{73 74}. Il est supposé qu'il existe une certaine convergence et similarité des processus en jeu entre ces deux types d'attention, mais il n'y a pas encore de consensus sur l'étendue du chevauchement⁷⁵. Notons que le réseau de contrôle frontopariétal joue un rôle dans le passage de l'interne à l'externe, ainsi que la mémoire de travail⁷⁶. Il y a donc un partage des ressources, qui se trouve limité, et peut mettre l'attention interne et externe en concurrence⁷⁷.

Actuellement, les études montrent encore plusieurs limites qui rendent difficiles l'évaluation et l'étude des processus attentionnels internes. La majorité des études ont utilisé l'imagerie cérébrale pour étudier ces processus. Les participants étaient généralement installés dans un scanner lors de périodes dites de « repos » où aucune instruction ne leur était fournie. Dans d'autres cas, les sujets ont été mis dans la même situation, mais avec des tâches à faible demande. Toutefois, cela n'est qu'un aperçu indirect des pensées qui peut être contaminé et biaisé. De plus, cette méthode ne donne aucune information sur la cause réelle de l'activité mentale autogénérée et par conséquent, on ne peut pas bien faire la différence entre la fréquence et la durée des épisodes. De plus, le caractère spontané et, par conséquent, incontrôlable rend difficile l'évaluation des processus requis lors ce type de cognition⁷⁸. La méthode d'échantillonnage de l'expérience consiste à demander aux sujets de décrire leurs expériences vécues pendant un laps de temps lors duquel ils sont installés dans un scanner. Cette méthode offre un moyen plus direct d'examiner les processus de pensée non dirigés. Cependant, les processus plutôt inconscients ne sont donc pas rapportés par les participants, ce qui rend leur analyse/étude encore difficile. De plus, il est à noter que la mémoire sélective peut également avoir un effet sur les rapports des participants^{79 80}.

En résumé, on peut considérer que l'attention peut être divisée en deux processus différents : les processus Top-down et Bottom-up. Le premier se caractérise par des processus contrôlés et dirigés vers un but, et le second, par une attirance spontanée de l'attention à se diriger vers des

⁷³Fox, M. D., Corbetta, M., Snyder, A. Z., Vincent, J. L. & Raichle, M. E. (2006). *Op. cit.*

⁷⁴Van Calster, L., D'Argembeau, A. & Majerus, S. (2018). *Op. cit.*

⁷⁵Verschooren, S., Schindler, S., De Raedt, R. & Pourtois, G. (2019). Switching attention from internal to external information processing : A review of the literature and empirical support of the resource sharing account. *PSYCHONOMIC BULLETIN & REVIEW, PSYCHONOMIC BULLETIN & REVIEW.*

⁷⁶Van Calster, L., D'Argembeau, A., Salmon, E., Peters, F. & Majerus, S. (2017). *Op. cit.*

⁷⁷Benedek, M., Jauk, E., Beaty, R. E., Fink, A., Koschutnig, K. & Neubauer, A. C. (2016). *Op. Cit.*

⁷⁸Smallwood, J. (2013). *Op. cit.*

⁷⁹Christoff, K. (2012). *Op. cit.*

⁸⁰Van Calster, L., D'Argembeau, A., Salmon, E., Peters, F. & Majerus, S. (2017). *Op. cit.*

stimuli inattendus, imposants et relativement inhabituels^{81 82}. Ensuite, on peut également faire une distinction entre l'attention dite « interne » et l'attention « externe », et donc distinguer les informations sensorielles afférentes et les informations déjà existantes dans notre « esprit » qui sont sous-tendues par la mémoire⁸³. Bien entendu, cette distinction est dans une optique de continuum où elles se trouveraient être les extrémités. Les processus Top-down et Bottom-up sont tous deux présents autant dans l'attention dite interne que dans l'attention externe. Par conséquent, les personnes peuvent présenter une tendance à traiter les stimuli avec un style plus Bottom-up ou Top-down, soit pour les stimuli internes, soit pour les stimuli externes, soit encore pour les deux. Il y a plusieurs types d'attention : l'attention Top-down externe, l'attention Bottom-up externe, l'attention Top-down interne et l'attention Bottom-up interne, qui se rapportent soit à des processus dirigés vers un but, soit à un attrait non contrôlé de l'attention par des stimuli qui peuvent être soit dans un contexte externe lié à l'environnement, soit dans un contexte plutôt interne lié à nos pensées. Ce qui amène à poser l'hypothèse de quatre styles attentionnels possibles dans la population générale :

- un contrôle attentionnel élevé pour les stimuli internes et externes,
- un contrôle faible tant pour les stimuli internes que externes,
- un contrôle attentionnel élevé pour les stimuli internes mais faible pour les stimuli externes,
- un contrôle attentionnel faible pour les stimuli internes mais élevé pour les stimuli externes.

On peut noter que l'attention Bottom-up interne peut faire référence à des pensées intrusives⁸⁴ qui sont régulièrement présentes dans la schizophrénie ; mais la plupart des personnes (88 % selon D. Clark et C. Purdon) ont des pensées « intrusives » sans pour autant présenter une pathologie quelconque, même si dans certains cas elles peuvent être atteintes. Par exemple, le souci et l'obsession sont tous les deux des pensées intrusives⁸⁵. D'ailleurs, selon C. Brewin et L. Smart⁸⁶,

⁸¹Van Calster, L., D'Argembeau, A. & Majerus, S. (2018). *Op. cit.*

⁸²Chun, M., Golomb, J. & Turk-Browne, N. *Op. cit.*

⁸³Chun, M., Golomb, J. & Turk-Browne, N., *Op. cit.*

⁸⁴Clark, D. & Purdon, C. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts : A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 967-976.

⁸⁵Gay, P., Schmidt, R. & Linden, E. (2011). Impulsivity and Intrusive Thoughts : Related Manifestations of Self-Control Difficulties ? *Cognitive Therapy and Research*, 35(4), 293-303.

⁸⁶Brewin, C. & Smart, L. (2005). Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(1), 61-68.

il y aurait un lien entre la mémoire de travail, les fonctions exécutives et les pensées intrusives, c'est-à-dire que quand les capacités de mémoire de travail sont augmentées, les pensées intrusives sont diminuées. Les pensées intrusives sont probablement à l'origine d'un déficit de contrôle attentionnel qui pourrait être causé soit par des variables contextuelles comme la fatigue, soit par des capacités attentionnelles réduites, soit par des pensées internes. Quand les pensées internes prennent une place excessive par leur réactivité trop intense, il y a une limite des capacités attentionnelles disponibles et donc des difficultés à traiter les stimuli provenant de l'extérieur⁸⁷. La recherche sur les processus est peu avancée et ne permet pas encore de connaître suffisamment les processus attentionnels. De plus, cet aspect peut nous informer également sur les processus mis en jeu dans certaines pathologies. En effet se pose la question de savoir si certains styles attentionnels seraient préférentiels à certaines pathologies spécifiques, ou encore s'il existe des styles communs à plusieurs d'entre elles.

1.2. La schizophrénie d'un point de vue cognitif et la pertinence de la neuropsychologie dans la prise en charge de celle-ci

Il est largement reconnu dans la littérature que des déficits cognitifs accompagnent souvent la schizophrénie. Ces déficits peuvent avoir une place centrale et même être prédominants malgré la stabilité d'autres symptômes⁸⁸. Les performances cognitives sont associées au pronostic des capacités fonctionnelles^{89 90 91 92 93 94 95} comme les performances scolaires⁹⁶, la reprise d'une situation socioprofessionnelle (qui est vue comme un signe de rétablissement par la personne elle-même) et son maintien, une vie autonome, ainsi que des relations sociales, et donc ces

⁸⁷Van Calster, L., D'Argembeau, A. & Majerus, S., *op. cit.*

⁸⁸Tripathi, A. K., Kar, S. & Shukla, R. (2018). Cognitive deficits in schizophrenia: Understanding the biological correlates and remediation strategies. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 16(1), 7-17.

⁸⁹Levaux, Van Der Linden, Larøi, & Danion. (2012). Caractérisation des difficultés dans la vie quotidienne de personnes souffrant de schizophrénie en rapport avec les facteurs cognitifs et cliniques. *Alter - European Journal of Disability Research, Revue Européenne De Recherche Sur Le Handicap*, 6(4), 267-278.

⁹⁰Lesh, T. A., Niendam, T. A., Minzenberg, M. J. & Carter, C. S. (2010). Cognitive Control Deficits in Schizophrenia: Mechanisms and Meaning. *Neuropsychopharmacology*, 36(1), 316-338.

⁹¹Gaudelus, B., Virgile, J., Géliot, S. & Franck, N. (2016). Improving Facial Emotion Recognition in Schizophrenia: A Controlled Study Comparing Specific and Attentional Focused Cognitive Remediation. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 105.

⁹²Tripathi, A. K., Kar, S. & Shukla, R. (2018). *Op. cit.*

⁹³Schaefer, Giangrande, Weinberger & Dickinson. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: Consistent over decades and around the world. *Schizophrenia Research*, 150(1), 42-50.

⁹⁴Laloyaux, J., Van der Linden, M., Levaux, M.-N., Mourad, H., Pirri, A., Bertrand, H., . . . Larøi, Fr. (2014). *Multitasking Capacities in Persons Diagnosed with Schizophrenia: A Preliminary Examination of Their Neurocognitive Underpinnings and Ability to Predict Real World Functioning*.

⁹⁵Bora, E. & Murray, R. (2014). Meta-analysis of Cognitive Deficits in Ultra-high Risk to Psychosis and First-Episode Psychosis: Do the Cognitive Deficits Progress Over, or After, the Onset of Psychosis? *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 744-755.

⁹⁶Lesh, T. A., Niendam, T. A., Minzenberg, M. J. & Carter, C. S. (2010). *Op. cit.*

performances cognitives influencent grandement la vie quotidienne du sujet. En effet, « *la nature du déficit cognitif [...] est prédictive du type d'incapacité fonctionnelle d'un patient* »⁹⁷. Selon N. Franck (2014), moins de 20 % des personnes avec une schizophrénie sont réinsérées dans le milieu du travail. Cette difficulté à se réinsérer est fortement corrélée avec les troubles cognitifs comme déjà dit, mais également avec la consommation de substances et les pathologies somatiques.

Selon Tyler & al. (2010), ces déficits cognitifs peuvent être associés aux symptômes négatifs ou encore de désorganisation. Cependant, d'autres auteurs ne mentionnent aucune corrélation avec les symptômes positifs et négatifs⁹⁸. Les déficits cognitifs sont présents à tous les stades de la maladie et peuvent être considérés comme un des premiers signes de la schizophrénie (hypothèse d'un trait de vulnérabilité)⁹⁹. Notons que les médicaments n'ont que peu d'effet sur les déficits cognitifs¹⁰⁰, mais ils ont des effets sur les déficits secondaires comme les troubles attentionnels provoqués par les hallucinations, et peuvent également avoir un effet qui augmente les troubles attentionnels en rendant les temps de réaction plus longs, par exemple en conséquence d'un certain ralentissement cognitif. L'arrivée précoce des troubles cognitifs dans le développement suggère que la schizophrénie serait un trouble développemental^{101 102}. Cependant, certains auteurs plaident pour un déclin cognitif après le début de la maladie. Alors qu'un développement neuronal anormal est bien documenté¹⁰³, l'hypothèse du déclin cognitif est quant à elle sujette à controverse avec des résultats contradictoires¹⁰⁴. Par conséquent, une prise en charge rapide, et même préventive, pour limiter la détérioration, serait à envisager, d'autant plus que des troubles cognitifs similaires sont présents chez les personnes à haut risque de schizophrénie¹⁰⁵ ; des recherches sur un possible diagnostic précoce sont donc en cours, même s'il reste encore beaucoup de chemin.

⁹⁷Franck, N. (2012). P. 82.

⁹⁸Franck, N. (2012). P. 82. *Op.Cit* Vidailhet, P., *op. cit*, Franck, N. (2014).

⁹⁹Lesh, T. A., Niendam, T. A., Minzenberg, M. J. & Carter, C. S. (2010). *Op. cit*.

¹⁰⁰Vernon, Grudnikoff, Seidman, Frazier, Vemulapalli, Pareek, . . . Correll (2014). Antidepressants for cognitive impairment in schizophrenia — A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 159(2-3), 385-394.

¹⁰¹Tripathi, A. K., Kar, S. & Shukla, R. (2018). *Op. cit*.

¹⁰²Bora, E. & Murray, R. (2014). *Op. cit*.

¹⁰³Lesh, T. A., Niendam, T. A., Michael J Minzenberg, & Cameron S Carter. (2010). *Op. cit*.

¹⁰⁴Bora, E. & Murray, R. (2014). *Op. cit*.

¹⁰⁵Lesh, T. A., Niendam, T. A., Minzenberg, M. J. & Carter, C. S. (2010). *Op. cit*.

Une grande variabilité et une hétérogénéité des troubles sont reconnues ¹⁰⁶. Certains rapportent un trouble global et généralisé, alors que d'autres rapportent des déficits plus spécifiques ^{107 108} ou encore une combinaison avec une gravité variable. Par exemple, P. Vidailhet ¹⁰⁹ considère la schizophrénie comme étant plutôt associée à un déficit cognitif généralisé, mais qui connaît des fonctions touchées de façon disproportionnée par rapport, notamment, aux fonctions attentionnelles et exécutives, la mémoire verbale et par conséquent une perturbation des apprentissages. Des déficits spécifiques pour les capacités de multitâches ont également été retrouvés ¹¹⁰. Cette hétérogénéité peut être tant cognitive que fonctionnelle ¹¹¹. Souvent, ces déficits touchent les fonctions exécutives, l'attention, la mémoire de travail, la vitesse de traitement, la mémoire épisodique verbale, les habiletés verbales et les capacités d'apprentissage ^{112 113 114 115 116} ¹¹⁷. Une altération des capacités visuospatiales et de la métacognition a également été rapportée ¹¹⁸, ainsi que des perturbations de la cognition sociale touchant la théorie de l'esprit et la reconnaissance des émotions faciales ^{119 120 121}. Cette dernière étant un facteur de vulnérabilité à la schizophrénie et le plus grand prédicteur du fonctionnement social ¹²². Selon Vernon & al. (2014), ces déficits se situent entre 0,5 et 1,5 écart-type en dessous des sujets témoins. On a également souvent souligné un déficit de la motivation intrinsèque associée ¹²³.

¹⁰⁶Franck, N. (2012). *Op. Cit.*

¹⁰⁷Laloyaux, J., Van der Linden, M., Nuechterlein, K. H., Thonon, B. & Laroi, Fr. (2018). A direct examination of the cognitive underpinnings of multitasking abilities : A first study examining schizophrenia. *Psychiatry+Research*, 268, 288-296.

¹⁰⁸ Laroi, F. & Van der Linden, M. (2013). The Need for an Individualized, Everyday Life and Integrative Approach to Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 290-304.

¹⁰⁹Vidailhet, P., *op. cit.*

¹¹⁰ Laloyaux, J., Van der Linden, M., Nuechterlein, K. H., Thonon, B. & Laroi, Fr. (2018). *Op. cit.*

¹¹¹ Levoux, Van Der Linden, Laroi & Danion (2012). *Op. cit.*

¹¹² Lesh, T. A., Niendam, T. A., Minzenberg, M. J. & Carter, C. S. (2010). *Op. cit.*

¹¹³ Thai, Andreassen & Bliksted (2019). A meta-analysis of executive dysfunction in patients with schizophrenia : Different degree of impairment in the ecological subdomains of the Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome. *Psychiatry Research*, 272, 230-236.

¹¹⁴ Tripathi, A. K., Kar, S. & Shukla, R. (2018). *Op. cit.*

¹¹⁵ Woodward, Leong, Sanford, Tipper & Lavigne (2016). Altered balance of functional brain networks in Schizophrenia. *Psychiatry Research : Neuroimaging*, 248, 94-104.

¹¹⁶ Bora, E., Binnur Akdede, B. & Alptekin, K. (2017). Neurocognitive impairment in deficit and non-deficit schizophrenia : A meta-analysis, 47(14), 2401-2413.

¹¹⁷ Vidailhet, P., *op. cit.*

¹¹⁸ Id.

¹¹⁹ Gaudelus, B., Virgile, J., Geliot, S. & Franck, N. (2016). *Op. cit.*

¹²⁰ Cotter, Granger, Backx, Hobbs, Looi & Barnett (2018). Social cognitive dysfunction as a clinical marker : A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 84, 92-99.

¹²¹ Franck, N. (2012). *Op. cit.*

¹²² Cotter, Granger, Backx, Hobbs, Looi & Barnett (2018). *Op. cit.*

¹²³Correard, N., Mazzola-Pomietto, P., Elissalde, S.-N., Viglianese-Salmon, N., Fakra, E. & Azorin, J.-M. (2011). Quelles perspectives pour la remédiation cognitive dans la schizophrénie ? *L'Encéphale*, 37 Supplément 2, S155-S160.

Ces déficits cognitifs peuvent être mis en lien avec certaines anomalies présentes dans plusieurs régions cérébrales. Une diminution d'activation et de matière grise dans les régions dorsolatérales a été rapportée ^{124 125}, de même qu'une activation également diminuée dans le cortex cingulaire antérieur dorsal et le noyau médiodorsal du thalamus chez des patients ¹²⁶. Il y a donc une perturbation des réseaux fronto-corticaux, liés au contrôle cognitif ¹²⁷, ou cortico-thalamique ¹²⁸. Des anomalies sont également présentes dans le lobule pariétal inférieur, l'amygdale, le gyrus temporal supérieur, le lobe temporal médian, le thalamus, les noyaux basaux et le cervelet ¹²⁹. Il n'est donc pas étonnant que les déficits les plus souvent rapportés soient les fonctions exécutives, l'attention et la mémoire de travail. Selon Woodward & al. (2016), les patients schizophrènes peuvent également montrer une désactivation du réseau du *mode par défaut*, comme décrit plus haut, qui peut suggérer une attention interne moins activée ¹³⁰. Cependant, cela peut être également lié aux difficultés de mémoire de travail. Cependant Borda et Sass (2015) montrent des résultats inverses avec, au contraire, une hyperactivation du réseau du *mode par défaut* qui a été mise en lien avec des processus d'hyperréflexivité et des schémas anormaux de régulation de la saillance ¹³¹. Quoi qu'il en soit, les auteurs concluaient à un déséquilibre dans l'interaction des circuits frontopariétaux avec ceux du *mode par défaut* ¹³².

Par conséquent, quatre patients schizophrènes sur cinq présentent des troubles cognitifs ¹³³, et pour d'autres études le chiffre peut atteindre jusqu'à 98 % ¹³⁴, ce qui a tendance à rendre une approche neuropsychologique plutôt pertinente dans le cadre de la schizophrénie. D'autant plus que les déficits cognitifs, bien qu'ils soient moins visibles que les symptômes positifs, n'en sont pas moins handicapants pour la cause ¹³⁵. De plus, la remédiation a montré des effets bénéfiques tant sur le plan fonctionnel que sur le plan cognitif, ainsi qu'une diminution des symptômes positifs et négatifs (3). Cependant, ces effets restent limités surtout au niveau fonctionnel ¹³⁶. En effet, il y

¹²⁴ Lesh, T. A., Niendam, T. A., Minzenberg, M. J. & Carter, C. S. (2010). *Op. cit.*

¹²⁵ Thai, Andreassen & Bliksted (2019). *Op. cit.*

¹²⁶ Thai, Andreassen & Bliksted (2019). *Op. cit.*

¹²⁷ Thai, Andreassen & Bliksted (2019). *Op. cit.*

¹²⁸ Tripathi, A. K., Kar, S. & Shukla, R. (2018). *Op. cit.*

¹²⁹ Tripathi, A. K., Kar, S. & Shukla, R. (2018). *Op. cit.*

¹³⁰ Woodward, Leong, Sanford, Tipper & Lavigne (2016). *Op. cit.*

¹³¹ Borda, & Sass. (2015). Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: Primary factors. *Schizophrenia Research*, 169(1-3), 464-473.

¹³² Woodward, Leong, Sanford, Tipper & Lavigne (2016). *Op. cit.*

¹³³ Gaudelus, B., Virgile, J., Geliot, S. & Franck, N. (2016). *Op. cit.*

¹³⁴ Tripathi, A. K., Kar, S. & Shukla, R. (2018). *Op. cit.*

¹³⁵ Franck, N. (2012). Remédiation cognitive en psychiatrie. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 22(3), 81-85.

¹³⁶ Larøi, F. & Van der Linden, M. (2013). *Op. cit.*

a « un effet faible à modéré de la remédiation cognitive sur la cognition globale, le fonctionnement psychosocial et les symptômes »¹³⁷. Néanmoins, les résultats sont plutôt hétérogènes en fonction des études. Selon Larøi, F. & al. (2013), il y aurait trois raisons principales pour lesquelles la remédiation cognitive actuelle est limitée.

Premièrement, les troubles cognitifs dans la schizophrénie sont très hétérogènes, alors que la plupart des études actuelles évaluent l'efficacité d'un même programme pour l'ensemble des participants sans prendre en considération leurs spécificités. Cela nous encourage à faire un bilan complet du fonctionnement cognitif du sujet le plus rapidement possible, pour nous appuyer sur ses forces et connaître ses faiblesses. En plus de connaître les déficits exacts des personnes concernées, il est important de savoir comment ceux-ci se répercutent dans leur vie quotidienne. Par conséquent, une approche individualisée est requise, contrairement à ce qui est souvent pratiqué dans les études actuelles. De plus, les analyses de cas pourraient être plus pertinentes dans ce domaine.

Deuxièmement, il est nécessaire de rendre la personne beaucoup plus active dans sa prise en charge, notamment en ce qui concerne les objectifs. Cela augmente la motivation (rappelons que les circuits motivationnels peuvent être perturbés dans la schizophrénie¹³⁸). Ceci appuie le fait qu'il est plus opportun de baser la remédiation sur des buts concrets comme la réinsertion sociale, surtout en connaissant les difficultés motivationnelles, plus spécifiquement de la motivation intrinsèque, et ainsi de rendre les patients actifs dans leur projet plutôt que de leur proposer des exercices de revalidation dont ils ne voient pas réellement le sens, ce qui en rend le transfert difficile.

Troisièmement, il faut être conscient que les déficits cognitifs ne sont pas les seuls facteurs en jeu dans la schizophrénie et qu'il n'est pas conseillé de se limiter à un seul aspect pour obtenir une amélioration globale. Une approche intégrative est donc à préconiser. Les différentes démarches sont complémentaires et non opposées, comme elles agissent à des niveaux différents. Par exemple, la remédiation cognitive accompagnée de la réhabilitation psychosociale semble plus efficace¹³⁹

140.

¹³⁷ Larøi, F. & Van der Linden, M. (2013). *Op. cit.*

¹³⁸ Correard, N., Mazzola-Pomietto, P., Elissalde, S.-N., Viglianese-Salmon, N., Fakra, E. & Azorin, J.-M. (2011). *Op. cit.*

¹³⁹ Franck, N. (2012). *Op. cit.*

¹⁴⁰ Correard, N., Mazzola-Pomietto, P., Elissalde, S.-N., Viglianese-Salmon, N., Fakra, E. & Azorin, J.-M. (2011). *Op. Op. cit.*

Des résultats montrent également une efficacité différente en fonction des stratégies de revalidation utilisées. Il y a trois grandes catégories d'interventions en neuropsychologie : les stratégies de rétablissement ou restauration, les stratégies basées sur l'exploitation de capacités intactes et de réorganisation, et les stratégies d'aménagement de l'environnement ou de « prothèse mentale ». La première consiste en un entraînement intensif des processus déficitaires dans le but d'atteindre un fonctionnement dans la norme dans ce domaine. La deuxième consiste à utiliser des procédures de traitement alternatives basées sur des capacités préservées. La dernière vise à réduire les répercussions des déficits dans la vie quotidienne en agissant sur l'environnement ou en implantant des aides externes telles que l'agenda, etc.^{141 142}. Dans le contexte de la schizophrénie, des études ont fait valoir que les stratégies de réorganisation auraient de meilleurs résultats et un meilleur transfert que les stratégies de restauration^{143 144}.

Pour finir, on n'est pas encore tout à fait certain que la remédiation cognitive ait des effets durables à long terme. Malheureusement, il semble que beaucoup d'études aient négligé cet aspect. La généralisation reste également difficilement mesurable¹⁴⁵. Toutefois, la situation sociale et professionnelle est souvent prise comme une certaine mesure de leur efficacité.

En résumé, la revalidation cognitive est un axe thérapeutique prometteur, mais qui connaît encore un certain nombre de limites. Pour qu'elle soit optimale, une approche individualisée, combinée et qui rend le patient actif est à privilégier.

¹⁴¹Seron, X. & Van der Linden, M. (2016). *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte Tome2-Revalidation* (2e édition.. ed., ??? Neuropsychologie). Paris: De Boeck Solal.

¹⁴²Levaux, M.-N., Laroi, F., Danion, J.-M. & Van der Linden, M. (2009). Remédiation cognitive des patients schizophrènes dans les pays francophones. *EMC Psychiatrie*.

¹⁴³Levaux, M.-N., Laroi, F., Danion, J.-M. & Van der Linden, M. (2009). *Op. cit.*

¹⁴⁴Correard, N., Mazzola-Pomietto, P., Elissalde, S.-N., Viglianese-Salmon, N., Fakra, E. & Azorin, J.-M. (2011). *Op. cit.* Franck, N. (2012). *Op. cit.*

¹⁴⁵ Laroi, F. & Van der Linden, M. (2013). *Op. cit.*

2. Démarche phénoménologique

2.1. Versant phénoménologique – Base théorique

*« La phénoménologie naît [...] d'une sorte de rejet des systèmes hérités du XIXème siècle (idéalisme allemand et positivisme), car elle veut bâtir, à partir des seules ressources de l'expérience, une nouvelle manière de comprendre le monde. »*¹⁴⁶

Husserl est considéré comme le père de la phénoménologie au début du XXe siècle. Par ailleurs, le mot d'ordre de toute sa philosophie est le « retour aux choses mêmes ». Cela est considéré comme l'un des plus importants principes de la phénoménologie. Notons que, pour Husserl, l'objet d'analyse de la phénoménologie ne peut se résumer aux choses matérielles. De plus, selon lui, « *le travail phénoménologique se limite dans un premier temps à recueillir les données phénoménales, sans se demander si celles-ci renvoient par ailleurs à un référent réel ou non.* »¹⁴⁷

Plus tard, Merleau-Ponty va écrire « *La décision de demander à l'expérience elle-même son propre sens, en un mot la phénoménologie.* »¹⁴⁸

Le but de la phénoménologie est d'accéder aux phénomènes eux-mêmes ; Husserl insiste sur le fait que pour pouvoir approcher les phénomènes et leurs significations, nous devons d'abord nous séparer de nos idées reçues, a priori et préjugés, ainsi que de nos connaissances théoriques qui peuvent être des obstacles dans cette démarche. Ce détachement de nos croyances antérieures est souvent appelé l'*epochè*. Cette opération «réductive» permet de pousser la réflexion et de prêter davantage attention à l'objet perçu et au monde qui l'entoure. Heidegger va à plusieurs reprises discuter cette démarche «réductive» en soulignant certaines limites de celle-ci, mais sans montrer un rejet total. Merleau-Ponty voit la réduction de Husserl comme idéaliste. Fink, quant à lui, écrit qu'il ne considère pas cette «réduction» comme un processus purement intellectuel. En effet, "Fink tente de définir une expérience qui tienne ensemble attention et réflexion, praxis et

¹⁴⁶Cabestan, P. (2017). *Introduction à la phénoménologie. (Philo). Paris: Ellipses Marketing. P.12*

¹⁴⁷Ibid.

¹⁴⁸Ibid., p.93.

*spéculation, et qui concilie, premièrement description et construction et deuxièmement, pratique et théorie. »*¹⁴⁹

Par conséquent, la phénoménologie se veut être une discipline des plus « neutre » possible. Cette discipline est ainsi purement descriptive ; en effet, le rôle du phénoménologue, dans un premier temps, est de décrire le plus fidèlement possible les phénomènes et expériences qu'il rencontre. Cette description semble tout d'abord naître de l'« intuition ». D'ailleurs, pour Husserl, l'objet intentionnel est simple et non réellement inclus dans la conscience sous forme de copie ou d'image. Cependant, on peut noter que certains auteurs comme Fink et Brentano divergent du concept husserlien sur certains aspects. Notamment, concernant la démarche descriptive Fink reproche à celle-ci de demeurer extrêmement limitée. Il souligne également l'importance d'être bien attentif à la difficulté d'une description complète, qui ne sera pas complétée dans un moment d'inattention par une reconstruction symbolique ou imaginaire.

Jean-Paul Sartre a introduit le concept de psychologie phénoménologique et a étudié dans ses travaux le phénomène de l'émotion. Cette psychologie phénoménologique combine à la fois une psychologie intentionnelle et une psychologie de l'eidétique (réduction eidétique) « *comprise comme méthode d'élucidation de l'eidos ou essence d'un phénomène.* »¹⁵⁰ Sartre va d'ailleurs définir l'émotion comme étant « *une chute brusque de la conscience dans le magique.* »¹⁵¹ L'attitude magique étant définie comme une « transformation » du monde et cela « *au moyen d'une gestuelle qu'accompagnent différents phénomènes psychologiques.* »¹⁵² Ensuite, Sartre a exploré l'*imaginaire* qui constitue une des grandes fonctions de la conscience. Dans ses ouvrages, il a également opposé la conscience préreflexive (qui est absorbée par les objets du monde qu'elle vise) à la conscience réflexive (« *retour de la conscience sur elle-même* »). Il distingue aussi la conscience réflexive ou la réflexion « pure » (certaine et adéquate) et la réflexion « impure » (inadéquate et incertaine). Nous pouvons aussi noter que son projet *ontophénoménologique* va à son tour dissocier l'*en-soi* et le *pour-soi* au sein de l'Être.

¹⁴⁹Ibid., p.64.

¹⁵⁰Cabestan, P., *op. cit.*, p.77.

¹⁵¹Ibid.

¹⁵²Ibid.

En résumé, la phénoménologie est un courant philosophique relativement récent qui a pour objectif de revenir à l'étude des phénomènes eux-mêmes, ainsi qu'à l'expérience vécue et à la conscience. Les principes fondamentaux de cette philosophie consistent à écarter nos a priori afin de concevoir une description plus juste des phénomènes perçus et ainsi procéder à une réflexion à leur propos.

2.2. La schizophrénie sous un point de vue phénoménologique

Même s'il est généralement accepté que la vision de la schizophrénie a beaucoup évolué à travers le temps, beaucoup d'aspects de cette pathologie restent inexpliqués. La schizophrénie est une pathologie hautement hétérogène. Par ailleurs, elle représente un tableau psychiatrique qui ne montre que peu de sens. En effet, si on prend le DSM, il consiste en une « simple addition » de signes purement comportementaux sans prendre en considération les interactions et relations entre ces comportements¹⁵³. En effet, la majorité des recherches / études tentent d'expliquer chaque symptôme séparément sans parvenir à rendre ce trouble compréhensible dans sa globalité. L'objectif de la phénoménologie étant d'unifier les critères souvent expliqués séparément et d'en faire un ensemble cohérent en les reliant et en leur donnant une fonction dans leur totalité¹⁵⁴. Par conséquent, l'approche phénoménologique peut être une approche dite plus « compréhensible ». En effet, elle permettrait de « [...] rétablir la compréhension des vécus cantonnés à l'incompréhensible »¹⁵⁵. Les classifications actuelles ont tendance à réduire la part de subjectivité pourtant si riche et cruciale sous prétexte qu'elle n'est pas mesurable et donc sans intérêt¹⁵⁶. Bien entendu, nous ne rejetons pas complètement l'approche objective et catégorielle dominant actuellement, et nous reconnaissons son importance, notamment parce qu'elle nous permet d'avoir un consensus clinique et thérapeutique. Par conséquent, ces deux approches sont complémentaires et non opposées.

« Comment m'approcher des patients si le langage psychiatrique dont je disposais les tenait à l'écart de moi ? »¹⁵⁷

¹⁵³Englebert, J. (2018) cours de « Psychopathologie générale de l'adulte ».

¹⁵⁴*Ibid.*

¹⁵⁵Martin, B. & Piot, M. (2011). Approche phénoménologique de la schizophrénie. *Information Psychiatrique*, 87(10), p. 783.

¹⁵⁶Englebert, E.& Valentiny C. (2017). *Op. cit.*

¹⁵⁷Laing, R., Elsen, Cl. & Derycke, G. (1970). *Le moi divisé : De la santé mentale à la folie*. (Les Essais / dir. par François Azouvi). Paris: Editions Stock.

La phénoménologie tente de privilégier une vision en première personne en accord avec son objectif de se pencher sur la subjectivité de la personne elle-même, d'être à l'écoute de ce qu'elle exprime et ressent. Par ailleurs, elle laisserait l'autre, le patient, exister dans la relation ¹⁵⁸. En effet, cette perspective en première personne semble un outil pertinent et compléterait une lecture en troisième personne repérant uniquement des signes cliniques externes indépendants du ressenti des patients. Cette perspective en « Je » a comme avantage d'apporter un effet positif à la pratique clinique, sur les processus de reconnaissance de la maladie, et d'ouvrir d'autres perspectives de recherches prometteuses ¹⁵⁹.

« Je ne suis pas schizophrène, j'en ai toujours été convaincu... Mais, ce dont vous me parlez à travers vos questions, cette perte de l'évidence et cette hyper-attention aux choses du monde, la grande sensibilité dont nous parlons, cela correspond à ce que je vis. Si c'est ça la schizophrénie, je veux bien en rediscuter. » ¹⁶⁰

De plus, la phénoménologie permettrait de proposer une vision complémentaire à la vision déficitaire en s'en détachant pour essayer d'adopter un point de vue qui engloberait d'autant plus la complexité de la schizophrénie et qui serait « *une intensification de la conscience de soi et non une perte de celle-ci.* » ¹⁶¹

« 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 ? » ¹⁶²

La schizophrénie est définie par la phénoménologie comme un trouble de la « *conscience de soi préréflexive* », apparenté à un trouble du « *soi de base* » ou à la « *conscience de soi minimale* »

¹⁵⁸Martin, B. & Piot, M. (2011). *Op.cit.*

¹⁵⁹Englebert, J., Stanghellini, G., Valentiny, C., Follet, V., Fuchs, T. & Sass, L. (2018). Hyper-réflexivité et perspective en première personne : Un apport décisif de la psychopathologie phénoménologique contemporaine à la compréhension de la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(1), 77-85.

¹⁶⁰Ibid., p. 83.

¹⁶¹Englebert, E. & Valentiny, C. (2017). *Op. cit.*

¹⁶²Sass, L. A. (1992). *Madness and modernism : insanity in the light of modern art, literature, and thought.* New-York : BasicBooks.

». Notons que la conscience est considérée comme la façon dont un individu est en relation avec lui-même, les autres et le monde ¹⁶³. Nous pouvons également parler d'un trouble de l'ipséité (signifie soi ou soi-même) ou trouble de l'identité qui fait référence à la conscience qu'un individu a d'être la même personne à travers le temps ou l'espace et d'exister ^{164 165}. Ce sentiment d'exister et d'être soi-même est normalement implicite ¹⁶⁶. La schizophrénie peut également être décrite comme une « *désincarnation* », qui consiste à contempler sa propre existence de l'extérieur ¹⁶⁷.

« Le corps qu'il vit devient une machine corporelle aliénée et extérieure qui, à la fin, ne semble plus être déplacée par le patient lui-même, mais plutôt par des pouvoirs anonymes et étranges. » ¹⁶⁸

Ce concept d'altération de l'ipséité permet une bonne flexibilité intégrant les symptômes variés de la schizophrénie, tout en étant pertinent et assez spécifique en clinique ou en recherche. De plus, des symptômes différents peuvent partager les mêmes troubles de l'ipséité malgré des manifestations différentes. Cette perte de l'ipséité est fréquemment associée à deux processus principaux interdépendants qui peuvent coexister avec des intensités variables en fonction de la personne elle-même, des périodes de maladie, etc. ¹⁶⁹ Les aspects principaux de la perte du self sont l'« *auto-affection amoindrie* » qui fait référence à une diminution du sentiment d'exister ¹⁷⁰ ¹⁷¹, le fait que ce qui était « *tacite n'est plus vécu comme un moyen d'auto-affection allant de soi* » ¹⁷² et l'hyperréflexivité.

C'est Sass qui introduit le terme d'hyperréflexivité en 1992 ¹⁷³. L'hyperréflexivité fait référence à une conscience de soi accentuée ¹⁷⁴, c'est-à-dire que la personne va avoir tendance, de manière excessive, à se questionner sur ses propres expériences ou actions et à se prendre soi-même

¹⁶³Englebert, J. & al. (2018). *Op. cit.*

¹⁶⁴Koenig, M. (2017). Rétablissement dans la schizophrénie et sens de soi. *Annales Médico-psychologiques*, 175(8), 726-729.

¹⁶⁵Sass, L. (2013). Altération du self et schizophrénie : Structure, spécificité, pathogénèse. *Recherches En Psychanalyse*, 16(2), 111-126.

¹⁶⁶Sass, L. (2013). *Op. cit.*

¹⁶⁷Stanghellini, G. (2011). Sens commun, désincarnation et délires chez les schizophrènes. *Le Cercle Herméneutique*, 17, 111-127.

¹⁶⁸Fuchs, Th. (2010). The Psychopathology of Hyperreflexivity. *The Journal of Speculative Philosophy*, 24(3), 239-255. doi:10.5325/jspecphil.24.3.0239. P. 248.

¹⁶⁹Sass, L. (2013). *Op. cit.*

¹⁷⁰Koenig, M. (2017). *Op. cit.*

¹⁷¹Sass, L. (2013). *Op. cit.*

¹⁷²Sass, L. (2013). *Op. cit.* p. 114.

¹⁷³Sass, L. (1992). *Op. cit.*

¹⁷⁴Koenig, M. (2017). *Op. cit.*

comme objet de réflexion ¹⁷⁵. « *Tout est d'abord pensé pour exister.* » ¹⁷⁶ Elle est provoquée par un déséquilibre entre l'explicite et l'implicite. Certains posent l'hypothèse qu'elle serait adaptative et défensive afin de diminuer l'anxiété et augmenter la performance, cependant, elle peut avoir un effet paradoxal et augmenter les expériences schizophréniques ¹⁷⁷. La personne avec schizophrénie va cesser de traiter des phénomènes qui devraient être traités de manière intuitive. On peut dire que « *Le sujet hyper-réflexif serait celui qui interroge sur un mode réflexif-explicite des phénomènes à priori pré-réflexifs-implicites* ». ¹⁷⁸ Cependant, elle ne peut être réduite uniquement aux formes essentiellement volontaires ou intellectuelles de la conscience de soi qui font référence aux processus dits de « réflexion ». Elle peut concerner également des processus plus spontanés, automatiques et éprouvés plus passivement qui se réfèrent plutôt à des formes plus « réfléchives ». ¹⁷⁹ ¹⁸⁰ On peut illustrer ceci par le fait qu'une personne schizophrène décroche d'une conversation parce qu'elle se retrouve perdue à chercher exactement le sens du mot qu'elle a entendu, la raison pour laquelle ce mot a été utilisé plutôt qu'un autre et dans quelle mesure ce mot a été créé ¹⁸¹. Notons que ce sont les processus d'introspection qui peuvent donner un accès à cette hyperréflexivité ¹⁸².

« Le plus difficile c'est le doute, on doute sur toutes les idées et on se pose des questions à devenir fou, ça tourne à l'obsessionnel dans la tête. Il faut prendre distance et le regarder avec ironie... Le cerveau c'est sans arrêt des idées qui défilent, qui défilent. Comment voulez-vous que j'arrête de penser, même quand je suis comme un légume ça continue, c'est à la mort cérébrale que j'arrêterai de réfléchir. » ¹⁸³

Cette hyperréflexivité peut amener à son tour à une « perte de sens commun » et donc s'étendre au domaine social. Cette perte serait à l'origine des « déficits » relationnels observés chez

¹⁷⁵Cermolacce, M., Naudin, J., Vion-Dury, D., Azorin & Pringuey (2011). Le délire schizophrénique, entre approche objective et expérience subjective. *Annales Médico-Psychologiques*, 169(1), 51-53.

¹⁷⁶Martin, B. & Piot, M. (2011). *Op.cit.*, p.786.

¹⁷⁷ Borda, & Sass. (2015). *Op. cit.*

¹⁷⁸Englebert, J. & al. (2018). *Op. cit.*

¹⁷⁹Englebert, J. & al. (2018). *Op. cit.*

¹⁸⁰Sass, L. (2013). *Op. cit.* p. 114.

¹⁸¹ Englebert, E. & Valentiny, C. (2017). *Op. cit.*

¹⁸²Sass, L. (2013). *Op. cit.*

¹⁸³Englebert, E. & Valentiny, C. (2017). *Op. cit.*

les patients schizophrènes¹⁸⁴. C'est d'ailleurs l'une des incidences ontologiques* les plus coûteuses de l'hyperréflexivité¹⁸⁵. La perte de « *sens commun* » ou « *d'évidence naturelle* » reflète une difficulté à « *appréhender la signification du monde* »¹⁸⁶. Le «sens commun» est défini par Husserl comme un processus qui englobe tout ce qui est considéré comme évident par les membres d'une même communauté, un ensemble de règles qui régit les comportements humains, ou encore par Stanghellini, comme un outil adaptatif commun à une même communauté¹⁸⁷. Blankenburg en parle comme d'une « *masse anonyme et muette d'évidences toujours déjà présentes* »¹⁸⁸. De manière générale, ce processus est plutôt automatique et préréflexif ou intuitif. Il se manifeste pour les événements extérieurs, au monde, mais également, au *dedans*, au *Je propre*¹⁸⁹. Une des patientes de Blankenburg décrit cette perte de l'évidence naturelle comme « *quelque chose de Petit... mais quelque chose d'Important sans quoi on ne peut pas vivre* »¹⁹⁰. Dans ses écrits, il ajoute que cette patiente trouve même « drôle » « *que quelque chose de si petit, c'est-à-dire d'inapparent, de banal et donc de négligeable doive se révéler comme si important et si nécessaire à la vie.* »¹⁹¹ De plus, l'«*inévidence de l'évident*» est bien un problème de pratique plutôt que de maîtrise théorique ; en effet, pour reprendre l'exemple de Blankenburg, sa patiente « sait » comment on s'habille ou comment on remercie sans réellement le savoir : « *Son savoir reste abstrait ; il ne peut se plonger dans la pratique.* »¹⁹²

« *Vous devez votre sécurité, votre être sans soucis ou votre bonheur à un "quelque chose" dont vous êtes à peine consciente. C'est ce "quelque chose" qui avant tout rend possible le fait d'être sans soucis, etc.* »¹⁹³

¹⁸⁴Stanghellini, G. (2000). Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophrenia Bulletin*, 26(4):775-787.

* Notons qu'une personne *ontologiquement* en sécurité affrontera chacun des événements de sa vie en ayant un profond sentiment de son identité, de sa réalité ainsi que de celles des autres. Une insécurité ontologique peut se révéler à travers des peurs d'engloutissement, d'implosion et de pétrification. (Laing, 1970)

¹⁸⁵Englebert, J. & al. (2018). *Op. cit.*

¹⁸⁶Cermolacce, M. & al. (2011). *Op. cit.*, p. 52.

¹⁸⁷Stanghellini, G. (2000). *Op. cit.*

¹⁸⁸Blankenburg, W., Azorin, J.-M., Totoyan, Y. & Pelicier, Y. (1991). *La perte de l'évidence naturelle : Une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*. (Psychiatrie ouverte). Paris: PUF - Presses Universitaires de France.

¹⁸⁹Blankenburg, W. (1991). *Op. cit.*

¹⁹⁰Blankenburg, W. (1991). *Op. cit.*

¹⁹¹Blankenburg, W. (1991). *Op. cit.*

¹⁹²Blankenburg, W. (1991). *Op. cit.* P.114.

¹⁹³Blankenburg, W. (1991). *Op. cit.*

Dans la schizophrénie deux types de perte de sens commun sont caractéristiques : une « *absence d'harmonisation intuitive* » ou encore d'accord implicite qui consiste en une difficulté d'inférer les états mentaux d'autrui à cause d'une difficulté de participer à leur vie mentale, et un « *réseau de connaissance social* » endommagé ¹⁹⁴. Évidemment, le « sens commun » est fortement impliqué dans la compréhension mutuelle ¹⁹⁵. Pour finir, il est important de souligner que cette perte de sens commun peut être un véritable défi en clinique, d'autant plus que la « perte de sens » n'est pas attribuable à un seul des deux interlocuteurs ¹⁹⁶. Laing propose même de considérer « *que la santé mentale ou la psychose ont pour critère le degré d'entente ou d'incompréhension existant entre deux personnes dont l'une est tenue d'un commun accord pour saine d'esprit.* » ¹⁹⁷ Par conséquent, face à une personne schizophrène, nous devons nous interroger sur nos propres capacités intuitives et sur « *le sens commun qui émerge dans la relation* » ¹⁹⁸. En effet, les réponses que recherchent les patients ne sont pas un « *comprendre quelque chose* », mais bien un « *s'entendre à quelque chose* » ¹⁹⁹.

Finalement, il est important d'aborder le « corps commun » qui est relativement proche du concept du « sens commun ». *En effet, « Dans l'évolution de la schizophrénie, tout se passe comme si le schizophrène était l'homme qu'un vecteur inconnu déplacerait sans cesse vers la frontière de son territoire [...] Il se comporte comme s'il commençait à ne pas reconnaître les repères de son propre territoire [...]. »* ²⁰⁰ Il semble qu'un patient schizophrène « [...] a perdu toutes les demeures ; il a perdu la jouissance du phénomène demeure [...]. » ²⁰¹ La territorialisation est bien entendu « *liée au social et à la capacité pour le sujet d'intégrer l'autre dans sa géographie intime.* » ²⁰² Elle permet une alternative à l'impasse du discours biographique souvent rencontrée en clinique, notamment lorsque le patient se trouve envahi par le délire ²⁰³.

¹⁹⁴Stanghellini, G. (2000). *Op. cit.*

¹⁹⁵Stanghellini, G. (2000). *Op. cit.*

¹⁹⁶Englebert, J. (2017). *Psychopathologie de l'homme en situation - deuxième édition avec préface de l'auteur*. France, Paris: Hermann.

¹⁹⁷Laing, R. (1970). *Op. cit.*

¹⁹⁸Englebert, J. (2017). *Op. cit.*

¹⁹⁹Blankenburg, W. (1991). *Op. cit.*

²⁰⁰Englebert, J. & Gauthier, J.-M. (2011). Géographie et psychose : territoire et perte du corps commun. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 169(9), 559 – 563 .doi:10.1016/j.amp.2010.12.011 P.560.

²⁰¹Michaux, H. (1967). *Connaissance par les gouffres*. Gallimard, p.181.

²⁰²Englebert, J. (2017). *Op. cit.*

²⁰³Englebert, J. & Gauthier, J.-M. (2011). *Op. cit.*

En conclusion, la démarche phénoménologique prône une vision en première personne, complémentaire à la vision en troisième personne, qui met la subjectivité du patient au premier plan, permettant de laisser une place plus active à celui-ci et d'avoir un effet positif sur la pratique clinique, la reconnaissance de la maladie et une méthodologie ambitieuse pour la recherche. Sans oublier la nécessité de procéder à ce que l'on peut nommer l'« epochè » qui consiste à s'écarter de nos idées reçues, a priori, préjugés ou connaissances théoriques et revenir à la description des phénomènes eux-mêmes. Rappelons que la démarche phénoménologique est descriptive. De plus, elle permet d'avoir également une vision moins déficitaire avec l'hypothèse non pas d'une diminution, mais d'un accroissement de la conscience dans la schizophrénie. En effet, les patients schizophrènes montreraient une hyperréflexivité provoquée par un trouble de la « conscience de soi de base » ou de l'« ipséité ». Cette hyperréflexivité est également souvent associée à une perte de « sens commun » ou encore de « corps commun ».

3. Approches pluridisciplinaires réunissant la phénoménologie et le versant cognitif

Le terme de « neurophénoménologie » apparaît en 1992²⁰⁴. La neurophénoménologie est un projet de recherche introduit principalement par Francisco Valera qui intègre des données objectives et subjectives en combinant une approche cognitiviste avec une approche phénoménologique afin de dresser un tableau plus dynamique et inclusif, et de surmonter le dualisme entre le corps et l'esprit, car ce dualisme procure une compréhension incomplète et trop réductrice de la conscience^{205 206 207 208 209 210}.

« Nous n'avons pas pu et ne pourrons jamais expliquer ce que c'est d'être un être humain qui sent, pense, à un corps qui interagit avec son environnement uniquement en expliquant les processus et mécanismes d'information. »²¹¹

Il y a donc un intérêt renouvelé pour la phénoménologie par les sciences^{212 213} afin de pallier ces difficultés et de permettre de combler le fossé entre subjectif et objectif^{214 215}. En effet, la phénoménologie permet de réintroduire la subjectivité qui a souvent été mise de côté par les chercheurs, ainsi que la corporéité dont l'importance et la nécessité deviennent de plus en plus

²⁰⁴ Feuerhahn, W. (2011). Un tournant neurocognitiviste en phénoménologie ? Sur l'acclimatation des neurosciences dans le paysage philosophique français. *Revue D'Histoire Des Sciences Humaines*, 25(2), 59-79.

²⁰⁵ Bernard Andrieu. Brains in the Flesh. Prospects for a neurophenomenology. *Janus Head. Journal of Interdisciplinary Studies in Literature, Continental Philosophy, Phenomenology, Psychology and Arts*, 2006, p. 129-149.

²⁰⁶ Bockelman, P., Ereinerman-Jones, L., & Egallagher, S. (2013). Methodological lessons in neurophenomenology: Review of a baseline study and recommendations for research approaches. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 608.

²⁰⁷ Vion-Dury, Cermolacce, Azorin, Pringuey, & Naudin. (2011). Neurosciences et phénoménologie-II : Sortir du bocal à mouches. *Annales Médico-psychologiques*, 169(1), 35-38.

²⁰⁸ Van de Laar, T., & De Regt, H. (2008). Special Section: Is Cognitive Science Changing its Mind ? : Introduction to Embodied Embedded Cognition and Neurophenomenology. *Theory & Psychology*, 18(3), 291-296.

²⁰⁹ Northoff, G., & Heinzl, A. (2006). First-Person Neuroscience: A new methodological approach for linking mental and neuronal states. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 1(1), E3.

²¹⁰ Feuerhahn, W. (2011). *Op. cit.*

²¹¹ Toma Strle. (2013). Why Should We Study Experience More Systematically: Neurophenomenology and Modern Cognitive Science. *Interdisciplinary Description of Complex Systems*, 11(4), 376-390. P377

²¹² Eustache-Vallée, M. (2014). *Op. cit.*

²¹³ Uhlhaas, P., & Mishara, A. (2007). Perceptual Anomalies in Schizophrenia: Integrating Phenomenology and Cognitive Neuroscience. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 142-156.

²¹⁴ Lutz, A., & Thompson, E. (2003). Neurophenomenology integrating subjective experience and brain dynamics in the neuroscience of consciousness. *Journal of consciousness studies*, 10(9-10), 31-52.

²¹⁵ Toma Strle. (2013). *Op. cit.*

difficiles à nier ^{216 217}. Merleau-Ponty a déclaré que « *nos corps sont des structures à la fois physique et vécues, extérieures et intérieures, biologiques et phénoménologiques* » ²¹⁸.

La neurophénoménologie relie donc une perspective en troisième personne, c'est-à-dire les neurosciences et les sciences cognitives, avec une perspective en première personne, qui cherche à décrire l'expérience vécue et la subjectivité. Cette réunion permet d'établir ainsi des corrélations entre les différentes données et d'installer une dynamique de contraintes réciproques ^{219 220 221 222 223 224}. En effet, ces deux perspectives peuvent confirmer ou infirmer leurs hypothèses respectives. Par exemple, la description phénoménologique peut servir de guide pour les neurosciences qui, à leur tour, pourront confirmer et appuyer la validité de la phénoménologie ²²⁵. Par conséquent, la neurophénoménologie permet d'appréhender la conscience de manière scientifique sans trop la simplifier, ainsi que de pallier les limites autoépistémique et hétéroépistémique. La première fait référence à la vision à la première personne, et ne donne accès qu'aux états mentaux. La seconde, quant à elle, ne permet de rendre compte que des états neuronaux ²²⁶.

Cependant, la neurophénoménologie n'en est qu'à ses débuts et beaucoup de questions méthodologiques et philosophiques restent de mise. En effet, ce n'est pas une tâche facile que celle de la neurophénoménologie. Elle s'avère être un défi méthodologique ^{227 228}. Par ailleurs, il semble que les exemples pratiques de son application restent plutôt rares ²²⁹. Il y a encore plusieurs aspects sur lesquels les auteurs émettent des objections ou critiques par rapport à la neurophénoménologie.

²¹⁶ Modestino, E. J. (2016). Neurophenomenology of an altered state of consciousness: An fMRI case study. *EXPLORE*, 12(2), 128-135.

²¹⁷ Feuerhahn, W. (2011). *Op. cit.*

²¹⁸ Feuerhahn, W. (2011). *Op. cit.* P. 66.

²¹⁹ Appourchaux, K. (2015). La neurophénoménologie en pratique: Problèmes et enjeux. *Les Cahiers Philosophiques De Strasbourg*, (38), 85-99.

²²⁰ Micoulaud-Franchi, Cermolacce, Vion-Dury, & Naudin. (2014). Analyse critique et épistémologique du neurofeedback comme dispositif psychothérapeutique. Le cas emblématique du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(4), 667-681.

²²¹ Bockelman, P., Ereinerman-Jones, L., & Egallagher, S. (2013). *Op. cit.*

²²² Micoulaud-Franchi, & Vion-Dury. (2012). What is sensory inundation in schizophrenia? *Clinical Neurophysiology*, 124(3), 628-629.

²²³ Van de Laar, T., & De Regt, H. (2008). *Op. cit.*

²²⁴ Lutz, A., & Thompson, E. (2003) *Op. cit.*

²²⁵ Appourchaux, K. (2015). *Op. cit.*

²²⁶ Northoff, G., & Heinzel, A. (2006). *Op. cit.*

²²⁷ Lutz, A., & Thompson, E. (2003) *Op. cit.*

²²⁸ Bockelman, P., Ereinerman-Jones, L., & Egallagher, S. (2013). *Op. cit.*

²²⁹ Van de Laar, T., & De Regt, H. (2008). *Op. cit.*

Premièrement, certains philosophes la considèrent comme impure et opaque²³⁰. Ils craignent une simplification trop élevée de la méthode de base qui aboutirait à une perte de la valeur philosophique et descriptive de la phénoménologie²³¹. Il y a une peur de la naturalisation de celle-ci²³².

Deuxièmement, il n'y a pas encore d'accord sur ce qu'implique réellement la neurophénoménologie, de sorte que les auteurs ne semblent pas toujours parler de la même chose²³³. De plus, il n'y a pas de consensus sur la méthode, le comment on parvient à relier concrètement les perspectives en première et en troisième personnes²³⁴.

Troisièmement, la méthode initiale de Francisco Valera plaide pour une vision en première personne²³⁵. Cependant, l'entraînement qu'elle nécessite pour aboutir à un niveau suffisant afin d'atteindre la réduction phénoménologique semble être un frein pour la réalisation d'études futures. En effet, pratiquement, il est difficile d'assurer une formation assez intensive à chaque sujet avant que l'étude puisse commencer. Une perspective en deuxième personne est à envisager. Cette perspective consiste à placer un interviewer bien formé comme médiateur pour qu'un sujet non formé puisse parvenir à la description phénoménologique de sa propre expérience^{236 237}. Nous pouvons citer l'entretien d'explication²³⁸ ou la méthode d'entrevue détaillée²³⁹. Cependant, il faut éviter de tomber dans le piège des catégories prédéfinies en demandant au sujet de décrire l'expérience sans a priori, et éviter les questions du type : « comment avez-vous ressenti telle ou telle chose ? »²⁴⁰

Ensuite, la fiabilité de l'introspection et la validité des rapports subjectifs ont été remises en question à plusieurs reprises et sont toujours un sujet de controverses. En effet, plusieurs biais peuvent intervenir dans ce processus, comme la mémoire sélective par exemple, ou dans le cas

²³⁰ Jorba, M. (2013). Book review: Bayne, T. and Montague, M. (eds.) (2011). *Cognitive phenomenology*. New York and Oxford: Oxford University Press. *Phenom Cogn Sci*12:883–890 DOI 10.1007/s11097-012-9284-9

²³¹ Bockelman, P., Ereinerman-Jones, L., & Egallagher, S. (2013). *Op. cit.*

²³² Feuerhahn, W. (2011). *Op. cit.*

²³³ Jorba, M. (2013). *Op. cit.*

²³⁴ Lutz, A., & Thompson, E. (2003) *Op. cit.*

²³⁵ Bockelman, P., Ereinerman-Jones, L., & Egallagher, S. (2013). *Op. cit.*

²³⁶ Appourchaux, K. (2015). *Op. cit.*

²³⁷ Toma Strle. (2013). *Op. cit.*

²³⁸ Micoulaud-Franchi, Cermolacce, Vion-Dury, & Naudin. (2014). *Op. cit.*

²³⁹ Bockelman, P., Ereinerman-Jones, L., & Egallagher, S. (2013). *Op. cit.*

²⁴⁰ Bockelman, P., Ereinerman-Jones, L., & Egallagher, S. (2013). *Op. cit.*

d'un sujet non formé, de faux souvenirs induits par suggestions ²⁴¹. Les données rapportées peuvent également être biaisées par l'interviewer lui-même ²⁴². La question est aussi de savoir si nous parvenons réellement à analyser nos propres comportements ²⁴³ et si la mesure reflète réellement ce que l'on veut mesurer ²⁴⁴. Ou encore, l'introspection elle-même modifierait l'expérience rapportée, ce qui pourrait nuire également à la validité et rendrait notamment l'analyse des données de l'activité cérébrale en parallèle difficilement interprétable. Selon Bockelman & al. (2013), les neurosciences et sciences cognitives ne devraient pas continuer à rejeter la subjectivité des analyses à cause d'une certaine rigidité méthodologique. D'ailleurs, Francisco Valera a tendance à répondre qu'il y aura toujours une composante subjective et qu'il est plus riche de s'en servir que de faire comme si elle n'existait pas. Cette subjectivité peut amener les sciences à englober un champ plus large ²⁴⁵. D'ailleurs, la proposition de Valera ne résout certes pas réellement le problème, mais permet de l'aborder ²⁴⁶. Il est, par conséquent, plus intéressant d'affiner le traitement des données en première ou deuxième personne, et de ne pas retomber dans le travers de la réduction de l'expérience à l'objectif sans prendre en considération le subjectif.

Finalement, plusieurs études ont noté quelques recommandations pour une meilleure application de la neurophénoménologie de manière plus pratique, comme la bonne compréhension par tous les intervenants impliqués dans la recherche des concepts abordés et des différentes hypothèses, ainsi qu'un lexique et un cadre conceptuel commun afin d'éviter une addition de données dépourvue de contexte ²⁴⁷. De plus, Micolaud-Franchi et Vion-Dury (2012) montrent que, si on veut mieux rendre compte des relations entre l'activité cérébrale et l'expérience vécue récoltée via une entrevue détaillée ou autre, il est plus efficace de mener les récoltes de données simultanément que de mener l'entretien à posteriori ²⁴⁸.

Par conséquent, il reste encore de nombreuses limites à l'application et l'analyse des données neurophénoménologiques, mais la neurophénoménologie se révèle être un axe de recherche prometteur qui vaut la peine que l'on s'y intéresse. Selon Toma Strle (2013), elle est

²⁴¹ Appourchaux, K. (2015). *Op. cit.*

²⁴² Lutz, A., & Thompson, E. (2003). *Op. cit.*

²⁴³ Appourchaux, K. (2015). *Op. cit.*

²⁴⁴ Micolaud-Franchi, & Vion-Dury (2012). *Op. cit.*

²⁴⁵ Bockelman, P., Ereinerman-Jones, L., & Egallagher, S. (2013). *Op. cit.*

²⁴⁶ Toma Strle. (2013). *Op. cit.*

²⁴⁷ Bockelman, P., Ereinerman-Jones, L., & Egallagher, S. (2013). *Op. cit.*

²⁴⁸ Micolaud-Franchi, & Vion-Dury. (2012). *Op. cit.*

même assez rigoureuse pour commencer l'expérimentation, et il considère qu'elle ne pourra que se perfectionner à travers son application ²⁴⁹. Certes, il y a encore d'importants progrès à faire au niveau conceptuel ²⁵⁰, ce qui demandera beaucoup d'investissement et d'énergie, mais qui permettra de « *dépasser le clivage épistémique, disciplinaire, discursif et professionnel-culturel (...) les approches multiperspectives peuvent nourrir le noyau éthique de la recherche scientifique en remettant en question les paradigmes d'interprétation dominants et en montrant qu'ils sont, comme tout paradigme, culturellement et historiquement fondés.* » ²⁵¹

Même si la neurophénoménologie est relativement récente et encore très discutée, nous pouvons apprécier son application pour mieux comprendre les processus mis en jeu dans les troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité ²⁵², la régulation ou le contrôle de crises épileptiques ²⁵³, l'errance mentale ²⁵⁴ (15), l'étude de la mémoire et de ses troubles ²⁵⁵, etc. D'ailleurs, Borda et Sass (2015) écrivent que plusieurs autres études ont montré des résultats plus qu'encourageants avec des associations répétées entre l'expérience anormale postulée par la phénoménologie et des corrélats neurobiologiques dans plusieurs syndromes ou maladies mentales. ²⁵⁶. Il est évident que, dans le cadre de ce mémoire, nous allons surtout nous arrêter à l'application de la neurophénoménologie dans le contexte de la schizophrénie. Il y a également eu plusieurs recherches dans ce domaine, combinant une approche cognitive et une approche phénoménologique avec des hypothèses qui semblent donner plus de sens à cette pathologie malheureusement encore mal comprise dans sa globalité. Par exemple, plusieurs auteurs ^{257 258} considèrent que les récits à la première personne sont plus que nécessaires pour améliorer notre compréhension des hallucinations auditives verbales. La subjectivité permet de mieux appréhender la signification et l'origine des voix ²⁵⁹. Elle peut permettre de mieux saisir certaines différences subtiles, mais potentiellement importantes, entre les hallucinations verbales retrouvées dans la

²⁴⁹ Toma Strle. (2013). *Op. cit.*

²⁵⁰ Northoff, G., & Heinzl, A. (2006). *Op. cit.*

²⁵¹ Woods, A., Jones, N., Bernini, M., Callard, F., Alderson-Day, B., Badcock, J. C., ... & Krueger, J. (2014). Interdisciplinary approaches to the phenomenology of auditory verbal hallucinations. *Schizophrenia bulletin*, 40(Suppl_4), S246-S254, P7.

²⁵² Micoulaud-Franchi, Cermolacce, Vion-Dury, & Naudin. (2014). *Op. cit.*

²⁵³ Bockelman, P., Ereinerman-Jones, L., & Egallagher, S. (2013). *Op. cit.*

²⁵⁴ Head, J., & Helton, W. S. (2018). The troubling science of neurophenomenology. *Experimental brain research*, 236(9), 2463-2467.

²⁵⁵ Eustache-Vallée, M. (2014). *Op. cit.*

²⁵⁶ Borda, & Sass. (2015). *Op. cit.*

²⁵⁷ Raballo, A., & Larøi, F. (2011). Murmurs of thought: Phenomenology of hallucinatory consciousness in impending psychosis. *Psychosis*, 3(2), 163-166.

²⁵⁸ Woods, A., Jones, N., Bernini, M., Callard, F., Alderson-Day, B., Badcock, J. C., ... & Krueger, J. (2014). *Op. cit.*

²⁵⁹ Raballo, A., & Larøi, F. (2011). *Op. cit.*

population clinique et la population non clinique ²⁶⁰. Par ailleurs, une démarche pluridisciplinaire est bénéfique non seulement au niveau de la recherche, mais aussi de manière thérapeutique, le récit en première personne pouvant donner du sens à ces symptômes et apporter aux patients qui en souffrent un certain soulagement, un sentiment de cohérence, qui peut diminuer la pression qu'ils peuvent éprouver ²⁶¹.

Dans l'article intitulé « Schizophrenia, Subjectivity, and Mindreading », M. Nour et A. Barrera considèrent que le déficit de base de la schizophrénie est « l'expérience de soi » couplé à des déficits dans la théorie de l'esprit, amenant les patients à avoir plus de difficultés à comprendre et inférer les états mentaux et intentions d'autrui ainsi que les leurs. Pour les auteurs, cette « *prédiction précise des intentions d'une autre personne dépendra d'une compréhension intuitive de la façon dont les intentions, les buts et les désirs sont organisés au sein d'une personne, et comment ils se rapportent à un environnement plus large* » ²⁶², ce qui peut clairement être mis en lien avec le « sens commun ». Ils ont donc considéré que la lecture du cerveau dans l'interprétation des états d'autrui est probablement secondaire aux modèles internes préexistants d'une conscience de soi stable et cohérente, et ce qui rend cette recherche très intéressante, c'est que « *les patients diagnostiqués avec certains troubles de la personnalité, dans lesquels le sens de soi est affecté, ont également montré des déficiences dans la lecture de l'esprit* » ²⁶³. De plus, il a été établi que renforcer la conscience de soi en thérapie a tendance à améliorer le fonctionnement social du patient. Car le trouble de la conscience de soi serait source de changements neuronaux dans les processus de perception et d'interprétation ²⁶⁴.

L'étude de Lafargue, G. (2010) montre un lien entre des troubles perceptifs, plus précisément des troubles spécifiques de l'expérience consciente dans la volonté d'agir, et un syndrome d'influence qui engendre la croyance chez les patients que leur corps et leur pensée sont contrôlés par des forces externes. En effet, il semble que les circuits fronto-pariétaux soient perturbés dans la schizophrénie, alors qu'ils sont connus pour intervenir dans la conscience de l'action. Dans cette étude, les auteurs avaient utilisé une tâche de production et d'estimation de

²⁶⁰ Woods, A., Jones, N., Bernini, M., Callard, F., Alderson-Day, B., Badcock, J. C., ... & Krueger, J. (2014). *Op. cit.*

²⁶¹ Raballo, A., & Larøi, F. (2011). *Op. cit.*

²⁶² Nour, M. & Barrera, A. (2015). *Op. cit.* P. 1216.

²⁶³ Nour, M. & Barrera, A. (2015). *Op. cit.* P. 1217.

²⁶⁴ Nour, M. & Barrera, A. (2015). *Op. cit.*

force uniquement en considérant que « [...] *demander aux participants d'une expérience d'imaginer une action, revient à leur demander d'activer une représentation en première personne de leur corps* [...] »²⁶⁵. L'hypothèse étant que les patients schizophrènes seront moins performants à la tâche que les sujets contrôles. Les résultats montrent, en effet, que les patients présentaient des résultats beaucoup plus dispersés, surtout quand ils avaient présenté un syndrome d'influence récemment. De plus, la perception du mouvement est plus tardive chez les patients, c'est-à-dire au moment même où leur corps commençait à bouger, alors que les sujets sains percevaient ce mouvement environ 200 msec avant son commencement²⁶⁶.

Micolaud-Franchi et Vion-Dury (2012) ont montré une corrélation positive entre les résultats électrophysiologiques obtenus et les réponses des participants à une échelle d'auto-évaluation perceptive, deux outils qui semblent évaluer les portes sensorielles généralement altérées dans la population schizophrénique. Une étude antérieure n'avait pas montré une telle corrélation entre les deux mesures, mais les auteurs de l'article expliquent ce manque de résultats par l'utilisation d'une procédure « hors ligne », rétrospective, qui à leur avis n'est pas la procédure la plus adaptée. Pour eux, la procédure « en ligne » est plutôt à privilégier²⁶⁷. Cependant, d'autres études ont déjà montré un manque d'association entre les mesures cognitives et phénoménologiques. Nelson, T. Whitford, S. Lavoie et L. Sass avaient émis l'hypothèse que les personnes schizophrènes ont des difficultés à s'approprier comme étant la source, et que cette difficulté de l'identification automatique d'une expérience comme provenant de soi, peut entraîner une hyperréflexivité. Toutefois, elle n'est sans doute pas uniquement la conséquence, mais également la cause de cette difficulté à ne pas reconnaître ses propres pensées et à les considérer erronément comme étrangères.²⁶⁸ Mais le manque d'association entre la perturbation de soi et les déficits cognitifs trouvés serait plutôt dû à des outils qui ne sont pas assez spécifiques et subtils pour les personnes schizophrènes, car ils sont adaptés dans un contexte de patients cérébrolésés de

²⁶⁵ Lafargue, G. (2010). L'expérience subjective de l'effort volontaire dans la schizophrénie : Approche neurophénoménologique. *L'Evolution Psychiatrique*, 75(3), 421-433. P. 425.

²⁶⁶ Ibid.

²⁶⁷ Micolaud-Franchi, & Vion-Dury (2012). *Op. cit.*

²⁶⁸ Nelson, B., Whitford, T., Lavoie, S. & Sass, L. (2014). What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia ? : Integrating phenomenology and neurocognition. Part 1 (Source monitoring deficits). *Schizophrenia Research*, 152(1), 12-19.

manière générale, même si on ne peut totalement rejeter que cela puisse également être dû à des caractéristiques de base différentes ²⁶⁹.

L'étude de Uhlhaas et Mishara (2007) a, quant à elle, trouvé une corrélation entre les scores obtenus à l'échelle de Bonn pour l'évaluation des symptômes de base (BSABS) qui évalue les troubles de perception présents dans la schizophrénie et les déficits de l'organisation perceptuelle. Leurs résultats montrent que les données phénoménologiques peuvent être incorporées de manière significative aux données cognitives et neurophysiologiques ²⁷⁰.

Borda et Sass (2015) postulent que les modèles d'hyperréflexivité peuvent être compris à la lumière des modèles neurocognitifs. En effet, l'hyperréflexivité aurait une fonction adaptative qui tenterait d'améliorer la performance et/ou diminuer l'anxiété, mais paradoxalement elle augmenterait certains types d'expériences schizophréniques. Cette réflexion continue finit par fatiguer la personne, provoquer une certaine inactivité (la personne peut connaître des difficultés à effectuer même des tâches quotidiennes) et un repli sur soi. Elle va également amener une irrégularité de la saillance, c'est-à-dire de la façon dont une chose va retenir son attention, ainsi qu'une hyperactivation du mode par défaut, qui pour rappel est le réseau activé lorsque nous cessons d'avoir une orientation vers les stimuli externes et qui fait d'ailleurs partie des circuits neuronaux du moi avec l'insula, le cortex préfrontal dorsolatéral et le cortex temporal et pariétal latéral ²⁷¹. Cependant, il semble que celui-ci fasse plutôt référence aux pensées spontanées, inconscientes et involontaires de manière plus générale, sans lien avec l'interne et l'externe proprement dits ^{272 273} ²⁷⁴. Dans la schizophrénie, le mode par défaut plutôt interne est hyperactivé. Notons que cette activation n'est pas spécifique à la schizophrénie, mais est présente également dans d'autres pathologies comme la dépression ²⁷⁵. L'hypothèse de Sass serait donc que l'hyperréflexivité est liée à cette hyperactivation du mode par défaut interne et, on peut le supposer, à un profil attentionnel

²⁶⁹ Nelson, B., Whitford, T., Lavoie, S. & Sass, L. (2014). *Op. cit.*

²⁷⁰ Uhlhaas, P., & Mishara, A. (2007). *Op. cit.*

²⁷¹ Borda, & Sass. (2015). *Op. cit.*

²⁷² Scheibner, Bogler, Gleich, Haynes & Bermpohl (2017). *Op. cit.*

²⁷³ Van Calster, L., D'Argembeau, A., Salmon, E., Peters, F. & Majerus, S. (2017). *Op. cit.*

²⁷⁴ Scheibner, Bogler, Gleich, Haynes & Bermpohl (2017). *Op. cit.*

²⁷⁵ Benedek, M., Jauk, E., Beaty, R. E., Fink, A., Koschutnig, K. & Neubauer, A. C. (2016). *Op. cit.*

²⁷⁶ Van Calster, L., D'Argembeau, A., Salmon, E., Peters, F. & Majerus, S. (2017). *Op. cit.*

²⁷⁷ Scheibner, Bogler, Gleich, Haynes & Bermpohl (2017). *Op. cit.*

²⁷⁸ Borda, & Sass. (2015). *Op. cit.*

plutôt interne, ainsi qu'à une perturbation de la saillance qui, elle, proviendrait d'une coordination réduite entre les réseaux exécutifs centraux et l'activation anormale dans le réseau par défaut.

Hypothèses

Tout d'abord, une vérification de la structure factorielle de l'Attentional Style Questionnaire (ASQ) sera effectuée. En effet, dans l'article de Van Calster & al. (2018), les analyses statistiques ont révélé que deux facteurs principaux expliquent le maximum de variance possible des variables initiales²⁷⁶. Les items (1) « *J'ai des difficultés à me concentrer lorsqu'il y a du mouvement dans la pièce* », (3) « *Je n'ai pas de difficultés à travailler tout en écoutant de la musique* », (8) « *Je peux facilement ignorer l'environnement qui m'entoure* », (11) « *Je peux facilement me concentrer sur une tâche, même s'il y a du mouvement dans la pièce où je me trouve* » et (12) « *J'ai des difficultés à penser lorsqu'il y a des bruits, même s'ils sont peu intenses* » sont compris dans le premier facteur. Tandis que les items (2) « *En général, je garde le contrôle sur mes pensées et je ne me laisse pas distraire par des pensées intrusives* », (4) « *Il m'est difficile de faire une seule activité durant une heure* », (5) « *Souvent, des pensées et des images sans lien avec l'activité en cours me viennent à l'esprit* », (6) « *Il m'arrive fréquemment d'interrompre une activité en cours pour en démarrer/continuer une autre parce que je viens d'y penser* », (7) « *Je reste généralement concentré(e) sur une seule tâche jusqu'à ce qu'elle soit terminée* », (9) « *Il m'arrive d'interrompre une activité pour vérifier un détail qui n'est pas en lien avec cette activité* » et (10) « *Quand je travaille sur mon ordinateur, il m'arrive souvent d'aller sur internet pour consulter des sites sans lien avec mon travail* » appartiennent, quant à eux, au deuxième facteur. Les auteurs ont donc divisé le score total d'ASQ en deux scores indépendants, le premier ASQ externe, composé des items (1), (3), (8), (11) et (12), et le second ASQ interne, comportant les items (2), (4), (5), (6), (7), (9) et (10). Vu qu'il n'y a pas encore d'étude de répliation, cette confirmation permettra de continuer nos analyses sur des bases solides.

H1 : L'ASQ est réparti en deux facteurs principaux.

Ensuite, nous effectuerons une comparaison entre le questionnaire ASQ et l'Aberrant Saliency Inventory (ASI). Le questionnaire ASI évalue la saillance aberrante. Celle-ci se rapproche de l'hyperréflexivité phénoménologique. Elle se caractérise par le fait qu'une personne va porter

²⁷⁶Van Calster, L., D'Argembeau, A. & Majerus, S. (2018). *Op. cit.*

une attention trop importante, inhabituelle ou incorrecte à des stimuli normalement inoffensifs²⁷⁷. Nous l'avons introduite dans l'étude pour accéder à une mesure se rapprochant du concept d'hyperréflexivité phénoménologique, tout en permettant une évaluation plus quantitative (elle permet d'explorer les liens de manière plus systématique que la EASE et ce, chez tous les sujets). La saillance aberrante est un mécanisme central dans le développement de la psychose²⁷⁸. Une perturbation de la saillance proviendrait d'une mauvaise coordination entre les réseaux exécutifs centraux et l'activation anormale dans le réseau par défaut²⁷⁹ et est souvent associée à la dérégulation de la dopamine²⁸⁰. Il a été trouvé que les personnes psychotiques et les personnes prédisposées à la psychose ont un score de l'ASI élevé²⁸¹. Par ailleurs, nous pouvons considérer l'ASI comme une mesure permettant d'identifier des personnes présentant des scores plus élevés de prédisposition à la psychose. De plus, rappelons que les personnes qui développent une psychose, ainsi que les personnes prédisposées à en développer une, ont souvent montré une tendance à avoir un mauvais contrôle cognitif²⁸². En effet, chez les patients schizophrènes, il y a une perturbation des réseaux fronto-corticaux liés au contrôle cognitif avec notamment une diminution d'activation et de matière grise dans les régions dorsolatérales²⁸³. Par conséquent, nous pouvons supposer qu'un score élevé à l'ASI serait associé à un niveau de contrôle plus faible dans toutes les populations. Nous nous attendons à ce que le contrôle attentionnel pour les stimuli uniquement internes serait capable de prédire les scores au questionnaire ASI ou inversement.

Cela nous amène à poser les hypothèses suivantes :

H2a : L'ASI serait associé à un contrôle attentionnel plus faible, c'est-à-dire des scores plus élevés aussi bien pour le score interne que pour le score externe.

H2b : L'ASI est cependant plus corrélé avec l'ASQ interne.

²⁷⁷ Cicero, D. C., Kerns, J. G., & McCarthy, D. M. (2010). The Aberrant Salience Inventory: A new measure of psychosis proneness. *Psychological Assessment*, 22(3), 688.

²⁷⁸ Cicero, D. C., Kerns, J. G., & McCarthy, D. M. (2010). *Op. cit.*

²⁷⁹ Borda, & Sass. (2015). *Op. cit.*

²⁸⁰ Cicero, D. C., Docherty, A. R., Becker, T. M., Martin, E. A. & Kerns, J. G. (2015). Aberrant salience, self-concept clarity, and interview-rated psychotic-like experiences. *Journal of personality disorders*, 29(1), 79-99.

²⁸¹ Cicero, D. C., Kerns, J. G. & McCarthy, D. M. (2010). *Op. cit.*

²⁸² Lesh, T., Niendam, T., Minzenberg, M. & Carter, C. (2010). *Op. cit.*

²⁸³ Thai, Andreassen & Bliksted (2019). *Op. cit.*

H2c : Le contrôle attentionnel pour les stimuli internes est capable de prédire les scores au questionnaire ASI.

Finalement, un score plus élevé pour l'ASI est attendu dans le groupe patients que pour le groupe contrôle²⁸⁴. Selon Woodward & al. (2016), les patients schizophrènes peuvent également montrer une désactivation du réseau du *mode par défaut* qui suggérerait une diminution de l'attention pour les stimuli internes pouvant être lié aux difficultés de mémoire de travail²⁸⁵. Cependant, Borda et Sass (2015) montrent des résultats inverses avec, au contraire, une hyperactivation du réseau du *mode par défaut* qui a été mise en lien avec des processus d'hyperréflexivité et des schémas anormaux de régulation de la saillance²⁸⁶. Comme l'objectif de ce mémoire est de faire un lien avec l'hypothèse phénoménologique d'hyperréflexivité, notre hypothèse ira dans ce sens, c'est-à-dire que nous supposons un lien entre l'hyperréflexivité et une tendance à montrer moins de contrôle attentionnel pour les stimuli internes. De plus, si on reprend l'idée que des difficultés dans le contrôle attentionnel peuvent survenir par une réactivité excessive des pensées internes et qu'on envisage la schizophrénie comme un trouble de la « conscience de soi » avec une hyperréflexivité, on peut émettre l'hypothèse que, s'il se trouve qu'effectivement il y a une tendance préférentielle à un certain style, celui-ci serait d'ordre Bottom-up (non contrôlé) orienté vers les stimuli internes. Notons que l'attention Bottom-up interne a déjà été mise en lien dans certaines études avec des pensées intrusives²⁸⁷ qui sont régulièrement présentes dans la schizophrénie par exemple.

Cela nous amène à poser les hypothèses suivantes :

H3a : Score plus élevé à l'ASI chez les patients comparés aux sujets contrôles.

H3b : Un style attentionnel est spécifique à la schizophrénie.

H3b' : S'il y a une tendance préférentielle à un certain style, on peut supposer que celui-ci serait d'ordre Bottom-up orienté vers les stimuli internes.

²⁸⁴ Cicero, D. C., Kerns, J. G. & McCarthy, D. M. (2010). *Op. cit.*

²⁸⁵ Woodward, Leong, Sanford, Tipper & Lavigne (2016). *Op. cit.*

²⁸⁶ Borda & Sass. (2015). *Op. cit.*

²⁸⁷ Clark, D. & Purdon, C. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts : A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 967-976.

Partie pratique

Méthodologie

1. Procédures

L'étude est divisée en deux parties principales.

La première est également sous-divisée en deux sous-parties. La première sous-partie explore si un ou plusieurs style(s) attentionnel(s) est/sont spécifique(s) à la schizophrénie, et si oui, le(s)quel(s). La tâche consistait à répondre à un questionnaire (Attentional Style Questionnaire ²⁸⁸) composé de 12 items. La deuxième sous-partie, quant à elle, met en lien les styles attentionnels avec la saillance aberrante ²⁸⁹ qui se rapproche de l'hyperréflexivité phénoménologique. Il était demandé aux participants de répondre à un autre questionnaire : le questionnaire Aberrant Salience Inventory ²⁹⁰ composé de 29 items.

Pour ces deux sous-parties, le groupe contrôle a répondu aux questionnaires via les réseaux sociaux grâce à leur mise en ligne. Le groupe de patients schizophrènes (dont le diagnostic de schizophrénie a été établi par l'institution dans laquelle les participants ont été recueillis) a répondu, en individuel et sur les lieux de l'institution, à la version papier des questionnaires. Enfin, des données sociodémographiques ont été récoltées (sexe, âge, nombre d'années d'études réussies).

La deuxième partie principale met en lien les styles attentionnels avec l'hypothèse phénoménologique d'hyperréflexivité. Cette seconde partie a été administrée uniquement aux patients schizophrènes. Il est important de mentionner que chaque personne qui a participé à la deuxième partie de l'étude devait avoir préalablement participé à la première partie de celle-ci. L'instrument de mesure est l'échelle « EASE », qui consiste en un entretien semi-structuré (durée : 2 x 1 h 30). La passation s'est déroulée en individuel sur les lieux de l'institution.

²⁸⁸ Van Calster, L., D'Argembeau, A. & Majerus, S. (2018). *Op. cit.*

²⁸⁹Elle se caractérise par le fait qu'une personne va porter une attention trop importante, inhabituelle ou incorrecte à des stimuli normalement inoffensifs.

²⁹⁰ Cicero, D. C., Kerns, J. G. & McCarthy, D. M. (2010). *Op. cit.*

2. Participants

2.1. Questionnaires

2.1.1. Groupe contrôle

152 participants francophones ont été recrutés via les réseaux sociaux : 57 hommes et 95 femmes, âgés de 18 à 45 ans ($M= 26.32$, $SD= 5.977$). Les critères d'exclusion étaient la présence d'une déficience mentale qui nuirait à la bonne compréhension des questionnaires, et des antécédents psychiatriques.

2.1.2. Patients schizophrènes

20 patients schizophrènes, 11 hommes et 9 femmes, âgés de 20 à 55 ans ($M= 39.05$, $SD=10.18$), ont participé à l'étude. Ils ont été recrutés au sein de l'institution de l'ISOSL, plus précisément dans deux services, le Cadran et le Cap. Pour le service Cap, la psychiatre a fait une liste de patients en fonction des critères ; avant ma venue elle avait discuté avec eux de l'étude et leur avait demandé si cela les intéressait d'y participer. Ensuite, avec les patients intéressés, nous nous sommes réunis, accompagnés de l'infirmier en chef et de la psychologue, pour que je leur explique plus en profondeur en quoi l'étude consistait et ce qu'elle impliquait, puis procéder à la passation en groupe (chaque question était lue, et je vérifiais qu'elle soit bien comprise par tous les participants avant de passer à la suivante). Dans le cadre du service Cadran, le docteur Monville a également sélectionné des patients suivant les critères définis ci-dessous, et en a discuté avec eux. Ensuite, une personne du service m'accompagnait pour le premier contact avec un patient ; si celui-ci acceptait de participer, nous procédions à la passation en individuel. Les patients avaient été prévenus qu'ils pouvaient arrêter à tout moment sans donner de justifications, que les données récoltées seraient strictement confidentielles, ainsi que toutes les autres informations figurant dans le formulaire d'information au volontaire et le consentement éclairé.

Le diagnostic de schizophrénie était établi par l'institution dans laquelle les participants ont été recueillis. Les critères d'exclusion étaient : les troubles thymiques quand ceux-ci sont plus importants que la schizophrénie elle-même, la présence d'une déficience mentale et un état non stabilisé.

2.2. Entretien clinique

Rappelons que cette partie de l'étude concerne uniquement les patients schizophrènes, dont le diagnostic de schizophrénie est établi par l'institution dans laquelle les participants ont été recueillis. Les critères d'exclusion étaient : les troubles thymiques quand ceux-ci sont plus importants que la schizophrénie elle-même, la présence d'une déficience mentale, la présence d'une anosognosie trop importante qui pourrait empêcher la bonne réalisation de la tâche, et un état non stabilisé. 4 patients correspondant à ces critères et ayant participé à la première partie de l'étude ont été invités à participer à la deuxième partie : 1 homme et 3 femmes. L'entretien EASE se basant sur une analyse qualitative, qui fournit une quantité de données importantes, a permis d'investiguer une éventuelle association des phénomènes schizophréniques reportés par le patient et son profil de contrôle attentionnel. En vue du caractère exploratoire de l'étude et étant donné le nombre restreint de patients, un échantillon de 4 patients schizophrènes semble suffisant pour investiguer si de telles associations existent et peuvent être identifiées.

Il est important de noter qu'une cinquième patiente avait initialement également participé à cette étape de l'étude. Cependant, au cours de l'anamnèse et des entretiens il est apparu qu'elle a souffert d'un méningiome para-frontale gauche qui l'a paralysée du côté droit pendant un certain temps après l'opération, et souffre d'un syndrome dérivé de Parkinson depuis 2 ou 3 ans. De plus, elle a mentionné une deuxième tumeur au niveau de l'oreille gauche. Avant cela, elle avait déjà été hospitalisée en hôpital psychiatrique. Mais compte tenu de l'influence que ces autres pathologies peuvent avoir sur les résultats, nous avons préféré l'exclure des analyses.

3. Matériel et méthode d'analyse

3.1. Matériel

3.1.1. Attentionnal Style Questionnaire (ASQ)²⁹¹

Comme discuté dans la section précédente, il semble y avoir quatre styles attentionnels possibles dans la population générale. Ces tendances attentionnelles se rapportent soit à des processus dirigés vers un but (Top-down), soit à un attrait non contrôlé de l'attention (Bottom-up)

²⁹¹ Van Calster, L., D'Argembeau, A. & Majerus, S. (2018). *Op. cit.*

par des stimuli qui peuvent être soit dans un contexte externe lié à l'environnement, soit dans un contexte plutôt interne lié à nos pensées. L'attention étant une fonction très importante et sans cesse sollicitée chez tout le monde, il est plus que nécessaire de connaître comment les styles préférentiels se répartissent dans les populations aussi bien non cliniques que cliniques afin de s'adapter au mieux au style attentionnel. Cette information sera bénéfique aussi bien pour la recherche (avec une meilleure compréhension et appréhension des processus attentionnels), mais également dans le cadre de révalidation ou de stratégie d'amélioration dans une population clinique, et permettra aussi une meilleure compréhension de certains troubles. A l'heure actuelle, il ne semble pas y avoir d'autres échelles permettant de mesurer de manière distincte les processus attentionnels Top-down et Bottom-up, tout en distinguant leur orientation sur des stimuli externes et internes comme le fait l'Attentional Style Questionnaire. En effet, les questionnaires actuels se concentrent surtout sur les différences de contrôle sans discriminer réellement interne et externe. De plus, l'exploration des processus internes est souvent délaissée comparativement à celle des processus externes : il y a beaucoup plus d'outils disponibles pour évaluer l'attention externe que l'interne. L'ASQ propose une évaluation plutôt complète qui rend compte de tous ces processus. Le questionnaire a été validé dans une population francophone. Les questions posées sont générales et ne placent pas les participants dans des états spécifiques à certains moments. Pour chaque item, les sujets doivent répondre à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 (tout à fait en désaccord) à 6 (tout à fait d'accord). La version originale contenait 17 items, mais ce nombre a été réduit à 12 items, car certains d'entre eux n'étaient pas significatifs. Les résultats aux différentes analyses statistiques ont mis en évidence l'existence de deux facteurs principaux permettant d'expliquer le maximum de variance possible. Le score global du questionnaire est donc divisé en deux scores indépendants. Le premier facteur se compose des items (1), (3), (8), (11) et (12), pour lesquels les distracteurs sont générés à l'interne. Le second facteur, quant à lui, comporte les items (2), (4), (5), (6), (7), (9) et (10), et concerne plutôt la perturbation de l'attention provoquée par des informations sensorielles afférentes liées à l'environnement extérieur. Évidemment, le questionnaire présuppose que le contrôle attentionnel se place sur un continuum. En effet, on considère qu'un score faible reflèterait un contrôle attentionnel bas, alors qu'une note élevée serait associée à un bon contrôle de l'attention, ceci se retrouvant aussi bien en externe qu'en interne. Pour le premier facteur le score obtenu peut se situer entre 12 et 72, et pour le second facteur, entre 7 et 42. Une corrélation significative positive a été rapportée entre le score interne de l'ASQ et d'autres échelles évaluant les états de rêverie et

les comportements ruminatifs, appuyant la validité de ce questionnaire. Par ailleurs, ses qualités psychométriques sont bonnes (alpha de Cronbach pour le premier facteur est égal à 0.79 et à 0.76 pour le second). Malheureusement, le questionnaire n'a pas été validé dans une population clinique.

3.1.2. Aberrant Saliency Inventory (ASI)²⁹²

Le questionnaire Aberrant Saliency Inventory (ASI) mesure la saillance aberrante qui se manifeste par le fait qu'une personne va avoir tendance à porter une attention trop importante, inhabituelle ou incorrecte à des stimuli normalement inoffensifs. Elle peut également amener la sensation que nos sens sont aiguisés, une recherche accrue de sens et un sentiment d'être sur le point de comprendre quelque chose de fondamentalement important, etc. La saillance aberrante peut jouer un rôle central dans l'émergence de la psychose. Elle n'est pas constante. Elle a été fréquemment associée à un dérèglement des taux dopaminergiques qui pourrait expliquer cette fluctuation. En effet, les patients sous traitement n'auraient pas les mêmes résultats que les patients non traités. La saillance aberrante peut être relativement courante dans la population générale, mais d'une manière moins prononcée que dans une population schizophrénique. Dans l'étude de Cicero et al. (2010), il y a une différence significative entre le groupe contrôle et le groupe de patients avec des antécédents psychotiques. Le groupe de personnes qui ont été considérées comme ayant une prédisposition à la psychose a également obtenu des scores plus élevés. Il est important de mentionner que le concept de saillance aberrante est conforme aux descriptions phénoménologiques de la psychose et de son apparition. À notre connaissance, l'ASI est le seul questionnaire qui évalue uniquement et spécifiquement la saillance aberrante. D'autres questionnaires sont disponibles pour mesurer les troubles schizophréniques de manière plus large, mais ils ne permettraient pas de faire un lien avec l'hypothèse phénoménologique d'hyperréflexivité. En effet, nous l'avons introduite dans l'étude pour accéder à une mesure se rapprochant du concept d'hyperréflexivité, tout en permettant une évaluation plus quantitative en explorant les liens de manière plus systématique, et ce, chez tous sujets. L'ASI a été validé dans une population clinique (groupe ayant des antécédents de psychose : l'alpha de Cronbach = 0.91) et non clinique (alpha de Cronbach = 0.89). Le questionnaire présente une bonne fidélité interne

²⁹² Cicero, D. C., Kerns, J. G., & McCarthy, D. M. (2010). *Op. cit.*

avec des distributions relativement normales. Il est corrélé à d'autres échelles comme celle de l'aberration perceptuelle, l'échelle d'idéation magique et l'échelle de pensée référentielle. Le score total est obtenu en additionnant le nombre de réponses positives. Notons que, pour l'analyse du questionnaire ASI, deux modèles ont été proposés qui semblent équivalents : un modèle à 1 facteur et un modèle à 5 facteurs. Les 5 facteurs extraits expliquaient 39 % de la variance commune et se répartissaient comme suit : Importance accrue (*Increased Significant*), Sens aiguisés (*Senses Shapening*), Compréhension imminente (*Impending Understanding*), Émotivité accrue (*Heightened Emotionnality*) et Cognition accrue (*Heightened Cognition*). Les auteurs recommandent de calculer le score global de l'ASI plutôt que les scores de chaque facteur, car d'après eux, il n'y a pas de différence significative entre les deux modèles, donc pas une option plus favorable que l'autre, mais le faible nombre d'items sur certaines sous-échelles peut amener plus facilement des interprétations moins fiables. « *Les résultats [...] appuient l'affirmation selon laquelle les cinq facteurs sont des dimensions de la même expérience, en ce sens que les corrélations entre ces deux facteurs sont mieux représentées par un facteur de second ordre.* »²⁹³

Pour finir, l'ASI est un questionnaire qui a été validé uniquement dans une population anglophone. Cependant, dans le cadre de ce mémoire, nous avons pris la version traduite de Monsieur Laloyaux et de son équipe qui est en train de valider le questionnaire dans une population francophone, mais les résultats ne sont pas encore disponibles actuellement.

3.1.3. Evaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi (EASE)

« *L'échelle EASE permet l'exploration semi-structurée, dans une orientation phénoménologique, d'une série de difficultés révélatrices d'anomalies de l'expérience subjective, considérées comme troubles de la conscience de soi, dans son niveau le plus élémentaire ou « minimal »* »²⁹⁴. Elle a été développée par Parnas et ses collaborateurs sur base de descriptions de patients souffrant de schizophrénie, et en s'inspirant des descriptions d'autres auteurs tels que Blakenburg, Minkowski et la phénoménologie husserlienne. Elle est composée de 57 items au total. Il n'est pas étonnant que nombre de ses items soient très caractéristique des troubles schizophréniques. Selon Sass (2013), l'EASE permet de quantifier et d'opérationnaliser le modèle

²⁹³ Cicero, D. C., Kerns, J. G., & McCarthy, D. M. (2010). *Op. cit.*

²⁹⁴ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). EASE: Évaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi. *L'encephale*, 38, S121-S145. P. 121.

de l'altération de l'ipséité.²⁹⁵ L'EASE ne peut suffire à elle seule pour poser un diagnostic. Cependant, elle peut appuyer un diagnostic différentiel. C'est un outil considéré avant tout comme qualitatif, qui permet de recueillir des descriptions très détaillées des phénomènes abordés. En effet, cette échelle permet d'accorder le temps et l'importance nécessaires « à une description fine de son expérience subjective par le patient lui-même, révélant des phénomènes que la clinique passe souvent sous silence au nom de l'objectivité ou de la pensée catégorielle ».²⁹⁶ Le langage peut rester un obstacle difficile à franchir, notamment par une perte d'évidence naturelle ou de sens commun²⁹⁷, ainsi que par la nature préreflexive des expériences rapportées²⁹⁸. Parnas et ses collaborateurs recommandent d'ailleurs de ne pas prendre les métaphores comme de « *simples métaphores* », mais comme faisant partie du processus de symbolisation de ces expériences préreflexives. Afin d'atteindre au mieux le potentiel de cette échelle, il est vivement recommandé d'être très familiarisé à l'échelle (« *la source la plus fréquente de non-fiabilité réside dans le manque de familiarité* »²⁹⁹). L'utilisateur doit établir un rapport neutre avec le patient et entrer dans un climat de confiance dans lequel une « *réflexion, mutuellement interactive, entre patient et thérapeute* »³⁰⁰ sera rendue possible. Une récolte de données anamnétique est dès lors conseillée avant de commencer la passation de la EASE pour permettre une certaine alliance thérapeutique, si petite soit-elle. Les valeurs psychométriques de l'échelle montrent qu'elle présente une bonne fiabilité inter-juge (0.80 coefficient de Spearman $p < .001$) avec un Kappa de Cohen égal à 0.65 en moyenne par item. Cependant, aucune structure factorielle n'a été relevée. La cotation de la EASE peut être binaire ou détaillée. Pour plus de nuances et de précision, nous avons opté pour le score détaillé. Dans ce cas, chaque item est coté de 0 à 4 en fonction de sa fréquence d'apparition. Il est important de noter que l'ordre des items n'a pas d'importance et que des questions ouvertes sont à privilégier pour valider les réponses au travers d'exemples détaillés et le plus spontanés possible. Les auteurs proposent de coter la fréquence soit par une évaluation générale qui s'étend sur la vie entière, soit en se basant sur les deux semaines précédentes.³⁰¹ Il nous semblait plus opportun de choisir l'évaluation générale dans le cadre de cette recherche, d'autant plus que les autres outils

²⁹⁵ Sass, L. (2013). *Op. cit.*

²⁹⁶ Naudin, J., Cermolacce, M., Belzeaux, R., Martin, B. & Degrandi, M. (2019). Le soi et le non soi comme problème phénoménologique posé à l'expérience psychiatrique. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(1), 103-112. P. 109.

²⁹⁷ Naudin, J., Cermolacce, M., Belzeaux, R., Martin, B. & Degrandi, M. (2019). *Op. cit.*

²⁹⁸ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.*

²⁹⁹ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.* P. 123.

³⁰⁰ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.* P. 123.

³⁰¹ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.*

utilisés ici en font de même. Le tableau ci-dessous développe plus en détail le système de cotation de la EASE.

Tableau 1 : Critères de cotation de la EASE (Parnass, J. & al. 2012)

Fréquence/Sévérité		Score détaillé	Score binaire
Absence	(Clairement absent)	0	0
Présence incertaine	Peut-être vécu, mais seulement à de rares occasions, ou de façon très atténuée durant la vie du patient	1	0
Présence légère	Clairement éprouvé, au moins trois fois en tout (souvent plus), mais irrégulièrement ; le symptôme ne représente pas un problème majeur, ni une source de détresse pour le patient	2	1
Présence modérée	Le symptôme est soit présent quotidiennement sur une certaine durée (par exemple quotidiennement pendant une semaine deux fois par an), soit fréquent mais sporadique, sur au moins 12 mois (peut constituer un problème ou une source de détresse)	3	1
Présence sévère	Presque constamment présent, par exemple tous les jours pendant les deux dernières semaines ; nettement stressant, source de souffrance et de perturbation du fonctionnement	4	1
Sans information	Manque d'information pour pouvoir coter	<i>(Vide)</i>	

Il nous semble intéressant de pouvoir nuancer cette cotation en fonction de l'importance que l'évènement représente pour la personne³⁰² et de coter la fréquence d'apparition surtout en fonction du nombre de fois que l'expérience apparaît dans le récit³⁰³ pour améliorer la fiabilité de la cotation, comme discuté dans des mémoires antérieurs (Valentiny et Mossay).

L'échelle EASE se répartit en cinq domaines d'investigation principaux : « *cognition et cours de la conscience* », « *troubles de la conscience de soi et de la présence* », « *expériences corporelles* », « *transitivisme / trouble de la démarcation de soi* » et « *réorientation existentielle* ». Chacun de ces domaines explorés est composé de plusieurs items. Nous présenterons pour chaque domaine la définition que les auteurs (Parnass & al. 2012) lui ont attribuée, avec un bref résumé des items basé sur leur définitions initiales.

³⁰² Mossay, Fr, Englebert, J. [advisor], & Mormont, Chr. [committee member]. (2016-2017)

³⁰³ Valentiny, C., Englebert, J., Mormont, Chr. & Tirtiaux, Fr. (n.d.). *Schizophrénie Et Expérience (inter-)subjective. Une Exploration De Six Univers.*

➤ Domaine 1 : cognition et cours de la pensée

« Description générale du domaine : On peut considérer comme normal un sens de la conscience continu au cours du temps, fluide, habité par un sujet, et transparent à l'introspection (immédiatement ou directement donné), sans caractéristiques spatiales. »³⁰⁴ Ce domaine est constitué des items : 1.1. *Interférence de la pensée* (contenus de conscience qui apparaissent de façon automatique et involontaire sans lien avec le cours principal de la pensée et interférant avec celui-ci) ; 1.2. *Perte de l'ipséité de la pensée* (la personne ne doute pas qu'elle est à l'origine de ses pensées, mais a un sentiment que celles-ci sont comme privées du label témoignant de leur mienneté) ; 1.3. *Pression de la pensée* (contenus de conscience non contrôlés allant et venant sans lien entre eux, ce qui peut amener une perte de sens et de cohérence) ; 1.4. *Blocage de la pensée* (sentiment d'un vide soudain ou comme si nos pensées disparaissaient ou s'affaiblissaient progressivement) ; 1.5. *Écho silencieux de la pensée* (silencieux, car ici il n'y a pas de perceptualisation, mais une sensation que nos pensées sont doublées ou se répètent) ; 1.6. *Rumination – Obsession* (récurrence ou persistance de certaines pensées dont la nature diverge en fonction des sous-types : rumination primaire, rumination secondaire, obsessions authentiques, pseudo-obsessions, rituels/compulsion) ; 1.7. *Perceptualisation du discours intérieur* (contrairement au 1.5., dans ce cas-ci les pensées ont une qualité acoustique) ; 1.8. *Spatialisation de l'expérience* (l'expérience est vécue et décrite comme étant localisée) ; 1.9. *Ambivalence* (difficulté à faire des choix, à prendre des décisions, même simples et banales, dans la vie quotidienne, qui peut amener une certaine détresse, un état de perplexité et/ou une paralysie de l'action) ; 1.10. *Incapacité à distinguer différentes modalités de l'intentionnalité* (confusion concernant le mode ou la nature d'une expérience vécue ou éprouvée, également applicable au domaine affectif) ; 1.11. *Perturbation de l'initiative de la pensée, ou de l'intentionnalité de la pensée* (perturbation de l'énergie de la pensée aboutissant à des difficultés pour initier et structurer mentalement des activités) ; 1.12. *Perturbations attentionnelles* (une distractibilité élevée ou une attention divisée altérée) ; 1.13. *Trouble de la mémoire à court terme* ; 1.14. *Perturbation de l'expérience du temps* (qui se caractérise soit par une perturbation de l'expérience subjective du cours du temps (la personne peut avoir une perception déformée du temps), soit par une perturbation du temps existentiel (la personne peut être comme bloquée dans le passé, le présent

³⁰⁴ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.* P. 124.

ou le futur) ; 1.15. *Conscience interrompue de sa propre action* (perte de souvenirs pendant une certaine période assimilable à un *trou noir* ; peut recouvrir le concept de fugue dissociative) ; 1.16. *Discordance entre expression intentionnée et réellement exprimée* (impression d'être en décalage avec ses propres sentiments ou émotions) ; 1.17. *Perturbations de la fonction expressive du langage*^{305 306}.

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

« *Description générale du domaine : Un sentiment normal de l'existence, du vivre, implique une présence à soi automatique, non réflexive, et une immersion dans le monde (évidente pour soi, naturelle, automatique). Ce concept phénoménologique de la présence propose que, dans nos transactions quotidiennes avec le monde, le sentiment de soi et le sentiment d'immersion dans le monde sont inséparables : Le sujet et l'objet [sont] deux moments abstraits d'une structure unique qui est la présence.* »³⁰⁷ Le deuxième domaine est composé des items : 2.1. *Sentiment amoindri du soi de base* (sentiment envahissant d'être vide, de ne pas exister, d'être sans identité, d'être différent, ainsi qu'une perception négative de soi-même ou une impression subjective de « suradaptation ») ; 2.2. *Distorsion de la perspective en première personne* (qui peut être soit un *sens de la mienneté diminuée*, soit une *distance entre le soi et l'expérience, expérientielle ou phénoménologique* soit une *spatialisation du soi*) ; 2.3. *Autres états de dépersonnalisation psychique (aliénation du soi)* ; 2.4. *Présence diminuée* (sentiment d'être en retrait, inactif, coupé du monde involontairement avec une impossibilité d'être touché ou attiré par celui-ci, qui peut être spécifique ou non, et inclut ou non une déréalisation ou un changement perceptif) ; 2.5. *Déréalisation* (l'environnement est vécu différemment, il peut paraître transformé, mais sans *perturbation de l'appréhension consciente, conceptuelle de la réalité*) ; 2.6. *Hyperréflexivité, réflexivité accentuée* (tendance excessive à se questionner sur ses propres expériences ou actions et à se prendre soi-même comme objet de réflexion) ; 2.7. *Dissociation du « Je »* (sentiment d'être divisé) ; 2.8. *Dépersonnalisation dissociative (expérience extracorporelle)* qui se réfère à une impression d'être en dehors de son propre corps et peut être un sentiment « comme si » ou une réelle hallucination visuelle dissociative ; 2.9. *Confusion d'identité* (impression d'être quelqu'un

³⁰⁵ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.*

³⁰⁶ Englebort, E. & Valentiny C. (2017). *Op. cit.*

³⁰⁷ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.* P.128

d'autre) ; 2.10. *Sentiment de changement par rapport à l'âge chronologique* (sentiment d'avoir un âge différent de l'âge chronologique) ; 2.11. *Sentiment de changement en relation avec le genre* (peur de devenir homosexuel ou doute par rapport à son propre genre) ; 2.12. *Perte du sens commun / perplexité / manque d'évidence naturelle* (incompréhension du sens des évènements, des situations sociales et des objets de la vie quotidienne qui sont traditionnellement traités de manière implicite et automatique) ; 2.13. *Anxiété* (l'anxiété est répartie en différents sous-types tels que *les attaques de panique avec symptomatologie du système nerveux autonome ; anxiété psychique, mentale ; anxiété phobique ; anxiété sociale ; angoisse diffuse, envahissante et flottante ; angoisse paranoïde*) ; 2.14. *Angoisse ontologique* (sentiment d'insécurité inexplicable et persistant accompagné d'un sentiment d'un danger imminent, que le monde est menaçant ou peu fiable, souvent associé à un style de vie qui vise la *préservation de soi* et non la *réalisation de soi*) ; 2.15. *Transparence de la conscience diminuée* (sensation de ne pas être pleinement conscient, attentif ou éveillé) ; 2.16. *Initiative diminuée* (difficulté à initier des actions quotidiennes) ; 2.17. *Hypohédonie* (perte de plaisir) ; 2.18. *Vitalité diminuée* (sentiment persistant ou récurrent de fatigue ou de perte d'énergie inexplicable ^{308 309}).

➤ **Domaine 3 : expériences corporelles**

« *Description générale du domaine : On éprouve normalement une unité et une cohérence psychophysiques, une interaction ou une oscillation normale entre corps « dans lequel on vit », en tant que sujet (en allemand « Leib »), et corps en tant qu'objet physique (« Körper »). En d'autres termes, notre expérience corporelle n'est ni purement objet, ni purement sujet : elle est ces deux aspects, simultanément.* » ³¹⁰ Ce domaine comprend les items suivants : 3.1. *Changements morphologiques* (sensations exacerbées de changements corporels tels que des raccourcissements par exemple) ; 3.2. *Phénomène du miroir* (utilisation excessive du miroir ou évitement dans un but de vérification de soi par exemple) ; 3.3. *Dépersonnalisation somatique (étrangeté corporelle)* ; 3.4. *Inadéquation psychophysique et clivage psychophysique* (impression que le corps et l'esprit ne sont pas bien ajustés, ne forment pas un tout unifié) ; 3.5. *Désintégration corporelle* (sentiment que le corps se désintègre ou tombe en morceaux) ; 3.6. *Spatialisation des expériences corporelles*

³⁰⁸ Englebert, E. & Valentiny C. (2017). *Op. cit.*

³⁰⁹ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.*

³¹⁰ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.* P. 136.

(le corps vécu de façon non spatialisée et siège des émotions et sensations est remplacé par un corps objet aux propriétés spatiales et physiques) ; 3.7. *Expériences cénesthésiques* ; 3.8. *Perturbations motrices* (telles que *pseudo-mouvements corporels*, *interférence motrice*, *blocage moteur*, *sentiment d'une parésie motrice*, *perte des automatismes moteurs*) ; 3.9. *Expériences mimétiques* (*résonance entre son propre mouvement et celui d'autrui*)^{311 312}.

➤ **Domaine 4 : transitivity/trouble de la démarcation de soi**

« *Description générale du domaine : Perte ou perméabilité des limites entre soi et le monde. Ces troubles sont étroitement liés aux troubles de la conscience de soi et de la présence, mais sont traités ici en raison de la nature plus articulée de cette symptomatologie.* »³¹³ Les items suivants composent ce domaine : 4.1. *Confusion avec autrui* (sentiment, anxiogène et envahissant, de se mélanger avec autrui et de ne plus savoir quelles pensées, sentiments ou expressions lui appartiennent) ; 4.2. *Confusion avec sa propre image spéculaire* (difficulté à reconnaître sa propre image à travers une image spéculaire (par exemple dans une vitrine) ou sur un portrait) ; 4.3. *Contact corporel menaçant* (le contact corporel est vécu comme menaçant, soit pour l'autonomie/l'existence, soit parce qu'il provoque l'impression de cesser d'exister) ; 4.4. *Sentiment d'influence* (humeur de passivité, sentiment d'être à la merci du monde, oppressé par la possibilité de l'imminence d'un événement négatif sans thématization particulière) ; 4.5. *Autres phénomènes de transitivity*^{314 315}.

➤ **Domaine 5 : réorientation existentielle**

« *Description générale du domaine : Le patient fait l'expérience d'une réorientation fondamentale de sa vision générale ou métaphysique du monde, et/ou de la hiérarchie de ses valeurs, de ses projets et de ses centres d'intérêt. Fondamentalement, les expériences d'anomalies de la conscience de soi sont ici mises en acte, et ainsi exprimées dans l'existence même du sujet. [Les items 5.1 à 5.6 font référence à des] expériences d'allure solipsiste [...] : Le patient se perçoit en quelque sorte comme étant un ou le sujet unique dans le monde (littéralement, ou au sens d'un*

³¹¹ Parnas, J., Möller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.*

³¹² Englebert, E. & Valentiny C. (2017). *Op. cit.*

³¹³ Parnas, J., Möller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.* P. 138.

³¹⁴ Parnas, J., Möller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.*

³¹⁵ Englebert, E. & Valentiny C. (2017). *Op. cit.*

phénomène de centralité). Il peut avoir le sentiment fugace de posséder des dons ou des pouvoirs extraordinaires (comme s'il était un créateur de génie). Il peut éprouver le monde extérieur comme le fruit de sa propre imagination (le monde devient dépendant de son esprit) ; il peut aussi ressentir les capacités constitutives de son propre esprit (accès expérientiel à son « inconscient cognitif ») »³¹⁶. Ce dernier domaine comporte les items suivants : 5.1. *Phénomènes primaires de référence à soi* (sentiment qu'il y a un lien direct entre lui-même et les événements extérieurs) ; 5.2. *Sentiment de centralité* (sentiment éphémère de se sentir comme s'il était le centre de l'univers) ; 5.3. *Sentiment « comme si » le champ de l'expérience du sujet était la seule réalité qui existe 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 de celui des autres* ; 5.5. *Sentiments « comme si » le monde ressenti n'était pas réel, n'existait pas, et comme si celui-ci n'était qu'une apparence, une illusion, ou une tromperie* ; 5.6. *Idées magiques (impliquant une causalité non physique), liées au mode d'expérience du sujet* ; 5.7. *Changement existentiel ou intellectuel* (nouvelles préoccupations existentielles, métaphysiques, philosophiques ou psychologiques, qui ne sont pas présentes habituellement) ; 5.8. *Grandeur solipsiste* (sentiment de supériorité souvent associé à la possession de dons extraordinaires et teintés de maniérisme)^{317 318}.

Pour le recueil des données, comme dans le mémoire de Valentiny³¹⁹, une prise de note des éléments d'anamnèse et des éléments potentiellement pertinents pour la cotation de la EASE a été privilégiée aux enregistrements vidéo ou audio. En effet, cela nous paraissait la méthode la plus adéquate pour favoriser l'émergence d'une relation de confiance. De plus, cela permet d'éviter tous les éventuels « tracas » que pourrait provoquer un enregistrement pour les patients plus paranoïdes par exemple, et de permettre une parole plus libre et spontanée d'une certaine manière. Cependant, l'intégralité des entretiens n'a pas été retranscrite, seuls les éléments importants ont été ciblés afin de garder une bonne disponibilité dans la relation.

³¹⁶ Parnas, J., Möller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.* P. 139.

³¹⁷ Parnas, J., Möller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.*

³¹⁸ Englebert, E. & Valentiny C. (2017). *Op. cit.*

³¹⁹ Valentiny, C., Englebert, J., Mormont, Chr. & Tirtiaux, Fr. (n.d.). *Op. cit.*

3.2. Méthode d'analyse

Les analyses statistiques ont été effectuées sur le logiciel statistique JASP. Ce logiciel a été privilégié surtout pour des raisons d'accessibilité et de facilité.

Dans un premier temps, la normalité des variables a été testée grâce au test Shapiro-Wilk. Dans cette première analyse, nous avons constaté que la normalité de la variable dépendante ASI est violée ($p=0.001$). L'absence de normalité va amener l'utilisation de tests non paramétriques pour les analyses concernées.

Ensuite, le calcul de l'alpha de Cronbach a été réalisé pour chaque échelle afin de s'assurer de la validité des mesures. Notamment parce que l'échelle ASI n'a pas encore été validée en français (la validation dans une population francophone est toujours en cours). De plus, une analyse en composante principale sera également réalisée afin de vérifier la structure factorielle de l'ASI.

Nous effectuerons une corrélation de Spearman, à la suite de la violation de la variable ASI, pour tester les hypothèses 2a (l'ASI est corrélé positivement à l'ASQ interne et externe) et 2b (la corrélation entre l'ASI et l'ASQ interne est plus importante que la corrélation entre l'ASI et l'ASQ externe). En d'autres termes, nous étudierons les relations entre les variables ASI, ASQ interne et ASQ externe.

Une régression linéaire simple a été effectuée pour savoir si le contrôle attentionnel pour les stimuli internes est capable de prédire le score obtenu au questionnaire ASI. Une régression non linéaire aurait dû être privilégiée au vu de la non-normalité ASI, mais cela n'a malheureusement pas été possible.

Un test U de Mann-Whitney ou test de la somme des rangs de Wilcoxon, l'équivalent du test t de student pour échantillons indépendants, sera utilisé afin de tester s'il y a une différence significative entre les groupes (patients VS contrôle) aux différents scores (ASI, ASQ interne, ASQ externe). Notamment pour répondre aux hypothèses 3a (ASI significativement plus élevé chez les patients comparés aux sujets contrôle), 3b (scores ASQ significativement différents en fonction du groupe) et 3c (plus spécifiquement, les scores ASQ internes sont significativement plus élevés chez les patients).

L'ensemble des résultats statistiques se trouve en annexe 4.

Présentation des résultats

1. Validité des mesures

L'alpha de Cronbach a été calculé pour les deux questionnaires utilisés pour l'ensemble des prochaines analyses afin de vérifier la fidélité des échelles. Ceci n'a été réalisé que pour la population « tout-venant » compte tenu de la petite taille de l'échantillon de la population schizophrénique. L'Aberrante Saliency Inventory montre une bonne cohérence interne ($\alpha=0.91$). Concernant l'Attentional Style Questionnaire (ASQ), il y avait une bonne cohérence interne avec un alpha Cronbach égal à 0.80 pour le premier facteur, et égal à 0.77 pour le second.

Tableau 2 : Validité des différentes mesures

	Nombre d'items	α de Cronbach
ASQ interne	7	0.77
ASQ externe	5	0.80
ASI	29	0.91

2. Analyses statistiques

2.1. Test de l'hypothèse 1

Une analyse en composante principale a été réalisée afin de confirmer la structure factorielle de l'ASQ. Comme dans l'article de Van Calster & al. (2018), l'extraction de deux facteurs a été recommandée par les analyses statistiques. En effet, deux facteurs semblent suffisants pour obtenir un bon modèle ($\chi^2 = 123.379$, $p < 0.001$). Les items (1), (3), (8), (11) et (12) composent le premier facteur, tandis que les items (2), (4), (5), (6), (7), (9) et (10) composent le deuxième facteur.

Tableau 3: Résultats de l'analyse en composante principale pour le questionnaire ASQ

Items	Analyse en composante principale	
	Facteur 2 (ASQ interne)	Facteur 1(ASQ externe)
Item 1	.	0.798
Item 10	0.522	.
Item 11	.	0.805
Item 12	.	0.671

Item 2	0.497	.
Item 3	.	0.514
Item 4	0.551	.
Item 5	0.632	.
Item 6	0.739	.
Item 7	0.731	.
Item 8	.	0.718
Item 9	0.632	.

2.2. Test des hypothèses 2a et 2b

Pour répondre aux hypothèses 2a et 2b, nous avons opté pour des corrélations de Spearman à la suite de la violation de la normalité expliquée dans le point 3.2. Les résultats montrent que la relation entre la saillance aberrante calculée par le questionnaire ASI et l'attention externe calculée par le questionnaire ASQ (externe) est non significative ($r=0.089$; $p=0.245$). Tandis que la relation entre la saillance aberrante et l'attention interne est, quant à elle, significative ($r=0.246$; $p=0.001$) avec une probabilité de dépassement inférieur à 0.05. La corrélation est positive, c'est-à-dire que quand le score au ASQ interne augmente, le score ASI augmente également. Notons que plus le score ASQ est élevé, moins le contrôle attentionnel est élevé. Nous pouvons donc résumer ce résultat par le fait que plus la personne présente un contrôle attentionnel faible pour les processus interne, plus elle présente une saillance aberrante élevée. Contrairement à notre hypothèse 2a, un contrôle attentionnel bas ne peut à lui seul entraîner un score élevé au questionnaire ASI. Par contre, un contrôle attentionnel faible pour l'attention interne est fortement associé à la saillance aberrante, ce qui confirme l'hypothèse 2b. Notons qu'il y a également une corrélation significative entre les scores obtenus à l'ASQ interne et ceux qui ont été obtenus à l'ASQ externe ($r=0.237$; $p=0.002$).

2.3. Test de l'hypothèse 2c

Nous avons décidé de faire une régression linéaire du score de saillance aberrante (variable ASI) sur le contrôle attentionnel interne (variable ASQ interne). Ce modèle explicatif peut être considéré comme pertinent avec une statistique F égale à 14,07 et une probabilité de dépassement de $<0,001$ (et un r^2 de 0.076). Il y a donc un effet significatif du score obtenu à l'ASQ interne sur l'ASI. Cependant, ce résultat doit être interprété avec davantage de précautions, car plusieurs prémisses de la régression linéaire ont été violées. En effet, la linéarité n'est pas respectée, de même que la normalité de certaines variables. Nous aurions dû procéder à une régression non linéaire,

mais par manque de temps et de connaissances du logiciel JASP, cela n'a malheureusement pas été possible.

2.4. Test des hypothèses 3a et 3b

Un test U de Mann-Whitney a été effectué afin de tester l'hypothèse d'une différence entre les groupes (patients VS contrôle) aux différents scores (ASI, ASQ interne, ASQ externe). Les résultats ont montré que les participants ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ont un score de saillance aberrante significativement plus élevé ($M=20.10$; $SD=5.271$) que ceux qui appartiennent au groupe contrôle ($M=13.34$; $SD=7.209$; $U=702.000$, $p<0.001$). Par conséquent, comme attendu, la population schizophrénique montre un score plus élevé pour l'ASI³²⁰.

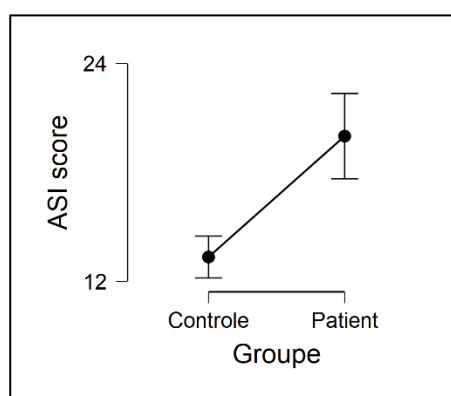


Figure 1 : Le score de la saillance aberrante obtenu en fonction du groupe (patient ou contrôle). Les barres d'erreurs représentent les intervalles de confiance à 95 %.

En revanche, il ne semble pas y avoir un style attentionnel spécifique à la schizophrénie en regard des résultats obtenus dans la présente étude. En effet, le groupe contrôle ($M=26.43$, $SD=6.479$) et le groupe de patients ($M=25.40$, $SD=5.744$) n'ont montré aucune différence significative pour l'ASQ interne ($U=1735.000$, $p=0.305$). Les résultats au test U de Mann-Whitney ont montré un $U=1284.500$, avec une probabilité de dépassement égale à 0.261, donc supérieure à 0.05. Il n'y a donc pas non plus de différences significatives entre les deux groupes (groupe contrôle $M=16.66$, $SD=5.174$; groupe patient $M=17.95$, $SD=3.993$) pour le ASQ externe.

³²⁰ Cicero, D. C., Kerns, J. G. & McCarthy, D. M. (2010). *Op. cit.*

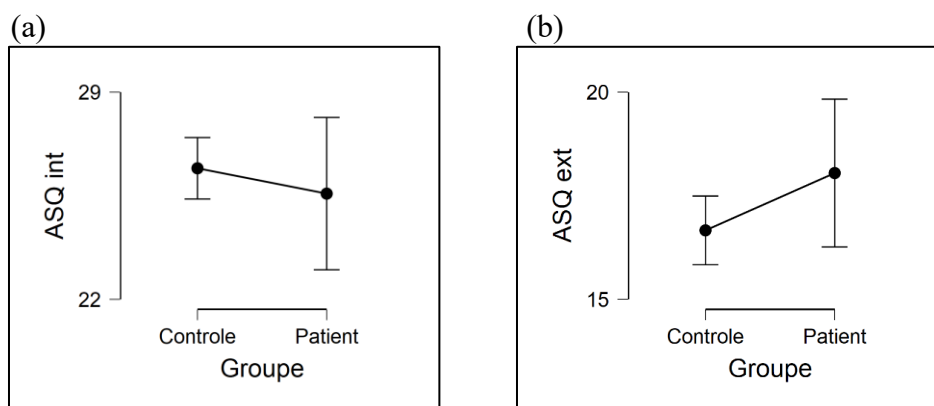


Figure 2 : Les scores du contrôle attentionnel lors de distracteurs internes (a) ou externes (b) obtenus en fonction du groupe (patient ou contrôle). Les barres d'erreurs représentent les intervalles de confiance à 95 %.

2.5. Corrections

Notons que certains patients de notre échantillon souffraient de schizophrénie affective. En effet, les patients avec un trouble bipolaire associé aux symptômes psychotiques peuvent présenter des profils différents. Souvent, les difficultés cognitives sont rapportées moins sévères dans les troubles bipolaires, par exemple, car elles sont « *essentiellement présentes lors des épisodes thymiques, avec une restitution ad-integrum lors du retour à l'euthymie, et présentant une évolution non déficitaire sur le long cours* ». ³²¹ Il semble que ce soient les symptômes psychotiques qui prédisent mieux les déficits cognitifs que la catégorie diagnostique. Par conséquent, des patients bipolaires présentant des symptômes psychotiques montrent des difficultés cognitives plus importantes que ceux qui n'ont pas de symptômes psychotiques. ³²² Quoi qu'il en soit, pour que les résultats ne soient pas biaisés et que la différence entre les groupes ne soit pas atténuée par l'inclusion de patients avec une schizophrénie affective, nous avons reproduit les résultats en les excluant de l'échantillon. Cependant, aucune différence n'a été notée. De manière générale, les résultats restaient inchangés avec ou sans le retrait des patients avec une schizophrénie affective. Nous avons donc pris la décision de ne pas les exclure de l'étude. Une comparaison entre les sous-groupes du groupe patients aurait été intéressante, mais très périlleuse en vue de la très petite taille

³²¹ Vidailhet, P. (2009). Psychose, troubles bipolaires et cognition. *L'Encéphale*, 35, S164-S167. P. 164.

³²² Vidailhet, P. (2009). Psychose, troubles bipolaires et cognition. *L'Encéphale*, 35, S164-S167. *Op.cit.*

des échantillons (groupe avec une schizophrénie (SCZ) n=17 et groupe avec une schizophrénie affective (SZA) n= 3).

3. Analyse des entretiens

Cette partie met en lien les styles attentionnels avec l'hypothèse phénoménologique d'hyperréflexivité. La EASE a été administrée uniquement aux patients schizophrènes qui avaient dû remplir préalablement les différents questionnaires. Pour des raisons pratiques, l'entretien EASE n'a pu être réalisé auprès de tous les patients. Nous avons alors choisi un nombre plus restreint de patients sélectionnés sur base de leurs réponses aux questionnaires ASQ. Malheureusement, la sélection était également limitée. Premièrement, les patients qui ont rempli les questionnaires dans le service CAP ne pouvaient être sélectionnés pour la deuxième partie de l'étude en raison d'un manque d'encadrement. En effet, la passation des EASE était préférable dans le service Cadran sous la supervision du docteur Monville et de son équipe déjà familiers avec cet outil. De plus, certains patients n'étaient plus présents dans le service une fois terminée la récolte des données pour la première partie de l'étude. Par conséquent, les patients pouvant être sélectionnés se trouvent ci-dessous :

<i>Patients</i> ³²³	<i>Age</i>	<i>Sexe</i>	<i>Nbr d'années d'études</i>	<i>ASQ int.</i>	<i>ASQ ext.</i>	<i>ASI</i>
Chloé	40	Femme	12	35	10	26
Bruno	30	Homme	12	26	21	19
Nadia (SZA)	55	Femme	16	15	17	27
Maxime	27	Homme	11	26	17	24
Carole (SZA)	54	Femme	12	19	12	18
Sophie	52	Femme	12	24	18	18
				Moyenne	25.40	17.95
				Minimum	15	10
				Maximum	41	25

Les patients qui ont été sélectionnés sont Chloé, Bruno, Nadia et Sophie. Chloé a été sollicitée parce qu'elle présentait le score ASQ interne le plus haut (35), c'est-à-dire qu'elle présente un contrôle attentionnel faible pour les stimuli internes, et à contrario, elle a le score le plus bas au ASQ externe (10), traduisant un contrôle attentionnel très élevé pour les stimuli externes. Bruno, lui, a

³²³ Les prénoms ont été inventés pour garantir l'anonymat.

obtenu le score le plus élevé pour l'ASQ externe. En d'autres termes, il a un contrôle attentionnel faible pour les informations sensorielles afférentes liées à l'environnement extérieur. Notons que, pour le score ASQ interne, il se trouve totalement dans la moyenne. Nadia a été sélectionnée bien qu'elle souffre d'une schizophrénie affective, parce qu'elle présentait le score d'ASQ interne le plus bas, donc un bon contrôle attentionnel pour les distracteurs générés à l'interne. Il est également intéressant de noter que les trois patients ayant une schizophrénie affective présentaient également des scores plutôt bas au ASQ interne par rapport à la moyenne (Nadia (15) et Carole (19) présentaient les scores les plus bas parmi l'ensemble de l'échantillon du groupe patients (n=20). Deux autres patients avec schizophrénie ont présenté un score de 20, mais ne sont pas repris ici, car le premier patient a été testé plus tôt dans l'année et n'était plus dans le service pendant la passation des EASE, et le second appartenait au service CAP. Parmi les patients pouvant participer aux entretiens, Sophie était celle qui présentait le score ASQ interne le plus bas en excluant les patients avec une schizophrénie affective. Cependant, il est important de noter qu'elle présente un score de 24, qui est particulièrement proche de la moyenne. Par conséquent, Nadia et Sophie ont toutes deux été sélectionnées. De plus, Sophie a présenté des scores aussi bien internes qu'externes particulièrement proches de la moyenne (ASQ int. = 24 (M=25.40) ; ASQ ext. =18 (M=17.95)). Son profil était donc intéressant à examiner également pour cette raison. L'ensemble des résultats individuels pour tous les patients se trouve dans l'annexe 3.

3.1. Entretiens semi-structurés – Rencontre avec Chloé (14)

3.1.1. Éléments anamnestiques

Chloé est une femme de 40 ans qui se décrit comme sociable. En effet, quand elle habitait à Marche, il y avait toujours beaucoup de monde chez elle pour boire un café ou des bières, nous dit-elle. Elle a été hospitalisée dans un autre service pour soigner sa dépendance avant d'arriver dans le service Cadran. Elle dit qu'elle ne souffrait pas réellement d'alcoolisme, et qu'on aurait plutôt dû hospitaliser son mari à sa place. Elle nous explique d'ailleurs boire à la place de son mari pour qu'il arrête de boire. Elle a l'impression que, chaque fois qu'elle se dispute avec son mari, il la fait entrer dans un hôpital psychiatrique. Elle explique également que c'est la sœur de sa meilleure amie qui l'a droguée pour qu'elle soit admise ici afin qu'elle puisse lui voler ses pièces de collection. Elle résume l'histoire de sa maladie en déclarant : « 20 ans qu'on m'a déclaré du

schizophrène, 20 ans que je suis décalée du monde ». Elle est actuellement sur la mutuelle, mais a déjà travaillé dans un hôtel, une crêperie puis un restaurant. Elle a déjà eu une crise d'épilepsie à la suite d'une tentative de suicide, ainsi qu'une commotion à l'âge de 8 ans. Elle a tenté de suicider en utilisant un surdosage de médicaments, car elle était particulièrement malheureuse à cause de sa main. Elle a subi une malformation de la main in utero causée par le cordon médical qui était enroulé autour de celle-ci. Elle n'arrivait plus à l'accepter, c'était trop difficile. D'ailleurs, elle décrit sa mère comme quelqu'un qui montre sans cesse sa main aux autres et Chloé a le sentiment qu'elle lui reproche son handicap. Elle décrit son enfance comme sans soucis, mais nous exprime qu'elle a souvent été rabaissée. Lors des différents entretiens Chloé avait beaucoup de difficultés à retenir ses larmes dès qu'elle discutait d'un sujet qui la touchait. Notamment, elle nous a beaucoup parlé de son chien qui se trouve actuellement à la SPA, sûrement à la suite de son hospitalisation. Elle avait un discours peu structuré et montrait quelque difficulté à se concentrer pendant les séances.

3.1.2. Analyse

Chloé a présenté pour l'ensemble des domaines un total de 29 items sur 57 (c'est-à-dire 50.87 %). Le domaine 1 (*Cognition et cours de la pensée*) montre le résultat le plus élevé : 11 items présents sur 17 (64.70 %). Le second domaine pour lequel le discours présentait le plus d'affinités avec l'échelle EASE est le domaine 5 (*Réorientation existentielle*) avec 5 items remplis sur 8, soit 62.50 %. Ensuite troisièmement, les domaines les plus représentés sont le domaine 2 (*Troubles de la conscience de soi et de la présence*) avec 8 items remplis sur 18, soit 44.44 % et le domaine 3 (*Expériences corporelles*) pour lequel 4 items sont représentés sur 9. Finalement vient le domaine 4 (*Transitivisme – troubles de la démarcation de soi*), qui montre le moins d'affinité avec le discours recueilli de Chloé, avec 1 item présent sur 5 (20 %).

Les items les plus représentés chez Chloé (+++) sont les items 5.4. *Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire* et 5.6. *Idées magiques liées au mode d'expériences du sujet*. En second lieu, avec une note ++, sont les items 1.1. *Interférence de la pensée* et 5.1. *Phénomènes primaires de référence à soi*.

Tableau 4 : Nombre et % d'items de l'échelle EASE représentés dans les entretiens avec Chloé.

EASE	Items représentés	% d'items représentés
Domaine 1	11/17	64.70 %
Domaine 2	8/18	44.44 %

Domaine 3	4/9	44.44 %
Domaine 4	1/5	20.00 %
Domaine 5	5/8	62.50 %
Total	29/57	50.87 %

3.2. Entretiens semi-structurés – Rencontre avec Bruno (15)

3.2.1. Élément anamnestique

Bruno est âgé de 30 ans. Il vit seul et n'a ni compagne, ni enfant. Cette situation l'affecte et il se pose beaucoup de questions par rapport à cela. Il décrit sa vie comme un chaos qui dure depuis 10 ans. Il a fait de la prison et il est toujours en suivi judiciaire. Il aimerait s'en sortir. Pour ce faire, il nous dit avoir déjà arrêté sa consommation de cannabis. Il explique avoir commencé la drogue parce que, dès son plus jeune âge, il se sentait mal dans sa peau. Il se sent comme quelqu'un d'anormal. A l'école, il a subi beaucoup de moqueries, insultes ou autres, mais il explique que ce n'était pas seulement lui qui était touché. Il décrit son école de manière générale sans respect. A cette période il se décrit comme un enfant déchaîné. Cependant, il pense avoir eu une enfance facile, et s'entend bien avec sa famille. Son papa est la personne dont il est le plus proche, et il le voit comme un grand ami pour lui. Il est particulièrement affecté et anxieux pour la santé de celui-ci, qui a malheureusement développé un cancer du poumon. Le contact avec sa maman est moins constant, il nous explique qu'à certains moments c'est plus difficile avec elle. C'est sa maman qui a appelé pour qu'il soit hospitalisé, car il se mutilait pour qu'elle lui donne de l'argent. Il nous explique savoir qu'il a *des phases bizarres* et que c'est pour cela qu'il est ici. Par exemple, il pense que des esprits hantent chez lui. D'ailleurs il se tracasse de comment il va retrouver son appartement quand il va rentrer chez lui, car son divan se fait dévorer par quelque chose, des yeux qui grandissent de plus en plus. Il ne se montre pas particulièrement impatient de retourner chez lui et exprime qu'il se sent en sécurité à l'hôpital. Notons qu'il a particulièrement peur que des terroristes viennent chez lui pour le tuer, *J'ai peur qu'ils viennent me tuer chez moi, c'est super facile s'ils veulent me traîner hors de chez moi. Ils veulent m'attaquer mais je ne sais pas pourquoi, peut-être que je suis la clé ou important, mais je ne sais pas comment l'expliquer.* Cette idée, d'ailleurs, est très présente chez Bruno et certaines de ses explications ont été soudainement coupées par le fait qu'il ne faut pas trop parler de ça en ce moment, on va changer de sujet, c'est encore trop sensible d'en parler maintenant.

3.2.2. Analyse

Bruno a montré un total de 30 items sur 57, soit 52.63 %, pour l'ensemble des domaines. Le domaine le plus représenté est le domaine 2 (*Troubles de la conscience de soi et de la présence*), avec 13 items remplis sur 18 (72.22 %). Suivi du domaine 3 (*Expériences corporelles*) avec 5 items présents sur 9 (55.55 %). Le troisième domaine le plus exploré est le domaine 1 (*Cognition et cours de la pensée*) avec 9 sur 17 items (52.94 %) représentés, qui précède le domaine 5 (*Réorientation existentielle*) dans lequel 3 items sur 8 ont été exprimés (37.50 %). Finalement, aucun item n'a été rempli pour le domaine 4 (*Transitivisme – troubles de la démarcation de soi*).

Premièrement, les items les plus représentés chez Bruno (+++) sont les items 1.6. *Ruminations-Obsessions* (sous-type 2 : *ruminations secondaires*) et 2.13 *Anxiété* (sous-type 6 : *angoisse paranoïde et sous-type 2 : anxiété psychique, mentale*). Deuxièmement, avec une note ++ sont les items 1.1. *Interférence de la pensée*, 2.1. *Sentiment amoindri du soi de base*, 2.6. *L'hyper-réflexivité* et 2.13. *Anxiété* (sous-type 4 : *anxiété sociale*).

Tableau 5 : Nombre et % d'items de l'échelle EASE représentés dans les entretiens avec Bruno.

EASE	Items représentés	% d'items représentés
Domaine 1	9/17	52,94 %
Domaine 2	13/18	72.22 %
Domaine 3	5/9	55.55 %
Domaine 4	0/5	0 %
Domaine 5	3/8	37,50 %
Total	30/57	52,63 %

3.3. Entretiens semi-structurés – Rencontre avec Nadia (16)

3.3.1. Élément anamnestique

Nadia est âgée de 55 ans. Elle est hospitalisée depuis quelques semaines quand je la rencontre. Elle est originaire du Maroc. Elle est arrivée en Belgique il y a 24 ans environ. Elle est mère de deux enfants, le premier à 23 ans, et le second à 20 ans. Elle m'explique qu'elle vit seule avec le plus jeune de ses fils et semble beaucoup se tracasser pour ses enfants. Lors des séances, ceux-ci ont téléphoné à plusieurs reprises. Nadia est divorcée et semble avoir été déçue par son mariage. Lors de la première séance, elle semble fort tracassée par la mort, et elle parle beaucoup

de son père qui est malheureusement malade. Elle a très peur qu'il décède avant qu'elle puisse lui rendre visite. Elle raconte qu'elle a toujours été très proche de son père et même qu'elle était sa préférée. Sa mère est décédée il y a quelques années. Petite, elle se décrit comme distraite et en manque d'affection par rapport à sa mère. Elle a eu un accident de voiture à 18 ans qui a provoqué des problèmes de mémoire qui lui ont valu beaucoup d'échecs lors de sa première année d'université. Elle s'est inscrite ensuite dans une autre école supérieure où elle a réussi son bachelier sans grande difficulté. Elle a toujours été révolutionnaire dès son enfance, mais son père ne la laissait pas tout faire. Elle a toujours travaillé dans le milieu de l'art, semble-t-il, et a déjà eu son propre atelier. Nadia est encore marquée par la perte de celui-ci, une période à laquelle elle a tout perdu selon elle et qui reste une période difficile pour elle. Elle se définit comme quelqu'un de très sociable, qui a toujours eu beaucoup d'amis. Elle considère être hospitalisée à tort, elle n'estime n'avoir aucun trouble psychologique, mais uniquement un problème au cœur. En effet, elle est à l'hôpital parce qu'il y a quelques semaines, elle a eu un infarctus. Ce jour-là, elle s'est vue mourir et nous a expliqué son voyage dans un autre monde. Elle reste persuadée que son cœur peut lâcher à tout moment, et a très peur d'y rester cette fois-ci. Nadia était très enthousiasmée à l'idée de participer à l'étude et a voulu continuer même lorsque tous les thèmes étaient abordés.

3.3.2. Analyse

Nadia a exposé pour l'ensemble des domaines un total de 24 items sur 57 (c'est-à-dire 42.11 %). Le domaine 5 (*Réorientation existentielle*) présente le résultat le plus élevé : 5 items présents sur 8 (62.50 %). Le second domaine pour lequel le discours présentait le plus d'affinités avec l'échelle EASE est le domaine 1 (*Cognition et cours de la pensée*) avec 9 items remplis sur 17, soit 52.94 %. Suivi du domaine 2 (*Troubles de la conscience de soi et de la présence*) avec 7 items remplis sur 18, soit 38.88 %. Ensuite, le domaine 3 (*Expériences corporelles*) pour lequel 2 items sont représentés sur 9 (22.22 %). Finalement vient le domaine 4 (*Transitivisme – troubles de la démarcation de soi*) avec seulement 1 item présent sur 5 (20.00 %).

Le seul item à avoir obtenu la note la plus élevée (+++) chez Nadia est l'item 2.6. *L'hyper-réflexivité*. Les autres items les plus représentés chez elle (++) sont les items 1.6. *Ruminations-Obsessions (sous-type 2 : ruminations secondaires)*, 2.2. *Distorsion de la perspective en première personne (sous-type 1 : mienneté/qualité du sujet)*, 5.1. *Phénomènes primaires de référence à soi*

et 5.4. Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire

EASE	Items représentés	% d'items représentés
Domaine 1	9/17	52.94 %
Domaine 2	7/18	38.88 %
Domaine 3	2/9	22.22 %
Domaine 4	1/5	20.00 %
Domaine 5	5/8	62.50 %
Total	24/57	42.11 %

Tableau 6 : nombre et % d'items de l'échelle EASE représentés dans les entretiens avec Nadia.

3.4. Entretiens semi-structurés – Rencontre avec Sophie (20)

3.4.1. Élément anamnestique

Sophie est une femme âgée de 52 ans. Elle vit actuellement seule avec son petit chien. Elle n'a pas d'enfant. Elle se décrit comme quelqu'un de très anxieux. Elle nous raconte avoir tellement « *fabulé* » que sa famille l'a retrouvée cachée dans un arbre avant qu'elle n'arrive à l'hôpital. Sa maladie a commencé à l'âge de 29-30 ans. Elle nous décrit la schizophrénie comme un combat de tous les jours. Elle semble très proche de sa mère. Sophie nous explique que parfois c'est difficile de parler de sa maladie avec sa mère, car celle-ci a fort difficile à l'accepter. Sophie n'a pas eu une enfance facile. Il y a eu de l'inceste dans sa famille ce qui l'a bien entendu beaucoup marquée. Elle nous explique qu'elle est l'aînée de sa famille et qu'elle a réussi à échapper à son père en courant près de sa mère pour se protéger. Cependant, son frère et sa sœur ont quant à eux subi l'inceste de leur père. Ses parents ont ensuite divorcé. Sa mère s'est réfugiée dans un refuge de femme battue avec Sophie, son frère et sa sœur. Elle garde de mauvais souvenirs de ce centre qu'elle nous dépeint comme un taudis. Par la suite, elle a été envoyée à l'internat avec sa sœur et a très mal vécu la séparation avec sa mère. Elle nous raconte qu'elle a commencé à travailler très tard, car elle était une jeune fille particulièrement renfermée sur elle-même et extrêmement timide. Elle a surtout travaillé comme aide-ménagère. D'ailleurs, elle n'a jamais osé être employée et a toujours préféré travailler en noire chez des connaissances. Elle est actuellement divorcée et elle suspecte que son ex-mari pratiquait la magie noire sur elle ce qui a provoqué l'apparition de ses voix quand elle l'a quitté. Elle se voit comme quelqu'un de très courageuse et à l'écoute des autres. Elle souffre beaucoup à cause de ses voix qui en général la persécutent. Ses voix ont commencé

progressivement nous explique-t-elle et disparaissent que très rarement.

3.4.2. Analyse

Sophie a présenté pour l'ensemble des domaines un total de 21 items sur 57 (c'est-à-dire 36.84 %). Le domaine 1 (*Cognition et cours de la pensée*) présente le résultat le plus élevé avec 10 items remplis sur 17 (58.82 %). Suivi du domaine 2 (*Troubles de la conscience de soi et de la présence*) avec 7 items présents sur 18, soit 38.88 %. Le prochain domaine pour lequel le discours présentait le plus d'affinités avec l'échelle EASE est le domaine 3 (*Expériences corporelles*) pour lequel 2 items sont représentés sur 9 (22.22 %). Ensuite, vient le domaine 4 (*Transitivisme – troubles de la démarcation de soi*) avec seulement 1 item présent sur 5 (20.00 %). Finalement, le domaine 5 (*Réorientation existentielle*) était le moins représenté avec 1 item rempli sur 8 (12.50 %)

Premièrement, les items les plus représentés chez Sophie (+++) sont les items 1.1. *Interférence de la pensée*, 1.2. *Perte de l'ipséité* et 2.2. *Distorsion de la perspective en première personne (Sous-type 1 : mienneté / qualité du sujet)*. Deuxièmement, avec une note ++ sont les items 2.13. *Anxiété (Sous-type 6 : angoisse paranoïde)* et 3.3. *Dépersonnalisation somatique (étrangeté corporelle)*.

EASE	Items représentés	% d'items représentés
Domaine 1	10/17	58.82 %
Domaine 2	7/18	38.88 %
Domaine 3	2/9	22.22 %
Domaine 4	1/5	20.00 %
Domaine 5	1/8	12.50 %
Total	21/57	36.84 %

Tableau 7 : nombre et % d'items de l'échelle EASE représentés dans les entretiens avec Sophie.

4. Analyse transversale des entretiens

4.1. Analyse générale

Le pourcentage total d'items représentés chez chaque patient varie entre 36,84 % et 52,63 %, ce qui équivaut à un score moyen de 45,61 %. Nous pouvons constater que c'est Bruno (52,63 %) qui a le pourcentage d'items représentés le plus élevé, suivi de Chloé (50,87 %), Nadia (42,11 %) et

finalement Sophie (36,84 %). Il est intéressant de noter que Bruno est le patient le plus jeune de ce petit échantillon (30 ans), tandis que Nadia et Sophie sont les plus âgées (une cinquantaine d'années). Ces résultats peuvent être mis en lien avec l'hypothèse soulignée par Englebert et Valentiny (2017) selon laquelle les plaintes de l'expérience de soi ont tendance à diminuer avec l'âge et à ne plus se trouver à l'avant-plan comme dans les premiers épisodes de la maladie ³²⁴. Cependant, il est possible que ce résultat soit lié à d'autres facteurs comme mon manque d'expérience ou encore les difficultés de langage qui peuvent rester un obstacle, surtout compte tenu de la nature préreflexive des expériences rapportées ³²⁵. Rappelons que Nadia a, contrairement aux autres patients, reçu un diagnostic de schizophrénie affective. Le tableau ci-dessous donne une vision plus générale du pourcentage d'items représentés pour chaque domaine :

	<i>Chloé</i>	<i>Bruno</i>	<i>Nadia</i>	<i>Sophie</i>
Domaine 1	64.70 %	52,94 %	52.94 %	58.82 %
Domaine 2	44.44 %	72.22 %	38.88 %	38.88 %
Domaine 3	44.44 %	55.55 %	22.22 %	22.22 %
Domaine 4	20.00 %	0 %	20.00 %	20.00 %
Domaine 5	62.50 %	37,50 %	62.50 %	12.50 %

Nous pouvons remarquer que le domaine 4 paraît dans l'ensemble un des domaines les moins représentés chez nos quatre patients interrogés. Le domaine 1 est quant à lui très représenté chez les participants. En effet, c'est celui qui présente le plus d'affinités avec le discours rapporté pour 2 patients. D'ailleurs, chaque participant a présenté un pourcentage supérieur à 50 % pour ce domaine. Le domaine 5, quant à lui, montre le plus grand contraste entre les participants avec une note très élevée pour Nadia (62,50 %) et, à contrario, une note particulièrement faible pour Sophie (12,50 %). Le domaine 2 est très représenté chez Bruno avec 72,22 %, mais reste plutôt stable, c'est-à-dire entre 35 et 45 %, chez les autres participants. Enfin, le domaine 3 est plus représenté chez Chloé et Bruno que chez Nadia et Sophie.

<i>Domaines et sous-domaines</i>	<i>Cotation</i>			
<i>1. Cognition et cours de la pensée</i>	Chloé	Bruno	Nadia	Sophie
1.1 Interférence de la pensée	++	++	+	+++
1.2 Perte de l'ipséité	+	+	+	+++
1.3 Pression de la pensée	+	+	0	+
1.6 Ruminations – obsessions	+	+++	++	+

³²⁴ Englebert, E. & Valentiny C. (2017). *Op. cit.*

³²⁵ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.*

<i>Sous-type 2 : ruminations secondaires</i>	+	+++	++	
<i>Sous-type 4 : pseudo-obsession</i>				+
1.7 Perceptualisation du discours intérieur, ou de la pensée	+	+	+	+
<i>Sous-type 1 : Perceptualisation interne</i>			+	+
<i>Sous-type 3 : Perceptualisation interne avec symptômes de premiers rangs</i>	+			
<i>Sous-type 4 : Perceptualisation externe</i>		+	+	
1.8 Spatialisation de l'expérience	+	+	+	0
1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités de l'intentionnalité	+	0	+	+
1.12 Perturbations attentionnelles	+	0	+	+
1.14 Perturbation de l'expérience du temps	+	+	+	+
<i>Sous-type 1 : perturbation de l'expérience subjective du cours du temps</i>		+	+	+
<i>Sous-type 2 : perturbation du temps existentiel</i>	+	0	0	+
2. Troubles de la conscience de soi et de la présence				
2.1 Sentiment amoindri du soi de base	+	++	0	+
<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>	+	+	++	+++
2.4 Présence diminuée	+	+	0	0
2.5 Déréalisation	0	+	+	0
2.6 Hyperréflexivité, réflexivité accentuée	+	++	+++	0
2.7 Dissociation du « Je »	0	+	0	+
<i>Sous-type 1 : suspecté</i>		+		+
2.8 Dépersonnalisation dissociative	+	+	+	+
<i>Sous-type 1 : phénomène imaginatif « comme si »</i>	+	+	+	+
<i>Sous-type 2 : hallucination visuelle dissociative</i>		+	+	
2.9 Confusion d'identité	+	+	0	0
2.12 Perte du sens commun/ perplexité/manque d'évidence naturelle	+	+	0	0
2.13 Anxiété	+	+++	+	++
<i>Sous-type 2 : anxiété psychique, mentale</i>	+	+++	+	+
<i>Sous-type 6 : angoisse paranoïde</i>	+	+++		++
2.18 Vitalité diminuée	0	+	+	0
3. Expériences corporelles				
3.2 Phénomènes du miroir	+	+	0	+
3.3 Dépersonnalisation somatique (étrangeté corporelle)	+	+	0	++
3.7 Expériences cénesthésiques	+	0	+	0
4. Transitivity/troubles de la démarcation de soi				
4.5 Autres phénomènes de transitivity	0	0	+	+
5. Réorientation existentielle				
5.1 Phénomènes primaires de référence à soi	++	+	++	0
5.2 Sentiment de centralité	+	+	+	0
5.4 Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire	+++	0	++	0
5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet	+++	0	+	+
5.8 Grandeur solipsiste	+	0	+	0

Tableau 8 : Synthèse des cotations pour chaque sujet. Seuls les items présentés par au moins la

moitié des participants (deux patients) figurent dans ce tableau. Les items présentés par plus de la moitié (3 patients) sont surlignés en orange clair. Les items remplis par tous les patients sont surlignés en orange foncé.

Nous pouvons voir dans le tableau ci-dessus que les items présentés par tous les participants sont les items 1.1. Interférence de la pensée, 1.2. Perte de l'ipséité, 1.6. Ruminations et obsessions, 1.7. Perceptualisation du discours intérieur, ou de la pensée, 1.14. Perturbation de l'expérience du temps, 2.2. Distorsion de la perspective en première personne, 2.8. Dépersonnalisation dissociative et 2.13. Anxiété. Les items présentés par plus de la moitié des participants sont les items 1.3 Pression de la pensée, 1.8 Spatialisation de l'expérience, 1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités de l'intentionnalité, 1.12 Perturbations attentionnelles, 2.1 Sentiment amoindri du soi de base, 2.6 Hyperréflexivité, réflexivité accentuée, 3.2 Phénomènes du miroir, 3.3 Dépersonnalisation somatique (étrangeté corporelle), 5.1 Phénomènes primaires de référence à soi, 5.2 Sentiment de centralité et 5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet.

4.2. Analyse approfondie de l'item 2.6. Hyperréflexivité, réflexivité accentuée

Pour rappel, l'hyperréflexivité fait en sorte que la personne a tendance, de manière excessive, à se questionner sur ses propres expériences ou actions et à se prendre soi-même comme objet de réflexion^{326 327}. Elle est provoquée par un déséquilibre entre l'explicite et l'implicite. Cependant, elle ne peut être réduite aux formes essentiellement volontaires ou intellectuelles de la conscience de soi qui font référence aux processus dits de « réflexion ». Elle peut concerner également des processus plus spontanés, automatiques et éprouvés plus passivement qui se réfèrent plutôt à des formes plus « réflexives »^{328 329}. Nous avons tenté de reprendre dans le discours de chaque participant les passages qui se rapprochent le plus de cette définition. C'est Nadia qui a présenté le plus d'exemples d'hyperréflexivité, suivie de Bruno et de Chloé. Sophie quant à elle n'a rapporté aucun exemple concret d'hyperreflexivité selon nous. Bien entendu, nous ne pouvons pas considérer que Sophie ne vit pas ce symptôme, mais plutôt qu'elle ne l'a pas exprimé lors des entretiens.

³²⁶Cermolacce, M., Naudin, J., Vion-Dury, D., Azorin & Pringuey (2011). Le délire schizophrénique, entre approche objective et expérience subjective. *Annales Médico-Psychologiques*, 169(1), 51-53.

³²⁷Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op.cit.*

³²⁸Englebert, J. & al. (2018). *Op. cit.*

³²⁹Sass, L. (2013). *Op. cit.*

	Discours	Cotation
Chloé	<p>- Vous savez je me pose beaucoup de questions très importantes oui, mais elles sont secrètes. Je ne peux pas en parler. Dans le bureau il y a la télévision vous êtes sûr qu'elle n'est pas branchée sinon on peut avoir mis un micro dedans. [...]. Parfois ces pensées elles me bloquent. Je reste focalisée dessus, je m'en rends compte parfois. Je pense que oui mes relations peuvent être bloquées à cause de ça.</p> <p>- Vous savez je pense qu'il y a surtout une barrière entre le monde et l'église. Parce que si vous réfléchissez, Dieu, il doit bien y avoir une femme qui l'a créé, donc Dieu n'était pas le premier. C'est vraiment une question qui tournait dans ma tête et j'essaie de la résoudre sans y arriver. Mais j'ai compris, c'est moi la mère de Dieu, c'est pour ça que je n'ai pas d'enfant, en fait je l'ai déjà lui, et je pense que je ne pouvais pas avoir un autre enfant sinon il n'y aurait plus qu'un seul Dieu. Quand je pense à ça, ça me procure du bien et me donne du courage. J'ai l'impression que tout devient plus clair.</p>	+
Bruno	<p>- Je me pose beaucoup de questions sur la télévision, ce que j'entends ... mais je pense que d'autres personnes se les posent aussi. Mais ça m'arrive souvent, très souvent. Par exemple, je ne sais pas si je dois serrer la main, donner la bise ... c'est toujours compliqué ces trucs-là. On devrait dire tout le monde se donne la main par exemple. Ce serait plus facile ... non ?</p> <p>- Je me pose énormément de questions sur tout, sur la mort, sur la vie, les planètes, la planète sur laquelle on vit. Mais je sais les contrôler en général. Mais quand j'ai peur, je suis angoissé, anxieux, je pense à la mort (je pense très souvent à la mort).</p> <p>- Je peux réfléchir beaucoup à ma solitude, pourquoi je ne trouve pas de femme, ou des trucs comme ça.</p>	++
Nadia	<p>- Je suis très attentive à tout. À moi-même ou à l'environnement. Je sais qu'il y a la trousse, ce portefeuille, etc. sur le bureau, je fais attention à tout moi. Je fais toujours très attention. Je dois toujours réfléchir avant d'agir. Je ne peux pas agir sans réfléchir.</p> <p>- Je réfléchis énormément, je ne fais que réfléchir pour trouver une solution pour changer le monde, mais il n'y a pas d'aide, je ne saurais pas. Dès l'âge de 15-16 ans, j'étais révolutionnaire, vous savez. Mais j'ai arrêté pour que mon père ne me frappe pas.</p> <p>- Je me suis toujours posé beaucoup de questions, depuis toujours, depuis que je suis jeune, mais je n'ai pas toutes les réponses. Je parlais beaucoup avec mon père. C'est lui qui m'a tout appris.</p> <p>- Je me pose beaucoup de questions existentielles et philosophiques, mais si je veux communiquer avec quelqu'un, je m'adapte au niveau de cette personne. Je parle différemment en fonction de la personne, c'est normal. Je ne vais pas parler de certaines choses si je sais que la personne en face elle ne va rien comprendre, fin c'est normal, avec quelqu'un qui est psychologue, par exemple, je parle de psychologie ou de philosophie, c'est normal il a le niveau, mais je ne vais pas parler de philosophie à quelqu'un qui ne comprend rien.</p>	+++
Sophie		0

Tableau 9 : Tableau récapitulatif de la cotation pour chaque patient de l'item 2.6 Hyperréflexivité, réflexivité accentuée, ainsi que les passages du discours qui montrent le plus d'affinités avec la définition de cet item.

Discussion

L'objectif de ce mémoire était de chercher à approfondir une vision différente de la schizophrénie qui combine une approche neuropsychologique et une approche phénoménologique afin d'explorer, premièrement, si certains styles attentionnels sont associés à la schizophrénie ; deuxièmement, s'il s'avère qu'un tel lien existe, explorer la nature de cette association et, troisièmement, mettre celle-ci en lien avec l'hypothèse phénoménologique d'hyperreflexivité. Plusieurs outils ont donc été utilisés, notamment un outil phénoménologique : Examination of Anomalous Self-Experience (EASE), ainsi que deux questionnaires : l'un mesurant les styles attentionnels (Attentional Style Questionnaire - ASQ) et l'autre la saillance aberrante (Aberrant Saliency Inventory - ASI). Ce dernier permet de pallier les difficultés d'application de l'outil phénoménologique EASE à la population « tout-venant ». En effet, « *les anomalies de l'EASE sont généralement rares en dehors du spectre schizophrénique* », même si elles peuvent se révéler chez des individus normaux « *lorsqu'ils se trouvent dans des conditions anormales comme l'introspection, la méditation ou la déprivation sensorielle* »³³⁰. Dans le cadre de ce mémoire, il aurait été difficile de mettre en place des entretiens EASE avec tous les participants de la population normale et schizophrénique et de placer les participants du groupe contrôle dans des conditions d'introspection, de méditation ou de déprivation sensorielle. Nous avons plutôt opté pour le questionnaire ASI qui mesure la saillance aberrante, concept lié d'une certaine manière à l'hyperreflexivité et conforme aux descriptions phénoménologiques de la psychose. De plus, ce questionnaire était également validé tant dans la population normale que dans la population schizophrénique.

Nous avons donc commencé par analyser les relations entre la saillance aberrante et le contrôle attentionnel tant interne qu'externe. Ensuite, nous avons exploré les différences entre les groupes (patients VS contrôle). Et finalement, nous avons examiné pour certains patients les liens qui ont pu être mis en évidence entre le score obtenu à l'ASQ et ce qui ressort de l'analyse approfondie de l'expérience subjective des patients évaluée par la EASE.

³³⁰ Sass, L. (2013) *Op.cit.* p.117

Tout d'abord, après les tests de corrélations entre la saillance aberrante mesurée par le questionnaire ASI et le contrôle attentionnel (interne et externe) évalué par le questionnaire ASQ, les résultats montrent qu'il n'y a pas de corrélation significative entre la saillance aberrante et l'attention externe, contrairement à ce qui était attendu. Par conséquent, un contrôle attentionnel faible indépendamment des processus internes et externes ne peut à lui seul entraîner un score élevé au questionnaire ASI. Pourtant, le réseau de saillance, qui détecte et traite les stimuli saillants, semble réguler les échanges entre *le mode par défaut* et *les réseaux exécutifs centraux*^{331 332 333 334}. Nous pouvons considérer, mais avec beaucoup de précautions, que *le mode par défaut* peut faire plutôt référence à l'attention interne, même s'il a été trouvé également qu'il pourrait plus faire référence aux pensées spontanées, inconscientes et involontaires de manière plus générale sans lien avec l'interne et l'externe proprement dits^{336 337 338}. Tandis que le réseau central d'exécution, appelé aussi réseau positif aux tâches, se rapproche plus de l'attention externe³³⁹. Par conséquent, on pourrait supposer que l'altération de la saillance aberrante, qui contrôle et régule les deux autres systèmes, se répercuterait sur ceux-ci. Cependant, cette hypothèse ne semble pas confirmée par nos analyses.

Nous avons fait également l'hypothèse que, bien qu'une perturbation de la saillance puisse amener un contrôle plus faible de manière générale, il y aurait une répercussion plus élevée pour l'attention interne. En effet, tandis qu'il n'y a pas de corrélation entre l'ASI et l'ASQ externe, nous avons mis en évidence une corrélation positive entre la saillance aberrante et l'attention interne, c'est-à-dire que plus une personne présente un contrôle attentionnel faible pour les stimuli internes, plus elle montre une saillance aberrante élevée. De plus, les résultats ont montré que le contrôle

³³¹ Chen, Q., Chen, X., He, X., Wang, L., Wang, K., & Qiu, B. (2016). Aberrant structural and functional connectivity in the salience network and central executive network circuit in schizophrenia. *Neuroscience letters*, 627, 178-184.

³³² Palaniyappan, L., Simmonite, M., White, T. P., Liddle, E. B., & Liddle, P. F. (2013). Neural primacy of the salience processing system in schizophrenia. *Neuron*, 79(4), 814-828.

³³³ Shin, D. J., Lee, T. Y., Jung, W. H., Kim, S. N., Jang, J. H., & Kwon, J. S. (2015). Away from home : the brain of the wandering mind as a model for schizophrenia. *Schizophrenia research*, 165(1), 83-89.

³³⁴ Chen, H., Uddin, L. Q., Duan, X., Zheng, J., Long, Z., Zhang, Y., ... & Chen, H. (2017). Shared atypical default mode and salience network functional connectivity between autism and schizophrenia. *Autism Research*, 10(11), 1776-1786.

³³⁵ Manoliu, A., Riedl, V., Zherdin, A., Mühlau, M., Scherthöffer, D., Scherr, M., ... & Wohlschläger, A. M. (2013). Aberrant dependence of default mode/central executive network interactions on anterior insular salience network activity in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 40(2), 428-437.

³³⁶ Benedek, M., Jauk, E., Beaty, R. E., Fink, A., Koschutnig, K. & Neubauer, A. C. (2016). Brain mechanisms associated with internally directed attention and self-generated thought. *Scientific Reports*, 6(1),

³³⁷ Scheibner, Bogler, Gleich, Haynes & Bermpohl (2017). *Op. cit.*

³³⁸ Van Calster, L., D'Argembeau, A., Salmon, E., Peters, F. & Majerus, S. (2017). *Op. cit.*

³³⁹ Chen, Q., Chen, X., He, X., Wang, L., Wang, K., & Qiu, B. (2016). *Op. cit.*

attentionnel pour les stimuli internes semble capable de prédire le score obtenu au questionnaire ASI. Cependant, ce résultat doit être pris avec une grande prudence, car certaines prémisses de la régression linéaire n'ont pas été respectées. Selon Parnass et Sass (2015), une perturbation de la saillance proviendrait d'une mauvaise coordination entre les réseaux exécutifs centraux et le réseau par défaut avec une activation anormale dans le réseau par défaut uniquement³⁴⁰. Selon Shin & al. (2015), un fonctionnement anormal de la saillance conduit à attribuer une importance excessive à l'expérience interne³⁴¹. Cependant, cette hyperactivation du *réseau par défaut* n'est pas retrouvée dans toutes les études. Par ailleurs, au vu des résultats obtenus dans le cadre de ce mémoire, nous pouvons émettre l'hypothèse que plus la saillance aberrante est élevée, plus le réseau de la saillance est altéré, plus son rôle de régulateur entre le mode par défaut et les réseaux exécutifs centraux sera perturbé, et plus il y aura un éventuel déséquilibre entre l'attention interne et externe.

Selon Cicero et ses collaborateurs (2010), les personnes ayant des symptômes psychotiques et les personnes prédisposées à la psychose ont un score à l'ASI élevé³⁴². En outre, une perturbation de l'activation du réseau de saillance est bien documentée^{343 344 345 346}. Nos résultats montrent également une différence significative entre le groupe contrôle et le groupe patients. Cela confirme, dans une certaine mesure, l'hypothèse d'une perturbation des processus de saillance dans la population schizophrénique. Par conséquent, une personne qui souffre de schizophrénie aura tendance à porter une attention trop importante, inhabituelle ou incorrecte à des stimuli normalement inoffensifs. Une altération de la saillance peut également amener à une impression que nos sens sont aiguisés, à une recherche accrue de sens et à un sentiment d'être sur le point de comprendre quelque chose de fondamentalement important, etc. Par ailleurs, la saillance aberrante peut jouer un rôle central dans l'émergence de la psychose³⁴⁷.

Une autre hypothèse était que le groupe patients présenterait un contrôle attentionnel plus

³⁴⁰ Borda, & Sass. (2015). *Op. cit.*

³⁴¹ Shin, D. J., Lee, T. Y., Jung, W. H., Kim, S. N., Jang, J. H., & Kwon, J. S. (2015). *Op. cit.*

³⁴² Cicero, D. C., Kerns, J. G. & McCarthy, D. M. (2010). *Op. cit.*

³⁴³ Shin, D. J., Lee, T. Y., Jung, W. H., Kim, S. N., Jang, J. H., & Kwon, J. S. (2015). *Op. cit.*

³⁴⁴ Wotruba, D., Michels, L., Buechler, R., Metzler, S., Theodoridou, A., Gerstenberg, M., ... & Heekeren, K. (2013). Aberrant coupling within and across the default mode, task-positive, and salience network in subjects at risk for psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 40(5), 1095-1104.

³⁴⁵ Manoliu, A., Riedl, V., Zherdin, A., Mühlau, M., Schwerthöffer, D., Scherr, M., ... & Wohlschläger, A. M. (2013). *Op. cit.*

³⁴⁶ Borda, & Sass. (2015). *Op. cit.*

³⁴⁷ Cicero, D. C., Kerns, J. G., & McCarthy, D. M. (2010). *Op. cit.*

faible que les sujets contrôle. La schizophrénie est souvent associée à des déficits touchant les fonctions exécutives, l'attention, la mémoire de travail, la mémoire épisodique verbale, les habiletés verbales et les capacités d'apprentissage^{348 349 350 351 352 353}. Selon Lesh & al. (2010), les personnes qui développent une psychose, ainsi que les personnes prédisposées à en développer une, ont montré également une tendance à avoir un contrôle cognitif plus faible³⁵⁴. Une perturbation des réseaux fronto-corticaux liés au contrôle cognitif a également été rapportée avec notamment une diminution d'activation et de matière grise dans les régions dorsolatérales. En outre, plusieurs études avaient montré une perturbation des interactions et de la connectivité entre le réseau *mode par défaut* et le réseau de la saillance^{355 356 357 358}, ainsi qu'une hyperactivation du réseau du mode par défaut, même si elle n'était par montrée par toutes les études. Borda et Sass (2015) ont lié cette hyperactivation du réseau du *mode par défaut* avec des processus d'hyperréflexivité et des schémas anormaux de régulation de la saillance³⁵⁹. Notre hypothèse allait dans ce sens, c'est-à-dire que nous supposons qu'il y avait un lien entre l'hyperréflexivité et une hyperactivation du réseau du *mode par défaut*, suggérant, sans certitude, une tendance à ce que l'attention soit plus facilement captée par des stimuli internes. Par conséquent, nous nous attendions à trouver un contrôle attentionnel plus faible pour les stimuli interne chez les patients que chez le groupe contrôle, c'est-à-dire à un style Bottom-up interne qui avait déjà été mis en lien avec des pensées intrusives³⁶⁰ qui sont régulièrement présentes dans la schizophrénie par exemple. Cependant, aucune différence entre les groupes n'a été trouvée pour le contrôle tant interne qu'externe. Nos résultats n'ont pas mis aucun style attentionnel particulier en évidence dans cet échantillon, contrairement à nos prédictions.

³⁴⁸ Lesh, T. A., Niendam, T. A., Minzenberg, M. J. & Carter, C. S. (2010). *Op. cit.*

³⁴⁹ Thai, Andreassen & Bliksted (2019). A meta-analysis of executive dysfunction in patients with schizophrenia : Different degree of impairment in the ecological subdomains of the Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome. *Psychiatry Research*, 272, 230-236.

³⁵⁰ Tripathi, A. K., Kar, S. & Shukla, R. (2018). *Op. cit.*

³⁵¹ Woodward, Leong, Sanford, Tipper & Lavigne (2016). Altered balance of functional brain networks in Schizophrenia. *Psychiatry Research : Neuroimaging*, 248, 94-104.

³⁵² Bora, E., Binnur Akdede, B. & Alptekin, K. (2017). Neurocognitive impairment in deficit and non-deficit schizophrenia : A meta-analysis, 47(14), 2401-2413.

³⁵³ Vidailhet, P., *op. cit.*

³⁵⁴ Lesh, T., Niendam, T., Minzenberg, M. & Carter, C. (2010). *Op. cit.*

³⁵⁵ Shin, D. J., Lee, T. Y., Jung, W. H., Kim, S. N., Jang, J. H., & Kwon, J. S. (2015). *Op. cit.*

³⁵⁶ Chen, H., Uddin, L. Q., Duan, X., Zheng, J., Long, Z., Zhang, Y., ... & Chen, H. (2017). *Op. cit.*

³⁵⁷ Wotruba, D., Michels, L., Buechler, R., Metzler, S., Theodoridou, A., Gerstenberg, M., ... & Heekeren, K. (2013). *Op. cit.*

³⁵⁸ Wang, X., Zhang, W., Sun, Y., Hu, M., & Chen, A. (2016). Aberrant intra-saliency network dynamic functional connectivity impairs large-scale network interactions in schizophrenia. *Neuropsychologia*, 93, 262-270.

³⁵⁹ Borda & Sass. (2015). *Op. cit.*

³⁶⁰ Clark, D. & Purdon, C. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts : A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 967-976.

Finalement, nous avons tenté de mettre en lien les styles attentionnels avec l'hypothèse phénoménologique d'hyperréflexivité. Rappelons que la EASE a été administrée à un nombre plus restreint de patients (n=4) sélectionnés sur base de leurs réponses aux questionnaires ASQ. Il est important de noter que la sélection était malheureusement limitée. Les patients qui ont été sélectionnés étaient Chloé, Bruno, Nadia et Sophie. Chloé a obtenu le score ASQ interne le plus haut (35), c'est-à-dire qu'elle présente un contrôle attentionnel faible pour les stimuli internes, et à contrario, elle a présenté le score le plus bas au ASQ externe (10), traduisant un contrôle attentionnel très élevé pour les stimuli externes. Nous nous attendions à ce que le contrôle attentionnel faible pour les stimuli internes soit associé à une hyperréflexivité plus élevée. Cependant, nous constatons que Chloé ne donne que deux exemples d'hyperréflexivité dans son discours, ne nous permettant que de noter cet item d'un seul '+'³⁶¹. Il est important de souligner que Chloé nous avait déclaré pendant l'entretien : « *Je me pose beaucoup de questions très importantes oui, mais elles sont secrètes. Je ne peux pas en parler.* » Nous ne pouvons pas exclure qu'elle vive peut-être réellement un haut taux d'hyperréflexivité, mais qu'elle ait préféré ne pas nous le partager. Nadia, quant à elle, présentait le score d'ASQ interne le plus bas, donc un bon contrôle attentionnel pour les distracteurs générés à l'interne. Nous supposons que, contrairement à Chloé, Nadia aurait tendance à présenter moins d'hyperréflexivité comme elle semble avoir un bon contrôle interne. Pourtant c'est celle, au cours des entretiens, qui nous semblait nous décrire le plus de symptômes d'hyperréflexivité et qui en a donné le plus d'exemples. Ses résultats semblent dessiner un chemin plutôt contraire à nos hypothèses. Cependant, rappelons que Nadia souffre de schizophrénie affective, ce qui peut avoir une influence non négligeable sur ces résultats. Toutefois nous pouvons remarquer que les résultats semblent aller dans le même sens chez Bruno, mais de manière moins prononcée. Il a présenté une note plus faible au ASQ interne que Chloé et montre une hyperréflexivité légèrement plus élevée. Sophie, quant à elle, montre des résultats qui ont tendance à confirmer notre hypothèse de base, à savoir que moins une personne a un contrôle attentionnel interne, plus elle sera sujette à l'hyperréflexivité et vice-versa. En effet, parmi les patients pouvant participer aux entretiens, Sophie était celle qui présentait le score ASQ interne le plus bas en excluant les patients avec une schizophrénie affective. Et c'est la patiente qui n'a donné

³⁶¹ Chaque note est attribuée comme suit : 0 si l'item n'était pas représenté et n'a pas été mentionné lors des entretiens, + si l'item est représenté par un, deux ou trois passages dans le discours, ++ si l'item était représenté plus de deux ou trois citations, et +++ si l'item présente un nombre élevé de citations.

aucun exemple concret d'hyperréflexivité, selon nous. Cependant, il est important de noter qu'elle présente un score de 24, qui est particulièrement proche de la moyenne (ASQ int. = 24 (M=25.40)).

Au vu de ces résultats, plusieurs questions se posent et plusieurs tentatives d'explication des résultats peuvent être formulées.

Premièrement, si on considère la schizophrénie comme étant un trouble de la conscience de soi minimale ou préréflexive ou encore un trouble du soi de base provoquant une certaine hyperréflexivité qui fait référence à une conscience de soi accentuée ³⁶² (celle-ci pouvant être considérée comme adaptative et défensive afin de diminuer l'anxiété et d'augmenter la performance, mais susceptible, paradoxalement, d'augmenter les expériences schizophréniques ³⁶³), nous pourrions éventuellement supposer que ce processus adaptatif va d'une certaine manière surstimuler l'attention interne et amener une hyperactivation du *mode par défaut*. Et par conséquent, que le contrôle attentionnel interne, par sa surstimulation, peut être amélioré et plus performant. Cependant, nos résultats ont également montré que plus la saillance aberrante augmentait, plus le contrôle attentionnel était faible. La perturbation de la saillance est également souvent mise en lien avec l'hyperréflexivité et l'hyperactivation du *mode par défaut*. Dès lors, d'autres études nettement plus rigoureuses, notamment avec des effectifs plus grands, sont nécessaires pour éclaircir cette situation.

Nous pouvons également poser l'hypothèse que l'auto-évaluation peut être biaisée par une surévaluation du contrôle de l'attention interne, car elle peut recevoir moins de feedback, contrairement à l'attention externe dans laquelle l'environnement a une implication probablement plus influente. Cependant, ce biais devrait également être présent dans la population normale dans ce cas, ce qui éloigne plutôt cette hypothèse.

Ensuite, nous pouvons supposer qu'il y aurait également plusieurs types d'hyperréflexivité qui peuvent amener à des résultats différents. En effet, l'hyperréflexivité peut concerner des formes plutôt volontaires ou intellectuelles de la conscience de soi qui font référence aux processus dits de

³⁶²Koenig, M. (2017). *Op. cit.*

³⁶³ Borda & Sass (2015). *Op. cit.*

« réflexion », ainsi que des processus plus spontanés, automatiques et éprouvés plus passivement qui se réfèrent plutôt à des formes plus « réflexives »^{364 365}.

Notons également qu'il y a un manque de consensus en ce qui concerne le *mode par défaut*. Il peut être défini comme particulièrement proche du concept d'attention interne comme il peut faire plutôt référence aux pensées spontanées, inconscientes et involontaires de manière plus générale sans lien avec l'interne et l'externe proprement dits^{366 367 368}. De plus, beaucoup de nos hypothèses sont basées sur l'hyperactivation du *mode par défaut*^{369 370 371}, mais cette hyperactivation n'est pas reproduite par toutes études. En effet, d'autres études ont trouvé au contraire une hypoactivation du *mode par défaut*^{372 373}. Actuellement, l'implication réelle du *mode par défaut* est encore largement débattue.

Cette étude étant exploratoire, il est nécessaire que les résultats discutés ci-dessus soient répliqués et améliorés avec des données plus rigoureuses et en tenant compte des limites de notre étude afin de pouvoir en retirer des conclusions plus satisfaisantes.

La première limite est bien évidemment la petite taille des échantillons et plus particulièrement pour le groupe patients. De plus, il y a une grande différence d'effectifs entre les groupes avec 152 participants pour le groupe contrôle, mais uniquement 20 participants pour le groupe patients, ce qui a pu créer un déséquilibre et un risque de biaiser les analyses. Mentionnons également une différence d'âge entre les patients (M= 39.05, SD=10.18) et les sujets du groupe contrôle (M= 26,32, SD= 5 977), ainsi que de nombre d'années d'études (avec une moyenne de 15,09 et un écart-type de 2.911 pour le groupe contrôle et une moyenne de 11,65 et un écart-type de 2.110 pour le groupe patients). La répartition hommes/femmes est plus équilibrée pour le groupe patients, contrairement au groupe contrôle où les femmes représentent une proportion plus élevée

³⁶⁴Englebert, J. & al. (2018). *Op. cit.*

³⁶⁵Sass, L. (2013). *Op. cit.* p. 114.

³⁶⁶Benedek, M., Jauk, E., Beaty, R. E., Fink, A., Koschutnig, K. & Neubauer, A. C. (2016). Brain mechanisms associated with internally directed attention and self-generated thought. *Scientific Reports*, 6(1)

³⁶⁷Scheibner, Bogler, Gleich, Haynes & Bermpohl (2017). *Op. cit.*

³⁶⁸Van Calster, L., D'Argembeau, A., Salmon, E., Peters, F. & Majerus, S. (2017). *Op. cit.*

³⁶⁹Manoliu, A., Riedl, V., Zherdin, A., Mühlau, M., Schwerthöffer, D., Scherr, M., ... & Wohlschläger, A. M. (2013). *Op. cit.*

³⁷⁰Phillips, R. C., Salo, T., & Carter, C. S. (2015). Distinct neural correlates for attention lapses in patients with schizophrenia and healthy participants. *Frontiers in human neuroscience*, 9, 502.

³⁷¹Borda, & Sass. (2015). *Op. cit.*

³⁷²Wang, X., Zhang, W., Sun, Y., Hu, M., & Chen, A. (2016). *Op. cit.*

³⁷³Woodward, Leong, Sanford, Tipper & Lavigne (2016). *Op. cit.*

(62,5 %). Par conséquent, il y a beaucoup de déséquilibres entre nos groupes, qui pourraient biaiser leur comparaison. Il aurait été probablement plus opportun de procéder à des échantillons appariés au niveau de l'âge, du sexe et du niveau scolaire afin de pallier ces éventuels biais qui peuvent être non négligeables.

Une régression non linéaire aurait dû être privilégiée au vu de la violation de la normalité de la variable ASI ainsi que du non-respect de la linéarité. De plus, nous aurions dû également effectuer un contrôle de la variable âge et du nombre d'années d'études. Cela n'a malheureusement pas été fait par manque de temps et de connaissance du logiciel JASP. Nous pouvons également critiquer l'utilisation de ce logiciel qui est facile d'utilisation et particulièrement accessible par sa gratuité, mais peut-être moins complet que d'autres tels que SPSS, SAS, etc.

Ensuite, notons que certains patients de notre échantillon souffraient de schizophrénie affective. Ce choix était surtout motivé par un manque de moyens, car il aurait été difficile de refuser certains patients, alors que notre effectif était déjà si petit. De plus, selon Vidailhet (2009), il semble que ce soient les symptômes psychotiques qui prédisent mieux les déficits cognitifs que la catégorie diagnostique³⁷⁴. Nous ne pouvons toutefois négliger le fait que les patients avec un trouble bipolaire associé aux symptômes psychotiques peuvent présenter des profils différents³⁷⁵ et que certaines études « ont pu établir que les troubles du soi (prévalence sur la vie entière) discriminent des patients souffrant de schizophrénie résiduelle, et des patients atteints de trouble bipolaire à caractéristiques psychotiques en rémission »³⁷⁶. Afin que les résultats ne soient pas biaisés et que la différence entre les groupes ne soit pas atténuée par l'inclusion de patients avec une schizophrénie affective, nous avons reproduit les résultats en les excluant de l'échantillon. Cependant, aucune différence n'a été notée : de manière générale, les résultats restaient inchangés avec ou sans le retrait des patients avec une schizophrénie affective. Nous avons donc pris la décision de ne pas les exclure de l'étude. Une comparaison entre les sous-groupes du groupe patients aurait été intéressante, mais très périlleuse en vue de la très petite taille des échantillons.

En ce qui concerne l'utilisation des questionnaires, les réponses sont particulièrement

³⁷⁴ Vidailhet, P. (2009). Psychose, troubles bipolaires et cognition. *L'Encéphale*, 35, S164-S167. *Op.cit.*

³⁷⁵ Vidailhet, P. (2009). Psychose, troubles bipolaires et cognition. *L'Encéphale*, 35, S164-S167. P. 164.

³⁷⁶ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.* P. 122.

influencées par la manière dont une personne va s'évaluer et par la mémoire sélective, par exemple. Une mauvaise auto-évaluation a un impact non négligeable sur les données. Par ailleurs, des études ont montré que les capacités d'auto-évaluation peuvent être compromises dans la schizophrénie³⁷⁷³⁷⁸. Notons également que le questionnaire Aberrant Salience Inventory n'a pas encore été validé dans une population francophone. Aucun item n'a fait l'objet d'une note inversée qui pourtant permet d'éviter une tendance à l'acquiescement des participants. Cependant, les auteurs mentionnent que les notes inversées peuvent également amener une certaine confusion³⁷⁹.

Un point tout aussi important est que mon expérience de l'outil EASE est très probablement insuffisante. En effet, malgré ma tentative de me familiariser le plus possible avec cet outil notamment en m'exerçant sur des membres de ma famille, je ne pense pas avoir comblé toutes mes lacunes, d'autant plus que je n'avais que peu d'expérience purement clinique lors de mes stages. Rappelons que « *la source la plus fréquente de non-fiabilité réside dans le manque de familiarité* »³⁸⁰. Le langage peut également rester un obstacle lorsqu'on aborde la conscience de soi difficile à franchir, notamment par une perte d'évidence naturelle ou de sens commun³⁸¹, ainsi que par la nature préreflexive des expériences rapportées³⁸². De plus, la cotation a pu aussi avoir une influence sur les résultats. Nous avons décidé de coter la fréquence d'apparition surtout en fonction du nombre de fois que l'expérience apparaît dans le récit³⁸³ et de considérer uniquement ce qui figure dans le discours de la personne. Cependant, comme Mossay (2017) l'a mentionné dans son mémoire, il aurait été intéressant de coter également nos observations sans pour autant mélanger les deux types d'informations et en gardant l'authenticité du discours et de plaintes de la personne³⁸⁴.

Finalement, nous pouvons rappeler que dans la schizophrénie il y a une grande variabilité

³⁷⁷ Gould, F., McGuire, L. S., Durand, D., Sabbag, S., Larrauri, C., Patterson, T. L., ... & Harvey, P. D. (2015). Self-assessment in schizophrenia: Accuracy of evaluation of cognition and everyday functioning. *Neuropsychology*, 29(5), 675.

³⁷⁸ Tan, S., Zhao, Y., Fan, F., Zou, Y., Jin, Z., Zen, Y., ... & Zhou, D. (2015). Brain correlates of self-evaluation deficits in schizophrenia: a combined functional and structural MRI study. *PLoS one*, 10(9)

³⁷⁹ Cicero, D. C., Kerns, J. G. & McCarthy, D. M. (2010). *Op. cit.*

³⁸⁰ Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.* P. 123.

³⁸¹ Naudin, J., Cermolacce, M., Belzeaux, R., Martin, B. & Degrandi, M. (2019). *Op. cit.*

³⁸² Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., ... & Bovet, P. (2012). *Op. cit.*

³⁸³ Valentiny, C., Englebert, J., Mormont, Chr. & Tirtiaux, Fr. (n.d.). *Schizophrénie Et Expérience (inter-)subjective. Une Exploration De Six Univers.*

³⁸⁴ Mossay, Fr, Englebert, J. [advisor], & Mormont, Chr. [committee member]. (2016-2017)

et une hétérogénéité des troubles reconnues³⁸⁵. Selon Bottéro (2010), cette hétérogénéité rend périlleuse toute généralisation³⁸⁶. Matheson & al. (2014) déclarent également qu'obtenir des données probantes pour la schizophrénie reste une tâche difficile. En effet, de nombreux résultats sont contradictoires et ne sont pas reproduits³⁸⁷.

³⁸⁵Franck, N. (2012). *Op. cit.*

³⁸⁶Bottéro, A. (2010). *Op. cit.*

³⁸⁷Matheson, S. L., Shepherd, A. M., & Carr, V. J. (2014). How much do we know about schizophrenia and how well do we know it ? Evidence from the Schizophrenia Library. *Psychological medicine*, 44(16), 3387-3405.

Conclusions

L'objectif de cette étude était d'allier une approche neuropsychologique et une approche phénoménologique afin de démontrer une nouvelle fois l'intérêt d'une pluridisciplinarité pour essayer de comprendre et d'approcher au mieux les mécanismes mis en jeu dans la schizophrénie et sa complexité. Nous avons étudié, d'une part, les capacités de contrôle attentionnel et, d'autre part, l'expérience vécue des patients pour explorer si un style attentionnel est spécifique à la schizophrénie, lequel serait à mettre en lien avec une certaine intensification de la conscience de soi et une hyperréflexivité.

Les principaux résultats de cette étude ont montré plusieurs choses. Premièrement, un contrôle attentionnel faible ne semble suffire à lui seul pour entraîner un score élevé de saillance aberrante. Cependant, comme attendu, un contrôle attentionnel faible pour les stimuli internes est fortement associé à la saillance aberrante. En d'autres termes, plus une personne présente un contrôle attentionnel faible pour les stimuli internes, plus elle présentera une altération élevée des de la saillance. Deuxièmement, les participants ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ont un score de saillance aberrante significativement plus élevé que ceux qui appartiennent au groupe contrôle. Troisièmement, notre étude n'a montré aucune différence significative pour le contrôle attentionnel entre le groupe contrôle et le groupe patients, contrairement à nos hypothèses. Par conséquent, aucun style attentionnel spécifique à la schizophrénie n'a pu être mis en évidence dans la présente étude. Finalement, nous avons tenté de mettre en lien les styles attentionnels avec l'hypothèse phénoménologique d'hyperréflexivité. Nous nous attendions à ce qu'un contrôle attentionnel faible pour les stimuli internes soit associé à une hyperréflexivité plus élevée. Cependant, les résultats ne semblent pas aller dans ce sens. Des limites non négligeables peuvent avoir influencé ces résultats.

Pour des études futures, il serait intéressant de continuer d'étudier rigoureusement le concept d'attention interne encore mal connu. En effet, il nous semble qu'il n'y a pas encore de réel consensus quant à sa définition et aux processus impliqués. De plus, l'intégration de données d'imagerie cérébrale pourrait apporter des résultats plus riches et complets. Il nous semble

primordial que de plus en plus de chercheurs se familiarisent et utilisent une approche neurophénoménologique, qui relie une perspective en troisième personne avec une perspective en première personne, afin d'établir ainsi des corrélations entre les différentes données et d'installer une dynamique de contraintes réciproques^{388 389 390 391}. Enfin, il est absolument nécessaire de tester ces hypothèses sur des échantillons nettement plus grands, avec des sujets plus rigoureusement sélectionnés et appariés, afin de minimiser au maximum les biais.

³⁸⁸ Appourchaux, K. (2015). La neurophénoménologie en pratique: Problèmes et enjeux. *Les Cahiers Philosophiques De Strasbourg*, (38), 85-99.

³⁸⁹ Micoulaud-Franchi, Cermolacce, Vion-Dury, & Naudin. (2014). Analyse critique et épistémologique du neurofeedback comme dispositif psychothérapeutique. Le cas emblématique du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(4), 667-681.

³⁹⁰ Bockelman, P., Ereinerman-Jones, L., & Egallagher, S. (2013). *Op. cit.*

³⁹¹ Micoulaud-Franchi, & Vion-Dury. (2012). What is sensory inundation in schizophrenia? *Clinical Neurophysiology*, 124(3), 628-629.

Bibliographie

Appourchaux, K. (2015). La neurophénoménologie en pratique : Problèmes et enjeux. *Les Cahiers Philosophiques De Strasbourg* (38), 85-99

Baars, B. J. (2010). Spontaneous repetitive thoughts can be adaptive : Postscript on “mind wandering”. *Psychological Bulletin*, 136(2), 208. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018726>

Bastin, Chr. (2018). Le réseau cérébral par défaut : Un repos qui n’en est pas un. *Revue de Neuropsychologie*, 10(3), 232-238

Benedek, M., Jauk, E., Beaty, R. E., Fink, A., Koschutnig, K. & Neubauer, A. C. (2016). Brain mechanisms associated with internally directed attention and self-generated thought. *Scientific Reports*, 6(1), 22959

Bernard Andrieu. Brains in the Flesh. Prospects for a neurophenomenology. *Janus Head. Journal of Interdisciplinary Studies in Literature, Continental Philosophy, Phenomenology, Psychology and Arts*, 2006, p. 129-149

Blankenburg, W., Azorin, J.-M., Totoyan, Y. & Pelicier, Y. (1991). La perte de l’évidence naturelle : Une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques. (Psychiatrie ouverte). Paris: PUF - Presses Universitaires de France

Bockelman, P., Ereinerman-Jones, L., & Egallagher, S. (2013). Methodological lessons in neurophenomenology: Review of a baseline study and recommendations for research approaches. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 608

Bora, E., Binnur Akdede, B. & Alptekin, K. (2017). Neurocognitive impairment in deficit and non-deficit schizophrenia : a meta-analysis, 47(14), 2401-2413

Bora, E. & Murray, R. (2014). Meta-analysis of Cognitive Deficits in Ultra-high Risk to Psychosis and First-Episode Psychosis: Do the Cognitive Deficits Progress Over, or After, the Onset of Psychosis? *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 744-755

Borda, & Sass. (2015). Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: Primary factors *Schizophrenia Research*, 169(1-3), 464-473

Brewin, C. & Smart, L. (2005). Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(1), 61-68

Cabestan, P. (2017). Introduction à la phénoménologie. (Philo). Paris: Ellipses Marketing

Cermolacce, M., Naudin, J., Vion-Dury, D., Azorin & Pringuey (2011). Le délire schizophrénique, entre approche objective et expérience subjective. *Annales Médico-Psychologiques*, 169(1), 51-53

Chen, H., Uddin, L. Q., Duan, X., Zheng, J., Long, Z., Zhang, Y., ... & Chen, H. (2017). Shared atypical default mode and salience network functional connectivity between autism and schizophrenia. *Autism Research*, 10(11), 1776-1786.

Chen, Q., Chen, X., He, X., Wang, L., Wang, K., & Qiu, B. (2016). Aberrant structural and functional connectivity in the salience network and central executive network circuit in schizophrenia. *Neuroscience letters*, 627, 178-184.

Christoff, K. (2012). Undirected thought: Neural determinants and correlates. *Brain Research*, 1428, 51–59
<http://dx.doi.org/10.1016/j.brainres.2011.09.060>

Chun, M., Golomb, J. & Turk-Browne, N. (2011). A Taxonomy of External and Internal Attention. *Annual Review of Psychology*, 62, 73-101

Cicero, D. C., Docherty, A. R., Becker, T. M., Martin, E. A., & Kerns, J. G. (2015). Aberrant salience, self-concept clarity, and interview-rated psychotic-like experiences. *Journal of personality disorders*, 29(1), 79-99

Cicero, D. C., Kerns, J. G., & McCarthy, D. M. (2010). The Aberrant Salience Inventory: A new measure of psychosis proneness. *Psychological Assessment*, 22(3), 688

Clark, D. & Purdon, C. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts : A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 967-976

Corbetta, M. & Shulman, G. (2002). Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(3), 201–215. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn755>

Corradi-Dell'acqua, Fink & Weidner (2015). Selecting category specific visual information: Top-down and bottom-up control of object based attention. *Consciousness and Cognition*, 35(C), 330-341

Correard, N., Mazzola-Pomietto, P., Elissalde, S.-N., Viglianese-Salmon, N., Fakra, E. & Azorin, J.-M. (2011). Quelles perspectives pour la remédiation cognitive dans la schizophrénie ? *L'Encéphale*, 37 Supplément 2, S155-S160

Cotter, Granger, Backx, Hobbs, Looi & Barnett (2018). Social cognitive dysfunction as a clinical marker : A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 84, 92-99

Englebert, J. (2017). *Psychopathologie de l'homme en situation - deuxième édition avec préface de l'auteur*. France, Paris: Hermann

Englebert, J. (2018) cours de « Psychopathologie générale de l'adulte »

Englebert, J. & Gauthier, J.-M. (2011). Géographie et psychose : territoire et perte du corps commun. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 169(9), 559 – 563 .doi:10.1016/j.amp.2010.12.011

Englebert, J., Stanghellini, G., Valentiny, C., Follet, V., Fuchs, T. & Sass, L. (2018). Hyper-réflexivité et perspective en première personne : Un apport décisif de la psychopathologie phénoménologique contemporaine à la compréhension de la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(1), 77-85

Englebert, E. & Valentiny C. (2017). *Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité*. Louvain-la-Neuve : De Boek Supérieur

Eustache-Vallée, M. (2014). Neuropsychophénoménologie, mémoire et self. *Revue De Neuropsychologie*, 6(1), 11-16

Fox, M. D., Corbetta, M., Snyder, A. Z., Vincent, J. L. & Raichle, M. E. (2006). Spontaneous neuronal

activity distinguishes human dorsal and ventral attention systems. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103(26), 10046–10051. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0604187103>

Feuerhahn, W. (2011). Un tournant neurocognitivistique en phénoménologie ? Sur l'acclimatation des neurosciences dans le paysage philosophique français. *Revue D'Histoire Des Sciences Humaines*, 25(2), 59-79

Franck, N. (2012). Remédiation cognitive en psychiatrie. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 22(3), 81-85

Fuchs, Th. (2010). The Psychopathology of Hyperreflexivity. *The Journal of Speculative Philosophy*, 24(3), 239-255. doi:10.5325/jspecphil.24.3.0239. P. 248

Gaudelus, B., Virgile, J., Geliot, S. & Franck, N. (2016). Improving Facial Emotion Recognition in Schizophrenia: A Controlled Study Comparing Specific and Attentional Focused Cognitive Remediation. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 105

Gay, P., Schmidt, R. & Linden, E. (2011). Impulsivity and Intrusive Thoughts : Related Manifestations of Self-Control Difficulties ? *Cognitive Therapy and Research*, 35(4), 293-303

Gilbert, S. J., Simons, J. S., Frith, C. D. & Burgess, P. W. (2006). Performance-related activity in medial rostral prefrontal cortex (area 10) during low-demand tasks. *Journal of Experimental Psychology. Human Perception and Performance*, 32(1), 45–58. <http://dx.doi.org/10.1037/0096-1523.32.1.45>.]

Gould, F., McGuire, L. S., Durand, D., Sabbag, S., Larrauri, C., Patterson, T. L., ... & Harvey, P. D. (2015). Self-assessment in schizophrenia: Accuracy of evaluation of cognition and everyday functioning. *Neuropsychology*, 29(5), 675.

Head, J., & Helton, W. S. (2018). The troubling science of neurophenomenology. *Experimental brain research*, 236(9), 2463-2467

Jorba, M. (2013). Book review: Bayne, T. and Montague, M. (eds.) (2011). *Cognitive phenomenology*. New York and Oxford: Oxford University Press. *Phenom Cogn Sci* 12:883–890 DOI 10.1007/s11097-012-9284-9

Koenig, M. (2017). Rétablissement dans la schizophrénie et sens de soi. *Annales Médico-psychologiques*, 175(8), 726-729

Kopp, K., D'Mello, S. & Mills, C. (2015). Influencing the occurrence of mind wandering while reading. *Consciousness and Cognition*, 34, 52–62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2015.03.003>

Kottaram, A., Johnston, L. A., Cocchi, L., Ganella, E. P., Everall, I., Pantelis, C., ... & Zalesky, A. (2019). Brain network dynamics in schizophrenia: Reduced dynamism of the default mode network. *Human brain mapping*, 40(7), 2212-2228.

Lafargue, G. (2010). L'expérience subjective de l'effort volontaire dans la schizophrénie : Approche neurophénoménologique. *L'Evolution Psychiatrique*, 75(3), 421-433

Laing, R., Elsen, Cl. & Derycke, G. (1970). *Le moi divisé : De la santé mentale à la folie.* (Les Essais / dir. par François Azouvi). Paris: Editions Stock

Laloyaux, J., Van der Linden, M., Levaux, M.-N., Mourad, H., Pirri, A., Bertrand, H., . . . Laroi, Fr. (2014). Multitasking Capacities in Persons Diagnosed with Schizophrenia: A Preliminary Examination of Their Neurocognitive Underpinnings and Ability to Predict Real World Functioning.

Laloyaux, J., Van der Linden, M., Nuechterlein, K. H., Thonon, B. & Laroi, Fr. (2018). A direct examination of the cognitive underpinnings of multitasking abilities : a first study examining schizophrenia. *Psychiatry+Research*, 268, 288-296

Larøi, F. & Van der Linden, M. (2013). The Need for an Individualized, Everyday Life and Integrative Approach to Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 290-304

Lesh, T. A., Niendam, T. A., Minzenberg, M. J. & Carter, C. S. (2010). Cognitive Control Deficits in Schizophrenia: Mechanisms and Meaning. *Neuropsychopharmacology*, 36(1), 316-338

Levaux, M.-N., Laroi, F., Danion, J.-M. & Van der Linden, M. (2009). *Remédiation cognitive des patients schizophrènes dans les pays francophones.* EMC Psychiatrie

Levaux, Van Der Linden, Larøi, & Danion. (2012). Caractérisation des difficultés dans la vie quotidienne de personnes souffrant de schizophrénie en rapport avec les facteurs cognitifs et cliniques. *Alter - European Journal of Disability Research, Revue Européenne De Recherche Sur Le Handicap*, 6(4), 267-278

Lutz, A., & Thompson, E. (2003). Neurophenomenology integrating subjective experience and brain dynamics in the neuroscience of consciousness. *Journal of consciousness studies*, 10(9-10), 31-52

Matheson, S. L., Shepherd, A. M., & Carr, V. J. (2014). How much do we know about schizophrenia and how well do we know it? Evidence from the Schizophrenia Library. *Psychological medicine*, 44(16), 3387-3405.

Majerus, S., Attout, L., D'Argembeau, A., Degueldre, C., Fias, W. & al. (2012). Attention Supports Verbal Short-Term Memory via Competition between Dorsal and Ventral Attention Networks. *CerebralCortex*, 22, 1086-1097

Manoliu, A., Riedl, V., Zherdin, A., Mühlau, M., Schwerthöffer, D., Scherr, M., ... & Wohlschläger, A. M. (2013). Aberrant dependence of default mode/central executive network interactions on anterior insular salience network activity in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 40(2), 428-437.

Martin, B. & Piot, M. (2011). Approche phénoménologique de la schizophrénie. *Information Psychiatrique*, 87(10)

Michaux, H. (1967). *Connaissance par les gouffres*. Gallimard

Micoulaud-Franchi, Cermolacce, Vion-Dury, & Naudin. (2014). Analyse critique et épistémologique du neurofeedback comme dispositif psychothérapeutique. Le cas emblématique du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(4), 667-681

Micoulaud-Franchi, & Vion-Dury. (2012). What is sensory inundation in schizophrenia? *Clinical Neurophysiology*, 124(3), 628-629

Modestino, E. J. (2016). Neurophenomenology of an altered state of consciousness: An fMRI case study. *EXPLORE*, 12(2), 128-135

Naudin, J., Cermolacce, M., Belzeaux, R., Martin, B., & Degrandi, M. (2019). Le soi et le non soi comme problème phénoménologique posé à l'expérience psychiatrique. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(1), 103-112.

Nelson, B., Whitford, T., Lavoie, S. & Sass, L. (2014). What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia ? : Integrating phenomenology and neurocognition. Part 1 (Source monitoring deficits). *Schizophrenia Research*, 152(1), 12-19

Northoff, G., & Heinzl, A. (2006). First-Person Neuroscience: A new methodological approach for linking mental and neuronal states. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 1(1), E3

Nour, M. & Barrera, A. (2015). Schizophrenia, Subjectivity, and Mindreading. *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1214-1219

Palaniyappan, L., Simmonite, M., White, T. P., Liddle, E. B., & Liddle, P. F. (2013). Neural primacy of the salience processing system in schizophrenia. *Neuron*, 79(4), 814-828.

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

Phillips, R. C., Salo, T., & Carter, C. S. (2015). Distinct neural correlates for attention lapses in patients with schizophrenia and healthy participants. *Frontiers in human neuroscience*, 9, 502.

Raballo, A., & Larøi, F. (2011). Murmurs of thought: Phenomenology of hallucinatory consciousness in impending psychosis. *Psychosis*, 3(2), 163-166

Sass, L. (2013). Altération du self et schizophrénie : Structure, spécificité, pathogénèse. *Recherches En Psychanalyse*, 16(2), 111-126

Sass, L. (1992). *Madness and modernism : insanity in the light of modern art, literature, and thought*. New-York : BasicBooks

Schaefer, Giangrande, Weinberger & Dickinson. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: Consistent over decades and around the world. *Schizophrenia Research*, 150(1), 42-50

Scheibner, Bogler, Gleich, Haynes & Bermpohl (2017). Internal and external attention and the default mode network. *NeuroImage*, 148, 381-389

Seron, X. & Van der Linden, M. (2014). *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte*. (2e édition, Neuropsychologie). Paris : De Boeck Solal

Seron, X. & Van der Linden, M. (2016). *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte Tome2-Revalidation* (2e édition.. ed., Neuropsychologie). Paris: De Boeck Solal

Shin, D. J., Lee, T. Y., Jung, W. H., Kim, S. N., Jang, J. H., & Kwon, J. S. (2015). Away from home : the brain of the wandering mind as a model for schizophrenia. *Schizophrenia research*, 165(1), 83-89.

Smallwood, J. (2013). Distinguishing How from Why the Mind Wanders: A Process-Occurrence Framework for Self-Generated Mental Activity. *Psychological Bulletin*, 139(3), 519-535

Stanghellini, G. (2011). Sens commun, désincarnation et délires chez les schizophrènes. *Le Cercle Herméneutique*, 17, 111-127

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

Stawarczyk, D., Majerus, S., Catale, C. & D'Argembeau, A. (2014). Relationships between mind-wandering and attentional control abilities in young adults and adolescents. *Acta Psychologica*, 148, 25–36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.actpsy.2014.01.007>

Stawarczyk, D., Majerus, S., Van der Linden, M. & D'Argembeau, A. (2012). Using the daydreaming frequency scale to investigate the relationships between mind-wandering, psychological well-being, and present-moment awareness. *Frontiers in Psychology*, 3(September), 363. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00363>

Tan, S., Zhao, Y., Fan, F., Zou, Y., Jin, Z., Zen, Y., ... & Zhou, D. (2015). Brain correlates of self-evaluation deficits in schizophrenia: a combined functional and structural MRI study. *PloS one*, 10(9), e0138737.

Thai, Andreassen & Bliksted (2019). A meta-analysis of executive dysfunction in patients with schizophrenia : different degree of impairment in the ecological subdomains of the Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome. *Psychiatry Research*, 272, 230-236

Toma Strle. (2013). Why Should We Study Experience More Systematically: Neurophenomenology and Modern Cognitive Science. *Interdisciplinary Description of Complex Systems*, 11(4), 376-390. P377

Tripathi, A. K., Kar, S. & Shukla, R. (2018). Cognitive deficits in schizophrenia: Understanding the biological correlates and remediation strategies. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 16(1), 7-17

Uhlhaas, P., & Mishara, A. (2007). Perceptual Anomalies in Schizophrenia: Integrating Phenomenology and Cognitive Neuroscience. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 142-156

Vidailhet, P. (2009). Psychose, troubles bipolaires et cognition. *L'Encéphale*, 35, S164-S167.

Van Calster, L., D'Argembeau, A. & Majerus, S. (2018). Measuring individual differences in internal versus external attention : The attentional style questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 128, 25-32

Van Calster, L., D'Argembeau, A., Salmon, E., Peters, F. & Majerus, S. (2017). Fluctuations of Attentional Networks and Default Mode Network during the Resting State Reflect Variations in Cognitive States: Evidence from a Novel Resting-state Experience Sampling Method. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 29(1), 95-113

Van de Laar, T., & De Regt, H. (2008). Special Section: Is Cognitive Science Changing its Mind?: Introduction to Embodied Embedded Cognition and Neurophenomenology. *Theory & Psychology*, 18(3), 291-296

Vernon, Grudnikoff, Seidman, Frazier, Vemulapalli, Pareek, . . . Correll (2014). Antidepressants for cognitive impairment in schizophrenia — A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 159(2-3), 385-394

Verschooren, S., Schindler, S., De Raedt, R., & Pourtois, G. (2019). Switching attention from internal to external information processing: a review of the literature and empirical support of the resource sharing

account. *Psychonomic bulletin & review*, 26(2), 468-490.

Vion-Dury, Cermolacce, Azorin, Pringuey, & Naudin. (2011). Neurosciences et phénoménologie-II : Sortir du bocal à mouches. *Annales Médico-psychologiques*, 169(1), 35-38

Wang, X., Zhang, W., Sun, Y., Hu, M., & Chen, A. (2016). Aberrant intra-saliency network dynamic functional connectivity impairs large-scale network interactions in schizophrenia. *Neuropsychologia*, 93, 262-270.

Woods, A., Jones, N., Bernini, M., Callard, F., Alderson-Day, B., Badcock, J. C., ... & Krueger, J. (2014). Interdisciplinary approaches to the phenomenology of auditory verbal hallucinations. *Schizophrenia bulletin*, 40(Suppl_4), S246-S254

Woodward, Leong, Sanford, Tipper & Lavigne (2016). Altered balance of functional brain networks in Schizophrenia. *Psychiatry Research : Neuroimaging*, 248, 94-104

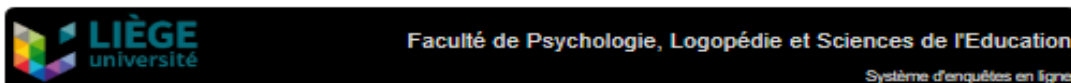
Wotruba, D., Michels, L., Buechler, R., Metzler, S., Theodoridou, A., Gerstenberg, M., ... & Heekeren, K. (2013). Aberrant coupling within and across the default mode, task-positive, and saliency network in subjects at risk for psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 40(5), 1095-1104.

ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaires remplis par les participants du groupe
contrôle (en ligne)

1. Introduction



L'objectif de la recherche pour laquelle nous sollicitons votre participation est d'approfondir une vision différente du trouble de la schizophrénie qui combine, d'une part, une approche neuropsychologique qui investiguera les capacités de contrôle attentionnel et, d'autre part, une approche phénoménologique qui nous permettra d'analyser l'expérience vécue. Nous pourrions ainsi explorer si un ou des styles attentionnels peut/peuvent être associé(s) à la problématique de la schizophrénie. Pour ce faire, un groupe d'une population dite « tout-venant » est requis pour connaître comment les différents styles attentionnels se répartissent dans la population normale ainsi que les vécus et expériences de vie. Cette recherche est menée par MALAY Laura, étudiante en neuropsychologie (laura.malay@student.uliege.be). Département de psychologie, Université de Liège (Belgique).

Votre participation à cette recherche est volontaire. Vous pouvez choisir de ne pas participer et si vous décidez de participer vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment et fermer la fenêtre de votre navigateur sans aucun préjudice. Vous pouvez également choisir de ne pas répondre à certaines questions spécifiques.

Cette recherche implique, dans un premier temps, de répondre au questionnaire ASQ (Attentional Style Questionnaire) qui mesure le style attentionnel d'un individu. Quelques questions vous seront posées sur la manière dont vous vous concentrez dans la vie de tous les jours. Dans un deuxième temps, il vous sera demandé de répondre cette fois au questionnaire ASI (Aberant Salience Inventory), qui s'intéresse aux attitudes et expériences de vie que les personnes ont dans leur vie quotidienne. Ces questions vous amèneront à réfléchir sur vous-même et à vos expériences, ne prenez pas en compte vos attitudes, sentiments ou expériences que vous auriez pu avoir sous l'influence d'alcool ou d'autres drogues (p.ex. cannabis, LSD, cocaïne). Vos réponses seront confidentielles et nous ne collecterons pas d'information permettant de vous identifier, telle que votre nom, votre adresse e-mail ou votre adresse IP, qui pourrait permettre la localisation de votre ordinateur. Vos réponses seront transmises anonymement à une base de données. Votre participation implique que vous acceptiez que les renseignements recueillis soient utilisés anonymement à des fins de recherche. Les résultats de cette étude serviront à des fins scientifiques uniquement.

Vous disposez d'une série de droits relatifs à vos données personnelles (accès, rectification, suppression, opposition) que vous pouvez exercer en prenant contact avec le Délégué à la Protection des Données de l'institution dont les coordonnées se trouvent ci-dessous. Vous pouvez également lui adresser toute doléance concernant le traitement de vos données à caractère personnel. Les données à caractère personnel ne seront conservées que le temps utile à la réalisation de l'étude visée, c'est-à-dire environ 1 an.

Les données codées issues de votre participation à cette recherche peuvent être transmises si utilisées dans le cadre d'une autre recherche en relation avec cette étude-ci, et elles seront éventuellement compilées dans des bases de données accessibles à la communauté scientifique. Les données que nous partageons ne seront pas identifiables et n'auront seulement qu'un numéro de code, de telle sorte que personne ne saura quelles données sont les vôtres. Les données issues de votre participation à cette recherche seront stockées pour une durée maximale de 15 ans.

Une fois l'étude réalisée, les données acquises seront codées et stockées pour traitement statistique. Dès ce moment, ces données codées ne pourront plus être retirées de la base de traitement. Si vous changez d'avis et retirez votre consentement à participer à cette étude, nous ne recueillons plus de données supplémentaires sur vous. Les données d'identification vous concernant seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront être conservées et traitées de façon statistique.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent la loi définissant les droits du patient (loi du 22 août 2002), la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine ainsi que le règlement général sur la protection des données (UE) 2016/679.

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004)

Si vous souhaitez davantage d'information ou avez des questions concernant cette recherche, veuillez contacter Laura Malay (laura.malay@student.uliege.be), étudiante en neuropsychologie. Cette recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la faculté de psychologie, logopédie et des sciences de l'éducation de l'Université de Liège.


Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la protection des données
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Pour participer à l'étude, veuillez cliquer sur le bouton « Je participe » ci-dessous. Cliquer sur ce bouton implique que :

- Vous avez lu et compris les informations reprises ci-dessus
- Vous consentez à la gestion et au traitement des données acquises telles que décrites ci-dessus
- Vous avez 18 ans ou plus / [pour les mineurs : Vous avez moins de 18 ans et vous avez compris que votre participation à cette étude est conditionnée à l'accord de vos parents (un lien vers la description de l'étude va leur être transmis).
- Vous donnez votre consentement libre et éclairé pour participer à cette recherche

2. Récoltes des données socio-démographiques


Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation
Système d'enquêtes en ligne


♦ Âge 18 ▼

♦ Sexe Femme ▼


♦ Nombre d'années d'études réussies (y compris les études obligatoires)

Suivant...

Page 1/3

GDPR Privacy Notice
Développement : UDI-Fapse 

3. Attentional Style Questionnaire (ASQ)



Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation
Système d'enquêtes en ligne

Attentional Style Questionnaire (ASQ)


	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	D'accord	Tout à fait d'accord
♦ J'ai des difficultés à me concentrer lorsqu'il y a du mouvement dans la pièce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ En général, je garde le contrôle sur mes pensées et je ne me laisse pas distraire par des pensées intrusives.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je n'ai pas de difficultés à travailler tout en écoutant de la musique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Il m'est difficile de faire une seule activité durant une heure.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Souvent, des pensées et des images sans lien avec l'activité en cours me viennent à l'esprit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Il m'arrive fréquemment d'interrompre une activité en cours pour en démarrer/continuer une autre parce que je viens d'y penser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je reste généralement concentré(e) sur une seule tâche jusqu'à ce qu'elle soit terminée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je peux facilement ignorer l'environnement qui m'entoure.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Il m'arrive d'interrompre une activité pour vérifier un détail qui n'est pas en lien avec l'activité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Quand je travaille sur mon ordinateur, il m'arrive souvent d'aller sur internet pour consulter des sites sans lien avec mon travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ Je peux facilement me concentrer sur une tâche, même si il y a du mouvement ou du bruit dans la pièce où je me trouve.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ J'ai des difficultés à penser lorsqu'il y a des bruits, même s'ils sont peu intenses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précédent...
Suivant...

Page 2/3

GDPR Privacy Notice
Développement : UDI-Fapse 

4. Aberrante Saliance Inventory (ASI)

		Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education					Système d'enquêtes en ligne
Aberrant Saliance Inventory (ASI)							
		Tout à fait en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	D'accord	Tout à fait d'accord
♦	Arrive-t-il que certaines choses insignifiantes semblent soudainement particulièrement importantes ou significatives pour vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Avez-vous parfois l'impression que quelque chose de particulièrement important pour vous est sur le point d'arriver, mais sans être sûr de ce que c'est ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Vos sens semblent-ils parfois aiguisés ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Vous arrive-t-il de vous sentir comme si vous étiez en train d'atteindre rapidement le summum de vos facultés intellectuelles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Remarquez-vous parfois des petits détails qui vous semblent importants alors que vous ne les aviez pas remarqués avant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Vous sentez-vous parfois comme s'il était important pour vous de comprendre quelque chose, mais sans être sûr de ce que c'est ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Vous arrive-t-il de vivre des périodes durant lesquelles vous vous sentez particulièrement religieux ou mystique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à dire si vous êtes ravi, effrayé, peiné ou anxieux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Vous arrive-t-il de vivre des périodes de conscience accrue ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Vous arrive-t-il d'éprouver le besoin de donner un sens à des situations ou événements qui semblent aléatoires ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Vous arrive-t-il d'avoir le sentiment d'être en train de trouver la pièce manquante d'un puzzle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Avez-vous parfois le sentiment de pouvoir entendre avec une plus grande clarté ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Vous arrive-t-il de vous sentir comme si vous étiez une personne particulièrement évoluée au niveau spirituel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Des observations habituellement insignifiantes prennent-elles parfois une signification de mauvais augure ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦	Vous arrive-t-il de vivre des périodes pendant lesquelles les chansons semblent avoir un sens particulier pour votre vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pour l'intégralité du questionnaire ASI, voir annexe 2.

NB : les réponses ont été retransformée en oui-non.

ANNEXE 2

Questionnaires remplis par les participants du groupe patients (version papier)

1. Attentional Style Questionnaire ³⁹²

ASQ

Sexe : M F

Nombre d'années d'études : _____ ans

Âge : _____ ans
N°

Veillez indiquer à quel degré vous êtes en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés suivants, en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse sur une échelle allant de 1 = "tout à fait en désaccord" à 6 = "tout à fait d'accord". Toutes les réponses sont anonymes et confidentielles.

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'ac- cord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. J'ai des difficultés à me concentrer lorsqu'il y a du mouvement dans la pièce	1	2	3	4	5	6
2. En général, je garde le contrôle sur mes pensées et je ne me laisse pas distraire par des pensées intrusives.	1	2	3	4	5	6
3. Je n'ai pas de difficultés à travailler tout en écoutant de la musique.	1	2	3	4	5	6
4. Il m'est difficile de faire une seule activité durant une heure.	1	2	3	4	5	6
5. Souvent, des pensées et des images sans lien avec l'activité en cours me viennent à l'esprit	1	2	3	4	5	6
6. Il m'arrive fréquemment d'interrompre une activité en cours pour en démarrer/continuer une autre parce que je viens d'y penser.	1	2	3	4	5	6
7. Je reste généralement concentré(e) sur une seule tâche jusqu'à ce qu'elle soit terminée.	1	2	3	4	5	6
8. Je peux facilement ignorer l'environnement qui m'entoure.	1	2	3	4	5	6
9. Il m'arrive d'interrompre une activité pour vérifier un détail qui n'est pas en lien avec cette activité.	1	2	3	4	5	6
10. Quand je travaille sur mon ordinateur, il m'arrive souvent d'aller sur internet pour consulter des sites sans lien avec mon travail.	1	2	3	4	5	6
11. Je peux facilement me concentrer sur une tâche, même s'il y a du mouvement ou du bruit dans la pièce où je me trouve.	1	2	3	4	5	6
12. J'ai des difficultés à penser lorsqu'il y a des bruits, même s'ils sont peu intenses.	1	2	3	4	5	6

³⁹² Van Calster, L., D'Argembeau, A. & Majerus, S. (2018). *Op. cit.*

2. Aberrante Saliency Inventory ³⁹³

ASI

Sexe : M F

Nombre d'années d'études : _____ ans

Âge : _____ ans
N°

Veillez répondre par « Oui » ou « Non » après chaque question. En réfléchissant sur vous-même et à vos expériences, ne prenez pas en compte vos attitudes, sentiments ou expériences que vous auriez pu avoir sous l'influence d'alcool ou d'autres drogues (p.ex. cannabis, LSD, cocaïne).

1. Arrive-t-il que certaines choses insignifiantes semblent soudainement particulièrement importantes ou significatives pour vous ?	Oui	Non
2. Avez-vous parfois l'impression que quelque chose de particulièrement important pour vous est sur le point d'arriver, mais sans être sûr de ce que c'est?	Oui	Non
3. Vos sens semblent-ils parfois aiguisés ?	Oui	Non
4. Vous arrive-t-il de vous sentir comme si vous étiez en train d'atteindre rapidement le summum de vos facultés intellectuelles ?	Oui	Non
5. Remarquez-vous parfois des petits détails qui vous semblent importants alors que vous ne les aviez pas remarqués avant?	Oui	Non
6. Vous sentez-vous parfois comme s'il était important pour vous de comprendre quelque chose, mais sans être sûr de ce que c'est ?	Oui	Non
7. Vous arrive-t-il de vivre des périodes durant lesquelles vous vous sentez particulièrement religieux ou mystique ?	Oui	Non
8. Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à dire si vous êtes ravi, effrayé, peiné ou anxieux?	Oui	Non
9. Vous arrive-t-il de vivre des périodes de conscience accrue ?	Oui	Non
10. Vous arrive-t-il d'éprouver le besoin de donner un sens à des situations ou évènements qui semblent aléatoires ?	Oui	Non
11. Vous arrive-t-il d'avoir le sentiment d'être en train de trouver la pièce manquante d'un puzzle ?	Oui	Non
12. Avez-vous parfois le sentiment de pouvoir entendre avec une plus grande clarté ?	Oui	Non
13. Vous arrive-t-il de vous sentir comme si vous étiez une personne particulièrement évoluée au niveau spirituel?	Oui	Non
14. Des observations habituellement insignifiantes prennent-elles parfois une signification de mauvais augure ?	Oui	Non
15. Vous arrive-t-il de vivre des périodes pendant lesquelles les chansons semblent avoir un sens particulier pour votre vie ?	Oui	Non
16. Vous arrive-t-il parfois d'attribuer de l'importance à des objets auxquels vous n'en accorderiez normalement pas ?	Oui	Non

³⁹³ Cicero, D. C., Kerns, J. G., & McCarthy, D. M. (2010). *Op. cit.*
Traduction par Laloyaux, J. et ses collègues. En cours de publication.

17. Avez-vous parfois l'impression d'être sur le point de comprendre quelque chose de vraiment grand ou d'important sans être sûr de ce que c'est ?	Oui	Non
18. Votre sens du goût vous a-t-il déjà semblé plus fin ?	Oui	Non
19. Vous arrive-t-il d'avoir l'impression que les mystères de l'univers se révélaient d'eux-mêmes à vous ?	Oui	Non
20. Vous arrive-t-il de vivre des périodes durant lesquelles vous vous sentez surstimulé par des choses ou des expériences qui sont habituellement gérables ?	Oui	Non
21. Vous arrive-t-il souvent d'être fasciné par les petites choses autour de vous ?	Oui	Non
22. Vos sens vous paraissent-ils parfois extrêmement forts ou clairs ?	Oui	Non
23. Vous arrive-t-il d'avoir l'impression qu'un monde entier s'ouvre à vous ?	Oui	Non
24. Vous arrive-t-il d'avoir l'impression que les frontières entre vos sensations internes et externes ont été enlevées ?	Oui	Non
25. Avez-vous parfois le sentiment que le monde est en train de changer et que vous cherchez une explication ?	Oui	Non
26. Vous arrive-t-il d'avoir un sentiment d'urgence inexprimable sans être sûr de ce qu'il faut faire ?	Oui	Non
27. Vous arrive-t-il parfois d'être intéressé par des personnes, des événements, des lieux, ou des idées qui ne devraient normalement pas retenir votre attention ?	Oui	Non
28. Arrive-t-il que vos pensées et vos perceptions surgissent plus vite qu'elles ne peuvent être assimilées ?	Oui	Non
29. Vous arrive-t-il de remarquer des choses que vous n'aviez pas remarquées avant et qui prennent une signification particulière ?	Oui	Non

ANNEXE 3

Tableau de résultats pour le groupe patients

Tableau 10 : L'ensemble des résultats individuels pour le groupe patients

Patients	Âge	Sexe	Nv d'étude	ASQ int.	ASQ ext.	ASI score
1	43	Femme	15	29	12	26
2	43	Femme	9	41	25	27
3	38	Femme	12	20	20	19
4	43	Femme	15	25	15	12
5	21	Femme	10	26	23	26
6	31	Homme	8	28	21	18
7	42	Homme	12	21	22	12
8	20	Homme	9	26	23	18
9	30	Homme	10	20	19	21
10	45	Homme	9	26	18	9
11	51	Homme	12	25	18	23
12	39	Homme	12	25	17	17
13	42	Homme	12	30	17	24
14 (Chloé)	40	Femme	12	35	10	26
15 (Bruno)	30	Homme	12	26	21	19
16 (Nadia)	55	Femme	16	15	17	27
17	27	Homme	11	26	17	24
18	35	Homme	13	21	14	18
19	54	Femme	12	19	12	18
20 (Sophie)	52	Femme	12	24	18	18

ANNEXE 4

Résultats statistiques

1. Statistique descriptive

Tableau 11 : Caractéristiques des participants

	Groupe contrôle (n=152)		Groupe patients (n=20)	
	Moy.	ET	Moy.	ET
Age (nombre d'années)	26.32	5.977	39.05	10.18
Niveau d'études (nombre d'années réussies)	15.09	2.911	11.65	2.110
ASI	13.34	7.209	20.10	5.271
ASQ interne	26.43	6.479	25.40	5.744
ASQ externe	16.66	5.174	17.95	3.993

Tableau 12 : Table de fréquence pour la variable sexe

Groupe	Sexe	Fréquence	Pourcentage
<i>Contrôle</i>	Femme	95	62.5 %
	Homme	57	37.5 %
<i>Patients</i>	Femme	10	45.00 %
	Homme	11	55.00 %

2. Test de la normalité

Variabes	W	p
<i>ASQ interne</i>	0.986	0.0776
<i>ASQ externe</i>	0.985	0.0654
<i>ASI</i>	0.968	0.0005*

* Résultat significatif qui suggère une violation de la normalité ($p < 0.05$).

3. Test de la validité

Tableau 13 : Validité des différentes mesures

	Nombre d'items	α
ASQ interne	7	0.76
ASQ externe	5	0.79
ASI	29	0.91

4. Analyse en composante principale

Tableau 14 : Résultats de l'analyse en composante principale pour le questionnaire ASQ

Analyse en composante principale		
Items	Facteur 2 (ASQ interne)	Facteur 1(ASQ externe)
Item 1	.	0.798
Item 10	0.522	.
Item 11	.	0.805
Item 12	.	0.671
Item 2	0.497	.
Item 3	.	0.514
Item 4	0.551	.
Item 5	0.632	.
Item 6	0.739	.
Item 7	0.731	.
Item 8	.	0.718
Item 9	0.632	.

Tableau 15: Adéquation du modèle

	Valeur	dl	p
Model	124.401	43	< .001 *

*Modèle significatif ($p < 0.05$).

5. Test des corrélations entre l'ASI et l'ASQ

Tableau 16 : Corrélations de Spearman

		ASI	ASQ ext.	ASQ int.
Score ASI	Spearman's rho	—		
	p-value	—		
ASQ ext.	Spearman's rho	0.089	—	
	p-value	0.245	—	
ASQ int.	Spearman's rho	0.246 **	0.237 **	—
	p-value	0.001	0.002	—

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

6. Régression linéaire

Model	R	R ²	Adjusted R ²	RMSE	Durbin-Watson
1	0.276	0.076	0.071	7.063	1.492

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
1	Regression	701.9	1	701.93	14.07	< .001
	Residual	8490.3	170	49.89		
	Total	9183.2	171			

Model		Unstandar- dized	Standard Error	Standar- dized	t	p	95% CI	
							Lower	Upper
1	(Inter- cept)	5.788	2.288		2.530	0.012	1.272	10.304
	ASQ int.	0.317	0.085	0.276	3.751	< .001	0.150	0.484

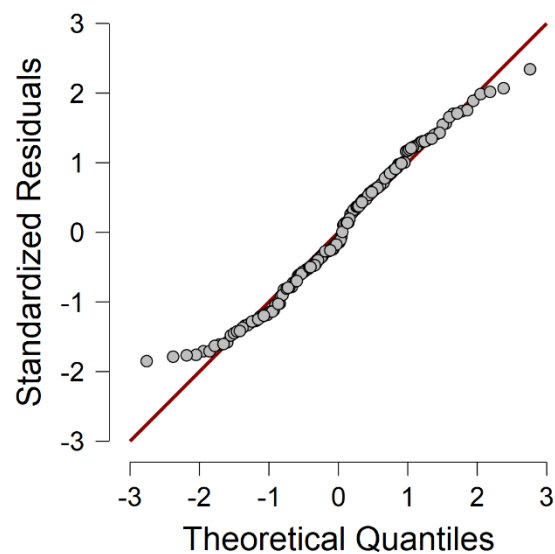


Figure 3 : Droite de régression

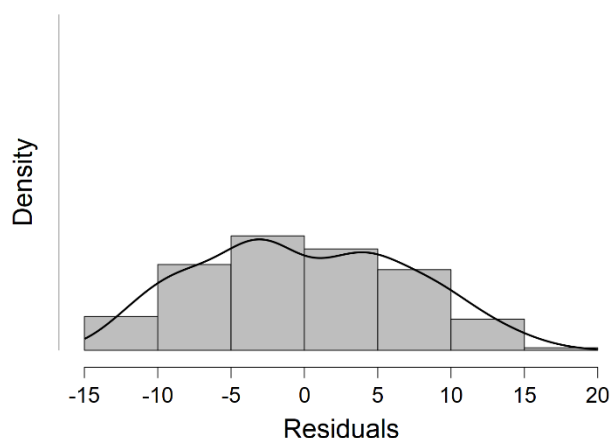


Figure 4 : Histogramme des variables résiduelles

7. Test des différences entre les groupes (patients VS contrôle) aux différents scores (ASI, ASQ interne, ASQ externe)

Tableau 17 : Test t de Student pour échantillon indépendant - test U de Mann-Whitney

Variables	Test	Statistique	dl	p
ASQ int.	Student	0.675	170.0	0.501
	Mann-Whitney	1735.000		0.305
Score ASI	Student	-4.048	170.0	< .001 ^a
	Mann-Whitney	702.000		< .001 ^a
ASQ ext.	Student	-1.069	170.0	0.287
	Mann-Whitney	1284.500		0.261

^a Le test de Levene est significatif ($p < 0,05$), ce qui suggère une violation de l'homogénéité des variances.

Tableau 18 : Test de la normalité (Shapiro-Wilk)

Variables	Groupe	W	p
ASQ int.	Contrôle	0.983	0.054
	Patients	0.924	0.118
Score ASI	Contrôle	0.967	0.001*
	Patients	0.921	0.102
ASQ ext.	Contrôle	0.984	0.083
	Patients	0.971	0.782

* Résultat significatif qui suggère une violation de la normalité ($p < 0.05$).

Tableau 19 : Test de l'homogénéité des variances (Levene).

	F	Dl	p
ASQ int.	2.328	1	0.129
Score ASI	4.357	1	0.038*
ASQ ext.	2.789	1	0.097

8. Test des différences entre les groupes (patients VS contrôle) aux différents scores (ASI, ASQ interne, ASQ externe) en excluant les patients avec une schizophrénie affective

Tableau 20: Test t de Student pour échantillon indépendant - test U de Mann-Whitney en excluant les patients avec une schizophrénie affective

Variables	Test	Statistique	dl	p
ASQ int.	Student	0.576	171.0	0.566
	Mann-Whitney	1790.500		0.366
Score ASI	Student	-4.085	171.0	< .001 ^a
	Mann-Whitney	744.000		< .001 ^a
ASQ ext.	Student	-1.178	171.0	0.240
	Mann-Whitney	1327.500		0.212

^a Le test de Levene est significatif ($p < 0,05$), ce qui suggère une violation de l'homogénéité des variances.

Tableau 21 : Test de la normalité (Shapiro-Wilk) en excluant les patients avec une schizophrénie affective.

Variables	Groupe	W	p
ASQ int.	Contrôle	0.983	0.054
	Patients	0.933	0.158
Score ASI	Contrôle	0.967	0.001*
	Patients	0.919	0.083
ASQ ext.	Contrôle	0.984	0.083
	Patients	0.972	0.767

* Résultat significatif qui suggère une violation de la normalité ($p < 0,05$).

Tableau 22 : Test de l'homogénéité des variances (Levene) en excluant les patients avec une schizophrénie affective.

	F	Dl	p
ASQ int.	2.525	1	0.114
Score ASI	5.179	1	0.024 *
ASQ ext.	3.175	1	0.077

ANNEXE 5

Retranscription des entretiens (prise de notes)

1. Chloé (patiente 14)

La première chose que je peux vous dire c'est que je suis une femme. Je suis plutôt sociable, quand j'habitais à Malmedy, il y avait toujours des amis chez moi, soit pour boire un café ou des bières. J'ai d'abord été hospitalisée dans un autre service pour soigner ma dépendance. Mais je buvais pour que mon mari arrête de boire, je n'ai pas arrêté de le dire mais ils ne me croient pas. Alors que c'est lui l'alcoolique. Et c'est la sœur de ma meilleure amie qui m'a droguée pour je sois placée ici pour qu'elle puisse me voler mes pièces de collection. Mais je les ai bien cachées, elle ne les aura jamais.

J'ai eu une belle enfance. La seule chose c'est que j'ai eu une commotion à 8 ans environ. J'étais complètement inconsciente et je n'ai pas arrêté de vomir. Mais ils ne m'ont pas amenée tout de suite à l'hôpital. Pour finir, je suis restée 4 jours hospitalisée. J'ai vraiment un trou noir de ces jours-là mis à part que je n'arrêtais pas de remettre sans cesse. Là-bas, j'ai rencontré un garçon avec qui je m'entendais bien. J'aimerais le revoir. Enfin, au niveau scolaire, je n'ai pas eu de difficultés en primaire (j'avais toujours 90 %), mais en secondaire ça a été la catastrophe. J'ai totalement déconnecté de l'école parce qu'on allait tout le temps au café avec mon groupe d'amis. J'ai eu des problèmes d'alcool et j'ai déjà fait une crise d'épilepsie à la suite d'une tentative de suicide avec des médicaments. C'était à cause de ma main. J'ai voulu en finir. J'avais trop difficile à l'accepter. J'ai appelé le 100 et ils m'ont juste dit d'aller voir le médecin traitant, vous imaginez, ce n'est pas normal, si j'étais morte ça aurait été de leur faute.

J'ai travaillé dans l'hôtellerie, dans une crêperie puis dans un restaurant. J'ai adoré. J'ai travaillé aussi en tant qu'intérimaire et mon dernier emploi était dans une maison de repos. Je devais conduire pour ce travail, donc j'ai appris, mais sans le permis. Actuellement, je suis sous la mutuelle.

Je n'ai jamais douté que mes pensées étaient les miennes. Il y a des gens qui essaient de rentrer dans ma tête, qui sont télépathes, mais je les bloque tous. Ils ne peuvent pas y arriver.

Il m'arrive de tourner en boucle et je sais que je parle beaucoup trop de ma maladie.

Bah oui, c'est tout à fait normal d'entendre ses pensées, si je pense j'entends ce que je pense, parce que j'y réfléchis.

Je ne dirais pas que je ne sais pas contrôler, mais on me dit tout le temps : « non, tu ne peux pas faire ça », « non, tu ne peux pas penser à ça », c'est ça qui me bloque, ce n'est pas mes pensées,

c'est les autres qui veulent m'interdire de penser.

Par contre, quand je suis prise dans un film, il peut se passer n'importe quoi, je suis totalement dans le film. D'ailleurs, je sais prédire ce que les personnes vont dire.

Quand j'ai trop de pensées dans ma tête, mes yeux ils deviennent noirs.

Mon père c'était un taiseux. J'ai fait des cauchemars qu'il venait le soir et qu'il faisait des choses avec moi. Mais je ne sais pas bien si c'est réel ou si je l'ai juste rêvé. Je ne sais pas du tout.

C'est en 2000 que ma maladie a commencé. Mais moi je ne pense pas être schizophrène, je suis maniaque-dépressive comme le docteur de Saint-Vith a dit, je ne suis pas schizophrène. En plus, les médicaments ne sont pas pour moi, peut-être que pour les autres ça marche, mais pour moi ça fait pire, je me sens mieux sans les médicaments. Ils me speedent plus que quelque chose, en plus j'ai un médicament pour me réveiller et un pour dormir. Ce n'est pas logique quand même. Le soir, quand j'essaie de m'endormir, j'ai l'impression d'être morte. Mais vraiment, je me sens morte. C'est le vide total.

J'ai toujours besoin de chanter, la chanson j'en ai besoin pour vivre. Mais je n'aime pas l'écouter trop fort, quand c'est trop fort je n'écoute pas bien les paroles, il ne faut pas écouter trop fort.

Je dois aller à l'activité de relaxation, mais je déteste faire ça moi, j'ai juste envie d'éclater de rire là-bas, et à chaque fois on me met dehors. Ce dont j'ai besoin, c'est de hurler dans les bois, mais hurler. Je suis hyper speedée, j'ai besoin de courir, hurler, etc. J'ai une voix qui peut casser des fenêtres moi, vous savez. Plusieurs personnes m'ont dit d'aller à The Voice. J'ai toujours besoin de chanter, sans cesse, je ne peux pas m'en empêcher, sinon je suis malheureuse sans la musique. La musique, ça me calme. Je suis complètement transportée par la musique comme si j'étais moi-même la musique. Moi j'ai envie d'être une chanteuse, mais une vraie chanteuse, comme Jennifer.

Il y avait de la cocaïne dans l'appartement, et je les ai dénoncés à la police, mais du coup ils disent que je leur dois 40 euros, mais je ne saurais pas leur donner comme je suis ici, fin je n'ai pas envie qu'ils viennent pour se venger ici moi, mais je pense qu'ils ne pourraient pas rentrer ici de toute façon. C'est pour ça que je suis ici, c'est parce que la police a dit de m'emmener en sécurité.

Une pensée qui reste et qui m'a fort marquée, c'est par rapport à ma maman qui ne cesse pas de montrer ma main à tout le monde, tout le temps, comme si c'était ma faute, mais ce n'est quand même pas faute, qu'elle me laisse. J'ai cette malformation à cause du cordon médical qui s'est enroulé autour de mes doigts. Je pense que le cordon était aussi enroulé autour de mes jambes

parce que regarde, il y a des lignes sur mes jambes, je pense que c'est le cordon médical qui a fait ça.

Si mes pensées avaient une forme ce serait en forme de mélodie, de chanson ou peut-être de trapèze, je ne sais pas. Et elles sont localisées dans l'écriture, la peinture, ou des chansons. Ou peut-être dans un bijou. Je pense que toutes les pensées de ma grand-mère sont dans sa bague. Après j'irai la rejoindre dans la bague aussi.

Il m'est arrivé un truc pour que j'arrive ici, c'est à cause des sorcières de Salem, je le savais, je le sens, elles ont agi sur moi. Du coup, j'ai atterri en psychiatrie. Et mon mari m'a envoyée ici parce que j'ai peint sur une table, mais c'était pour les sorcières, c'est elles qui voulaient que je peigne cette table, c'étaient des signes qu'elles me dictaient. Fin au final ce n'était qu'une table. Mais à chaque fois qu'on se dispute avec mon mari, j'atterris ici. C'est de sa faute.

Mais non, je pense que c'est à cause de mon mari. Il est plus alcoolique que moi, et c'est moi qu'on enferme, ce n'est pas normal. Moi, j'ai commencé à boire pour qu'il arrête de boire, mais ils ne me croient pas. Mais si, je jetais des bouteilles dans l'évier pour qu'il arrête de boire.

Vous savez ça fait déjà 20 ans qu'on m'a déclarée schizophrène, et ça fait 20 ans que je suis décalée du monde.

Quand je pense à quelqu'un, je le vois, le jour même. C'est toujours comme ça. J'y pense, je le vois.

J'ai les jambes impatientes à cause des médicaments. C'est pour ça que je dois toujours marcher. Quand je veux dormir, c'est le pire. Honnêtement, je me couperais bien mes jambes la nuit. C'est à cause des médicaments. Je le dis aux médecins, mais ils ne font rien, ce n'est pas normal. C'est horrible.

J'ai déjà eu des trous noirs, mais je pense que c'était lié à l'alcool probablement.

Je pense qu'on devrait revenir comme dans le temps et qu'on paie le docteur avec une poule.

La chanson c'est ma vie, peindre aussi. Je n'ai pas l'impression d'être moi-même avec les médicaments. Quand je pense, je suis tellement dans mes pensées que je ne suis pas vraiment présente.

Si je n'ai pas d'enfant, c'est à cause de la schizophrénie, je ne sais pas comment expliquer, mais elle a un effet sur moi qui m'empêche d'avoir des enfants. Mais moi je veux avoir des enfants. Je ne suis jamais tombée enceinte, c'est une de mes plus grandes tristesses. À cause de ça, j'ai l'impression de ne pas faire partie du monde. Ne pas avoir d'enfants m'éloigne du monde, et c'est

à cause de ma maladie, depuis 20 ans. J'ai plus mes règles depuis longtemps maintenant, ce n'est pas bon. Je dois sortir pour aller voir un gynécologue. Une fois, pendant 4 ans je n'ai pas eu mes règles.

J'ai le sentiment de m'observer de l'extérieur, de m'observer en arrière, comme si j'étais dans une glace, vous voyez, et qu'à ce moment-là je peux changer les choses du passé et les refaire comme je veux. Ça m'arrive très souvent. Mais je me perds jamais dans le temps, non, je sais le gérer et revenir.

Je peux très vite changer d'humeur, je pense que mon caractère est comme ça, changeant.

Vous savez je pense qu'il y a surtout une barrière entre le monde et l'église. Parce que si vous réfléchissez, Dieu, il doit bien y avoir une femme qui l'a créé, donc Dieu n'était pas le premier. C'est vraiment une question qui tournait dans ma tête et j'essaie de la résoudre sans y arriver. Mais j'ai compris, c'est moi la mère de Dieu, c'est pour ça que je n'ai pas d'enfant, en fait je l'ai déjà lui, et je pense que je ne pouvais pas avoir un autre enfant, sinon il n'y aurait plus qu'un seul Dieu. Quand je pense à ça, ça me procure du bien et me donne du courage. J'ai l'impression que tout devient plus clair.

Notre monde il est beaucoup trop pollué, donc il se venge c'est normal, avec les orages, les tsunamis, le temps qui change comme ce mois-ci, il fait 38 degrés et puis 16 degrés d'un jour à l'autre.

Vous savez ma grand-mère elle m'a dit que j'étais juste bonne à enfermer dans une cage. J'essaie de ne plus pleurer, mais c'est dur. Mon chien il me manque, à la SPA ils me l'ont pris, ils n'ont pas le droit.

Vous savez je me pose beaucoup de questions très importantes oui, mais elles sont secrètes. Je ne peux pas en parler. Dans le bureau il y a la télévision, vous êtes sûr qu'elle n'est pas branchée sinon on peut avoir mis un micro dedans. Je veux que personne ne sache ce que je vous ai dit, fin pas savoir que c'est moi qui l'ai dit. Parfois ces pensées elles me bloquent. Je reste focalisée dessus, je m'en rends compte parfois. Je pense que oui mes relations peuvent être bloquées à cause de ça. Une fois il m'est arrivé quelque chose par exemple pour laquelle je me pose toujours des questions. Je suis allée mettre une bougie et là j'ai perdu ma pièce dans la cire. On ne pouvait plus la prendre et quand je suis revenue, j'ai rallumé la bougie et la pièce est tombée dans ma main. Mais je suis athée, je ne crois en rien. La seule personne en qui je crois, c'est moi. Il faut aussi absolument que je comprenne les écritures qui sont dans le fumoir, je veux le repeindre le fumoir, mais en gardant

les écritures. Elles doivent être gardées et protégées, elles veulent dire quelque chose d'important.

J'ai l'impression que le monde ne me comprend pas. J'ai l'impression d'être séparée de lui. Sûrement à cause de mes pensées qui peuvent m'envahir à certains moments.

Comme je l'ai déjà dit, j'ai une confusion parfois entre mes rêves et la réalité. Je fais des cauchemars que mon père fait des choses avec moi la nuit, mais je ne sais pas si ç'a été réel.

Dans les douches il y a des champignons, alors je me lave dans l'évier, mais avec la sécheresse de toute manière on va devoir faire des économies. Enfin je pensais que c'étaient des champignons, mais en fait, c'est des verrues. Et pour les verrues, mon papa il a un don, il peut soigner les verrues. Mais mon père il m'a déjà fait tellement peur que je me suis déjà fait pipi dessus. Mais j'aimerais quand même aller jusque Saint-Jacques de Compostelle avec lui.

La fatigue, l'épuisement, l'impression de ne pas être présent, je vous l'assure, c'est les médicaments. J'ai que des problèmes avec les médicaments, je n'en veux plus. Il faut qu'ils arrêtent, je ne les supporte pas, je n'arrive même pas bien à parler, j'ai la bouche toujours sèche. Je dois toujours boire.

J'ai des sensations bizarres dans le corps très fréquemment, par exemple, j'ai des frissons quand il va se passer quelque chose. Je le dis aux gens, je les préviens, qu'il va leur arriver quelque chose. Ou, par exemple, si je pose une question, par exemple si je vais me marier, bah regardez mon doigt descend. Et ce n'est pas faux, ce n'est pas moi qui le fais aller, il a toujours raison ça se réalise. Une fois, j'ai dit à une amie : « ne rentre pas il va y avoir une botte de foin qui risque de te tuer », alors elle a pris un autre chemin, et le lendemain elle a trouvé la botte de foin, elle m'a dit que j'avais raison. Je le sens quand il va arriver quelque chose, c'est comme ça. Ou une fois ma mère et mon père voulaient faire du cheval, moi je dis que je ne veux pas monter, qu'il va y avoir des vipères, que je les attends, ils me critiquent et ne m'écoutent pas. Mon père avait sa caméra et il y avait une guide avec nous qui était aussi sur un cheval. Résultat, ma mère est tombée du cheval, la guide aussi et mon père a eu sa caméra cassée. Depuis ce jour-là, ils ont compris que j'avais un don. J'ai le sentiment aussi quand quelqu'un va mourir, je le sais. Par exemple, je sais qu'il va y avoir un mort bientôt dans le service, mais je ne sais pas qui. Je le dis, mais personne ne me croit et ils ne font rien, mais ça va arriver. La preuve, il y en a un dans le service qui essaie de se suicider, je ne sais pas si c'est lui qui va mourir, mais s'il trouve un moyen je les aurai prévenus. Je peux aussi souhaiter des choses, et elles se produisent souvent.

Vous n'imaginez pas à quel point c'est difficile d'avoir des dons, c'est lourd, et pour les

donner on doit mourir. C'est vrai quand on a la sensation qu'on va mourir, et qu'on doit vraiment faire très attention, qu'on le sent. On peut transmettre les dons par télépathie. Par exemple, notre père quand il mourra pourra nous donner son don à ma sœur et moi pour nos enfants.

Je me regarde très souvent dans le miroir, j'arrive à m'hypnotiser dans le miroir moi-même. Quand je suis sur hypnose, mes yeux deviennent entièrement noirs.

J'ai déjà entendu une voix extérieure qui m'a sauvé la vie, elle m'a crié « laisse-toi tomber par terre ». Mais c'est quand même rare. Mais quand j'arrête mon traitement, j'entends plus les voix.

Ma main gauche elle devient vieille. Elle se cale ou se bloque parfois dans certaines positions. J'aimerais qu'elle repousse ou qu'elle ne fasse plus partie de moi.

Je pense qu'un jour je referai le monde avec B., l'homme que j'aime, qui est télépathe, c'est pour ça qu'avec lui on peut totalement se confondre l'un dans l'autre. Par exemple, si je pense à lui et que je me touche la jambe en pensant que c'est sa main, il rêvera la même chose, en même temps que moi. On est connectés. Et donc avec lui on refera le monde, on attendra que les voitures tombent toutes en panne et on reviendra aux chevaux comme dans le temps. Parce que les voitures, ce n'est pas bon du tout pour l'effet de serre.

Mon corps peut être modifié par des événements particuliers. Quand mon père a failli mourir, j'ai attrapé une bosse à la main, je sais que c'est lui qui est venu dans main. Depuis ce jour-là, je sais que mon père sera toujours avec moi et que son âme sera en moi quoi qu'il lui arrive.

Le contact physique m'a déjà semblé désagréable, notamment, car pour mon mari, le viol dans un couple n'existait pas ..., je le faisais alors que je n'avais pas envie, j'avais l'impression que mon corps de m'appartenait plus.

Je pense que mon quotient intellectuel est au-dessus de la moyenne, mais qu'on ne l'a pas encore vu. Je pense qu'il est au moins à 130. On m'a toujours rabaisée toute ma vie, mais le docteur me l'a dit que j'étais intelligente, je suis tellement soulagée, ça m'a fait beaucoup de bien qu'il me le dise.

Comme je l'ai déjà dit, j'ai des dons particuliers, notamment pour le chant, le théâtre, le dessin, etc. Je peux aussi donner la mort si je le souhaite. Quand j'étais petite, j'ai fait de la magie noire sans le vouloir, fin de la magie blanche ou noire, je ne sais pas vraiment parce que j'étais petite. En fait, si tu veux garder ton amoureux pour le reste de ta vie tu dois prendre un œuf, le vider de la partie jaune, y placer un cheveu de la personne que tu vas garder près de toi, faire un

nœud et l'enterrer. Sauf que comme il n'avait pas vraiment de cheveux, j'ai mis les miens.

Une autre chose qui m'arrive aussi, c'est quand je prends l'appareil photo de mon téléphone et que je fais des photos d'une personne, la personne meurt, même si je fais une photo via la télévision.

2. Bruno (patient 15)

J'ai 30 ans. Et ma vie c'est le chaos, la prison, ça fait 10 ans que c'est comme ça, j'ai envie de m'en sortir. Déjà j'ai arrêté la consommation de cannabis. Je pense que si j'avais eu un petit frère, je l'aurais frappé pour pas qu'il tourne comme ça, pas comme mes frères. Dès mon plus jeune âge j'étais mal dans ma peau, c'est pour ça que j'ai commencé la drogue.

Je vis seul depuis 3 ans maintenant et je n'ai pas d'enfants ni de compagne pour le moment. Je m'entends très bien avec ma famille. Je suis proche d'elle. Mon père est la personne dont je suis le plus proche, c'est comme un grand ami pour moi. Il arrive à me comprendre. Malheureusement, il a un cancer des poumons. Je ne sais pas comment je vais faire sans lui s'il arrive quelque chose. J'ai aussi deux grands frères et une petite sœur.

Je pense que j'ai quand même eu une enfance facile. Mes parents sont toujours ensemble. J'ai réussi mon CESS. Mais j'ai eu beaucoup de moqueries, d'insultes, ou autres, mais il n'y avait pas de respect dans cette école, tout le monde gueulait, s'insultait. À ce moment-là, on peut me décrire comme un enfant déchaîné. J'avais été victime de harcèlement, je m'étais déjà fait voler mon GSM par exemple. Ensuite, j'ai travaillé à l'Eureka, puis en tant qu'électricien et dans l'électronique aussi. C'est ma mère qui a appelé pour que je sois hospitalisé. On a un bon contact, fin avec des hauts et des bas, il y a des moments où c'est difficile avec elle. Je me suis mutilé une fois, 20 lignes sur le bras, pour qu'elle me donne de l'argent, c'est pour ça qu'elle a appelé.

Je perds le contrôle de mes pensées quand je suis en échec, par exemple, quand je bois ou je fume alors que je sais que je dois arrêter. Je consommait beaucoup de cannabis avant, mais je n'aime pas en parler parce que c'est une de mes conditions de justice. Vous savez que je passe au tribunal demain ? Je suis fort anxieux. Je pense qu'on devrait le légaliser le cannabis pour pas que des jeunes se retrouvent à fréquenter des dealers et être dans un milieu comme ça. Consommer ce n'est quand même pas bien, maintenant j'y touche plus moi, parce que quand je consommait, je n'arrivais pas à tenir mes propres promesses. Mais non je suis certain que mes pensées sont les miennes même si elles m'envahissent. Je ne suis pas en télépathie, même si je pense que parfois j'influence les gens, mais je ne le fais pas exprès. Mais on peut considérer qu'elles sont quand même influencées par tout ce que j'ai vu et entendu. Elles proviennent d'ailleurs.

Je me pose beaucoup de questions sur la télévision, ce que j'entends ... mais je pense que d'autres personnes se les posent aussi. Mais ça m'arrive souvent, très souvent. Par exemple, je ne sais pas si je dois serrer la main, donner la bise ... c'est toujours compliqué ces trucs-là. On devrait dire tout le monde se donne la main par exemple. Ce serait plus facile ... non ? Mes médicaments diminuent mes idées noires.

J'ai énormément de pensées noires. Elles viennent sans prévenir et m'envahissent. Elles touchent généralement des événements qui se sont produits, c'est plus axé sur le passé que sur l'avenir par exemple. Elles sont toujours négatives et peuvent toucher des détails. Mais toujours négatives, jamais positives. C'est des idées suicidaires, je me vois me pendre, je me vois me tuer, etc. Quand ça arrive, j'ai beaucoup de pression dans ma tête et pour que ça s'arrête je me mets en position fœtus et je m'arrache les cheveux. Je ne ressens jamais un vide, mes pensées négatives ont tendance à disparaître doucement en prenant des médicaments ou en gérant mon stress. Pour le moment je pense surtout à mes problèmes de justice et le suicide. Ce qui me stress le plus, c'est que je n'arrive jamais à leur parler aux juges. Quand je pense au suicide, je m'éloigne de ce qui est dangereux. Tout se passe dans ma tête, c'est pour ça que j'ai beaucoup de pression.

Un jour, je me suis retrouvé perdu et j'ai tenté de me suicider. J'étais à deux doigts de me faire prendre par le train. Maintenant, ça va mieux, j'arrive à mieux me gérer. Mais ce jour-là, quand j'étais perdu, j'ai entendu rire une femme alors que je sais qu'il n'y avait personne au fond. En sortant de la forêt, il y avait un taxi, comme s'il m'attendait, je lui ai donné 150 euros pour qu'il me ramène chez moi. Je ne sais pas comment, mais mon père a réussi à retrouver la voiture alors qu'elle était complètement perdue. Je ne me souviens plus très bien comment ça s'est passé. Si c'était un accident ou une tentative de suicide. C'est un peu vague.

J'imagine mes pensées comme étant carrées. Moi c'est tout carré ou cercle chez moi. Je suis musicien, je fais de la musique électronique tout seul, mais j'ai tout revendu. J'ai fait le con. J'ai revendu parce que je pensais que les gens se moquaient de moi.

J'ai facile à prendre des choix, mais il m'arrive d'être intimidé par les autres et de changer d'avis. J'ai peur du regard des autres, ce qu'ils pensent de moi. J'ai peur des bagarres aussi. Avant, je me battais, mais maintenant, non, je ne veux plus me battre, je ne suis pas capable. Quand il y a une situation comme ça, ça me stress, j'ai plein d'idées noires qui me viennent, je suis envahi par le stress, je ronge mes ongles, je frotte ma tête, j'arrache mes cheveux, parfois je me gratte.

Il m'arrive d'être distrait, mais ça va depuis que je suis sorti de l'école. Depuis que j'ai quitté l'école, j'ai toujours su me lever le matin.

Il m'est déjà arrivé de percevoir le temps comme ralenti et c'est très difficile à vivre.

Parfois, j'ai l'impression que c'est le vide autour de moi. Mais je me sens quand même présent. Je vis. J'ai l'impression de tout voir, de tout sentir, de tout entendre ... j'ai l'impression d'être omnipotent. Que j'étais différent de tout le monde. Que j'étais le seul être humain qui restait. Le seul à pouvoir ressentir et à souffrir. Les autres peuvent, mais ne ressentent plus la douleur, la souffrance. J'ai l'impression que les autres sont comme dans un cinéma devant moi, comme s'ils étaient les personnages d'un film et que je voyais tout, mais sans pouvoir rien faire. J'ai le sentiment d'être seul au monde. J'ai l'impression qu'en fonction que les photos changent, des choses vont arriver. C'est vrai quand je fais des photos il y a des reflets et on voit des choses. Par exemple, je filmais mes mains quand je faisais du piano et à côté il y avait un néon jaune, et un moment pendant que je filme la lumière jaune disparaît alors que le néon est toujours à côté de moi. C'est des nuances, des lueurs, des jeux de lumière comme ça. J'ai des esprits qui me possèdent. C'est des esprits *feufolien* vous connaissez ? Ce n'arrive pas qu'à moi ça. Il y a des gens qui en parlent sur internet. Vous me croyez ? Je ne vous mens pas. Il y en a des gentils ou des méchants. Mais ce n'est pas pour ça que je ne me sens pas en sécurité, je n'ai pas encore ramassé une poêle en tout cas. Dans mon divan il y a deux trous noirs qui n'arrêtent pas de grandir. Je ne sais pas ce que c'est. Pas moyen de l'enlever et ça grandit. C'est comme des yeux. Je peux vous montrer des photos si vous voulez. En plus, je ne trouvais même pas les morceaux de velours du divan à terre. Je n'imagine pas comme ça doit être quand je rentrerai.

Je ne sais pas pourquoi ni comment l'expliquer, mais j'ai très souvent le sentiment d'être quelqu'un d'anormal. J'ai vraiment peur d'être psychopathe tellement mes idées sont noires. J'ai demandé au docteur et tout ça, mais on m'a dit que je l'étais pas. Je ne suis pas psychopathe. Je n'ai jamais tué quelqu'un donc je ne suis pas psychopathe. Mais j'ai tellement des idées noires très très fortes que j'ai peur d'être psychopathe. Mais quand ça arrive, j'essaie de revenir à mes sources. Et je me répète que je suis normal.

J'ai déjà eu le sentiment de me voir de l'extérieur. C'était très moche. Je me voyais aller à la toilette ou dormir. Quand je m'observe, je ne ressens rien, aucun sentiment. Je veux dire ça a

toujours été comme ça. C'est normal pour moi. C'est comme ça c'est tout, je ne cherche pas à comprendre. C'est totalement aléatoire, il n'y a pas de raison à cela.

La terre tourne toujours du soleil, mais le monde est mécanique. Je suis le seul à vivre. Les autres sont des personnages d'un film. J'ai ce sentiment depuis que mon papa est tombé malade. Je ne sais pas si c'est une protection par rapport à cela. Parfois, je me rends compte que vous n'êtes pas réellement des personnages et que vous êtes comme moi, mais je le ressens quand même. Mais je pense que la planète n'est pas foutue.

Je crois en 3 religions, le bouddhisme, le christianisme et la religion musulmane. Je me sens complètement divisé par ces parties de moi qui sont complètement séparées. Je pense avoir une autre identité, une autre nationalité plus précisément. Mais je ne me sens pas comme quelqu'un d'autre. C'est ma mère qui me disait toujours que j'étais Suédois. Je ne sais pas pourquoi elle me dit ça, elle n'a jamais voulu me le dire.

J'essaie de surveiller ce qu'il y a en bas de chez moi. J'ai l'impression d'être tout le temps surveillé par la police.

C'est vrai qu'il m'arrive de croire que je suis homosexuel. Ça me fait quand même peur. Je sais que j'ai des phases bizarres. Mais c'est la société. Dans la société actuelle, il faut accepter tout. C'est la société qui provoque cette peur. Et moi je reste marginal. Je n'aime pas ça. Parfois, j'arrive même à ne plus savoir si je suis un homme ou une femme, mais quand je me regarde dans le miroir alors ça va. Je me regarde dans le miroir pour aller mieux.

J'ai un sentiment d'insécurité avec le terrorisme, je ne veux pas qu'ils m'attaquent moi, c'est vraiment malheureux, je n'ai jamais vu autant de morts. Enfin je ne les ai pas vus pour du vrai, mais vous avez compris quoi. Et ce n'est pas fini. Mais ce sentiment d'insécurité a diminué depuis que je suis ici. Mais je n'ai pas de problème avec le monde, les planètes, les animaux, l'architecture. Je pense que les plus cons là-dedans, ce sont les êtres humains quoi.

J'ai parfois un peu du mal à passer du bon temps ou à prendre du plaisir mais, c'est quand même rarement. Et de toute manière, je n'ai plus d'amis actuellement ...

Je suis vraiment épuisé, c'est exagéré, et c'est très fréquemment depuis toujours fin peut-être depuis les médicaments, je ne sais pas. Maintenant, j'arrive à me lever le matin, mais pendant mon adolescence, quand j'avais encore école, c'était vraiment très difficile quand même. Donc je

pense que ça a toujours été comme ça d'une certaine manière. Dans ces cas-là, j'ai l'impression que ma tête va tomber à terre. Quand ça change ça va mieux. Aujourd'hui j'ai mal à la tête. Dans ces moments-là, je peux me bloquer, ne rien faire, être inactif, sans penser à rien, debout, mais je continue quand même à percevoir les choses autour de moi, mon environnement.

Il y a des fois je suis inactif, je ne fais rien, je n'ai pas de pensées, même parfois debout, mais je sais quand même ce qui m'entoure, je continue à voir les choses autour de moi. Je me considère pas réellement comme absent.

Je me pose énormément de questions sur tout, sur la mort, sur la vie, les planètes, la planète sur laquelle on vit. Mais je sais les contrôler en général. Mais quand j'ai peur, je suis angoissé, anxieux, je pense à la mort (je pense très souvent à la mort). Je peux réfléchir beaucoup à ma solitude, pourquoi je ne trouve pas de femme, ou des trucs comme ça.

Je me regarde souvent devant le miroir pour voir si je vais bien.

Mes expériences sont sur le chemin de fer, là où j'ai voulu me suicider ou c'est un accident je ne sais plus. C'était une grosse expérience. Elle m'a marqué. Ça fait 10 ans. Mais pas les autres expériences, seulement celle là se trouve sur le chemin de fer.

J'ai vraiment peur des terroristes oui. Je pense que les terroristes viennent me chercher, qu'ils veulent quelque chose de moi en particulier, ça peut être un lien avec les esprits, à cause des photos, mais c'est surtout pour moi. Je ne sais pas expliquer pourquoi. Ils veulent mon corps, ils veulent me tuer. J'espère qu'ils ne me connaissent pas avec ma musique sur internet. Mais il ne faut pas trop parler de ça en ce moment, on va changer de sujet, c'est encore trop sensible d'en parler du terrorisme maintenant.

Quand je serre la main des gens, oui, j'ai l'impression d'être lié à eux. Enfin pas toujours, c'est parfois quand j'ai des flashes bizarres.

Avant je faisais de la musique, maintenant c'est fini. Maintenant, c'est que des streamings de toute façon. C'est que de la concurrence. The Voice et tout. C'est de la concurrence. Je ne trouve personne pour faire de la musique avec moi, ils font tous pas la même musique fin je ne sais, je pense qu'ils sont différents, j'ai une musique à moi. Mais en général je fais de la house, de la trap, et de l'électronique. Mais j'ai tout jeté j'ai fait le con. Parce que les gens se moquaient. Je n'aime pas ça. Mais il me reste quand même pour faire de la musique sur mon ordinateur et j'ai encore un piano électronique chez moi.

On m'a pris 20 euros aujourd'hui, je suis toujours gentil et tout d'habitude, mais là c'est fini je ne fais plus confiance à personne. Je donne toujours des cigarettes et tout aux autres maintenant c'est fini.

Une partie de moi est morte oui, ce sont mes dents de sagesse, depuis qu'on me les a arrachées, enfin je sais que ça les a tuées et c'était une partie de moi-même.

Là j'ai peur, je suis angoissé, je pense à la mort, c'est parce que je suis passé en justice. J'ai peur des attentats. C'est le gouvernement, c'est les gens qui nous gouvernent qui sont responsables. Moi en tout cas je n'ai aucune responsabilité là-dedans, aucune. Mais je pense que j'ai beaucoup peur parce que mon frère est militaire et il nous raconte tout. Imagine, ils savent passer les frontières et tout, ça fait vachement flipper quand même. J'ai peur pour ma famille, pour lui, pour moi. Je veux qu'on ne tue personne moi. Je ne suis pas un tueur moi. Je n'ai jamais fait de mal à personne. Je ne suis pas un psychopathe. J'ai peur qu'ils viennent me tuer. Chez moi. C'est super facile s'ils veulent me traîner dehors de chez moi. Ils veulent m'attaquer je ne sais pas pourquoi. Peut-être que je suis la clé ou important, mais je ne sais pas comment l'expliquer.

Oui, ça peut être lié aux esprits. Mais je pense qu'ils veulent surtout me tuer. Mais il ne faut pas parler de ça c'est un sujet encore trop sensible. Et moi je les connais pas les terroristes hein ! Aux infos on parlait que de ça. Mais j'ai revendu ma télévision, parce que je regardais que ça à un moment TF1, F2, etc. Je regardais que ça. Mais maintenant sur Facebook je vais me désabonner du site RTBF, on voit que des choses horribles. Des assassins, des pédophiles, des terroristes, des psychopathes ... La seule chose qui est bien, c'est la marche sur le climat. Sinon c'est la catastrophe maintenant. Vous savez que ça fait déjà 10 ans maintenant que notre pays est en crise et qu'il y a plein de morts. Il y a que des morts. Mais je ne peux pas refaire le monde. Mais parfois j'ai l'impression que c'est de ma faute.

3. Nadia (patiente 16)

Ma vie c'est un livre. Je vis seule avec mon fils. J'ai deux fils, le premier a 23 ans et le second a 20 ans. J'ai de bonnes relations avec eux. J'ai été mariée, mais j'ai divorcé. Maintenant, je ne veux plus d'homme dans ma vie, les hommes ils savent que tromper. Mais j'ai des amis. J'ai eu une belle enfance. Je suis arrivée en Belgique il y a 24 ans maintenant. Mon père est toujours là-bas. Je suis à l'hôpital parce qu'il y a 2 semaines j'ai eu un infarctus, et on m'a emmenée ici pour grossir aussi parce que je suis trop mince. Mais ce n'est pas ma place ici, ils ne font rien, mais si je meurs ce sera de leur faute. Je n'y échapperai pas une deuxième fois. La mort de ma maman et la mort de mon frère c'est des choses qui m'ont beaucoup marquée. Il est décédé de chagrin mon frère, parce que sa femme était hystérique. J'ai 2 sœurs et 4 frères, et je suis l'aînée. J'étais un peu comme la *chouchoute* de mon père, sa préférée, ma sœur a toujours été jalouse. S'il allait au magasin, il prenait du chocolat pour moi, mais pas pour elle. Il m'apprenait tout à moi quand il avait besoin d'aide, par exemple pour le jardin c'était toujours à moi qu'il demandait. Je ne sais pas, c'est peut-être parce que j'écoutais mieux. J'écrivais beaucoup avant des poésies ou des textes de philosophie, mais depuis l'accident de voiture avec mon père j'ai tout arrêté. J'avais 18 ans quand il y a eu l'accident. La voiture a glissé dans la neige et depuis mon cerveau il est plus le même. J'oublie beaucoup depuis ça. J'aurais pu faire l'université, mais avec l'accident j'ai eu beaucoup d'échecs. J'avais plus de mémoire. Tout partait trop vite. Mais j'ai vu des morts c'était choquant. Trois filles de ma classe que j'ai vues mortes. Une avec moi en classe que je connaissais bien et deux autres qui étaient juste à l'université elles. Quelqu'un est rentré dans la voiture. Il y avait deux accidents. Avec l'école j'ai été blessée au niveau de la main et du front. Les morts c'était pour le bus scolaire. Mais c'était leur heure. Quand c'est notre heure, on peut ne rien faire. Personne n'aurait pu les sauver. Mais j'ai perdu beaucoup d'amis. Une amie qui est décédée, une autre qui est morte d'une hémorragie en accouchant. Je participe à une ASBL et nous étions 10. Il y a eu beaucoup de décès aussi. Un ami qui faisait partie de l'ASBL est décédé à la suite d'une crise cardiaque foudroyante. René, le chauffeur, Jésus est encore décédé, ils sont tous morts en un an. Un chanteur avec qui on écrivait des chansons ensemble est aussi décédé suite à des problèmes de cœur. Je suis triste parce qu'hier j'ai hésité d'aller voir mon père et au lieu de rentrer à 21 h je suis rentrée à l'hôpital à 22 h, il y avait déjà des gardes devant ma porte, mais ce n'est pas ma place, et quand je sors je veux aller voir mon père parce qu'il est mourant. Il est revenu en France maintenant parce que ses frères sont tous là-bas. Mais il ne va pas bien. C'est la vieillesse, il a 92 ans. Je ne sais pas

si je le verrai une dernière fois. Je ne peux rien faire, si c'est son heure, c'est son heure, on peut ne rien faire. Peut-être que je le verrai ou peut-être pas. J'espère le voir, mais bon. Je suis très proche de mon père parce qu'il m'a tout appris. J'ai quand même eu des moments de joie. Je le voyais souvent tous les deux ans comme il vit au Maroc.

Aujourd'hui j'ai beaucoup dormi et je ne sais pas pourquoi.

Mes pensées sont à moi, m'appartiennent, je n'ai jamais eu de doute par rapport à cela. On ne peut pas connaître les pensées des autres, c'est impossible. La seule manière de connaître les pensées des autres c'est d'être Dieu. On n'est pas Dieu. Donc c'est impossible de savoir les pensées des autres sauf s'ils parlent bien entendu. S'ils les personnes parlent alors c'est autre chose on peut connaître les pensées oui, mais sinon non. Mes pensées m'appartiennent, elles sont à moi, mais je dois admettre qu'elles sont influencées par l'éducation. L'éducation, ça fait tout, fin non c'est la société qui fait tout, mais dans ce cas-ci c'est l'éducation pour moi. Parfois, oui, de temps en temps, ça m'arrive d'entendre mes pensées en double ou résonner dans ma tête. Mais on ne sait pas pourquoi. C'est comme ça, c'est normal. Mais c'est normal hein.

Ma tête est toujours pleine, elle n'est jamais vide. Avec une amie on rigole parce que pas besoin de regarder Google, Google il est dans ma tête. Oui, j'ai Google dans la tête. Et quand je lui dis ça, elle rigole. Mais je fais rigoler tout le monde moi, tu sais. Moi j'ai 100 % raison, pour toutes les questions philosophiques, psychologique et artistiques, j'ai toujours raison. Tout le monde me le dit, mes réponses c'est la vérité. Par contre, je n'aime pas les débats sur la religion. Les débats religieux ça ne marche pas. J'ai étudié beaucoup la religion, je connais bien, mais les gens ils généralisent tout, on ne peut pas parler avec eux. Vous savez la vie c'est la science, et les miracles. Les miracles c'est les plus importants. C'est avec eux qu'on peut comprendre et connaître les choses et le monde. Mais les gens dans les débats je n'aime pas. Ils disent que des chiens et des loups ont dévoré Jésus, mais c'est faux, aucun chien a touché Jésus, il est toujours vivant ! C'est pour ça que quand on croit en Dieu, on croit aussi en Jésus. Mais dans les débats, les gens ils ne t'écoutent pas, il y en a ils disent que Jésus est le fils de Dieu, il y en a qui disent que non. Mais chacun son opinion. Les gens n'acceptent pas mon opinion, mais c'est mon opinion. Moi je vis avec la sagesse. La vie c'est la sagesse. On vit avec sinon on est foutu, notre vie est foutue.

J'entends tout le temps mes pensées, sinon je ne pense pas. C'est le principe. C'est parce qu'elles sont là que je les entends, elles sont dans mon cerveau. Souvent, oui, c'est comme une voix extérieure, c'est comme une alerte, une alarme. C'est cette petite voix qui m'aide à prendre les décisions « oh non je ne vais pas faire ça » par exemple. Elle dit ce qu'on doit faire. Mon intuition ne me trompe jamais. Et c'est l'intuition, ça, dont vous parlez, c'est un peu comme ma conscience.

Parfois je pense au passé. Par exemple, je pense à quand j'ai tout perdu, mon atelier par exemple, parfois, oui, je le revis, mais c'est normal j'ai perdu beaucoup de choses, ça m'a marquée. Mais je ne repense pas à des détails ça non. Je ne vis pas dans le passé, il faut tourner la page.

On a toujours le droit de choisir si on rêve ou si on le vit. Il faut juste penser et réfléchir. Mais pour choisir c'est facile, très facile, il suffit de réfléchir, tu peux faire une liste par exemple, et une fois que tu as fini, bah tu choisis.

Dernièrement, quand j'ai eu mon problème au cœur, je me suis évanouie, et je suis allée dans un autre monde. Je l'ai raconté qu'à une seule personne. Et depuis que j'y suis allée dans ce monde, je sais qu'il y a une vie après la mort. Et il faut être bon, être une bonne personne, faire de belles choses autour de soi, sinon là-bas on est privé de manger et boire.

Et peut-on mourir une nouvelle fois à cause de cette privation de nourriture ?

Oui, sinon c'est fini. Tu vois quand on meurt l'âme s'en va du corps. Enfin je l'ai vu, j'en suis sûre. Mais c'est pour ça que je suis ici à l'hôpital. Je suis morte et je suis revenue à la vie. J'ai tout vu ! Il y avait des bougies sur ma tombe. Et je me voyais sortir de la terre. J'ai fait des trous dans la terre, et il n'y avait que mes bras qui étaient sortis, et je donnais des dattes et du lait. Donner des dattes et du lait c'est un rite musulman, vous ne connaissez sûrement pas, mais chez les musulmans quand il y a un mort, on donne des dattes et du lait. Moi je n'ai rien mangé ni bu, et j'avais très très faim. Je donnais juste aux invités sur ma tombe. Et il y avait des gens que je ne connaissais pas et ma famille. Je me suis vraiment sentie sous la terre. Il faut être une bonne personne sinon ça arrive. Quand j'ai eu ce problème au cœur, je croyais que j'allais vraiment mourir, c'est un miracle. Je sentais seulement une toute petite veine battre encore dans mon corps entier. Et j'ai appelé mon voisin, je lui ai dit que j'allais mourir, il m'a dit qu'il ne fallait pas dire ça. Je lui ai demandé ce

que j'avais fait de mal. Je voulais aller à Saint-Joseph, mais ils ne m'ont pas gardée et ils m'ont mis ici. Je dois être soignée, je ne sais pas ce que je fais ici je ne suis pas malade, c'est juste mon cœur. S'il me laisse ici, j'ai peur que mon cœur recommence et de vraiment mourir cette fois. J'y ai échappé mais la prochaine fois mon cœur va vraiment lâcher, je vais mourir.

J'ai toujours fait beaucoup d'activités. Les galeries d'art, j'ai travaillé là. Mais j'ai arrêté quand j'ai été agressée en 2014 par une femme qui habitait dans le même immeuble. Et là, après j'ai été envoyée en psychiatrie parce que j'étais devenue un peu agressive. Mais je vis normalement, je bricole, je peins, je suis tout le temps en train de courir, la journée je bouge tant que je suis debout. J'aime assister à des expositions, la musique, la danse, fêter. Dans ces moments-là, je me sens bien. Il ne m'est jamais arrivé d'être pas bien quand je suis dans un endroit où il y a de l'ambiance.

Parfois, ça arrive, je perds la notion du temps, par exemple quand j'ai quelque chose à faire et je fais autre chose et je ne sais pas ce qui m'arrive. J'ai beaucoup de choses dans ma tête, mais ces choses ne me bloquent pas dans le temps, je bloque toute seule je ne sais pas pourquoi parfois.

Mes pensées ne s'imposent pas non, je les contrôle. Je veux dire quand je lis, je lis, tu vois. Je me concentre entièrement sur ce que je lis. Mais je suis distraite par nature. C'est normal, il y a plein de gens distraits, c'est depuis petite, adolescence, fin je suis née distraite. Je suis née un samedi tu sais le 15 février à 4 h du matin. C'est dommage qu'ils ne m'aient pas mis le 14 parce que je suis née le 14. Mon père il m'a mis le 15, mais j'aurais préféré être le 14 parce que le 14 février c'est la Saint-Valentin. Enfin c'est vrai que comme c'est la nuit bah c'est bien le 15. Mais j'aime le samedi, il m'arrive toujours de belles choses le samedi. Par contre, le lundi c'est toujours moche. Le lundi c'est le boulot, les corvées. Le samedi c'est cool, on sort avec des amis, etc.

Par exemple, je ne sais pas conduire ou quand je parle avec quelqu'un je peux voyager. Tu vois je voyage beaucoup. Mais, attention, je voyage, mais ça dépend aussi de si ça m'intéresse ou pas. Si ça ne m'intéresse pas, je voyage, mais si ça m'intéresse je ne voyage pas et je reste totalement dessus. Quand je voyage, c'est comme si j'étais plus présente, que je n'étais plus assise à côté de la personne qui me parle. Mais ça dépend de la personne. Je suis distraite. C'est normal. Ça dépend beaucoup du discours.

Mais quand je regarde un film je lui suis de A à Z, même si je fais une pause pour fumer par exemple, je sais toujours le début du film. Je n'oublie rien.

Je suis très attentive à tout. À moi-même ou à l'environnement. Je sais qu'il y a la trousse, ce portefeuille, etc. sur le bureau, je fais attention à tout moi. Je fais toujours très attention. Je dois toujours réfléchir avant d'agir. Je ne peux pas agir sans réfléchir.

Je me pose beaucoup de questions existentielles et philosophiques mais, si je veux communiquer avec quelqu'un je m'adapte au niveau de cette personne. Je parle différemment en fonction de la personne, c'est normal. Je ne vais pas parler de certaines choses si je sais que la personne en face elle ne va rien comprendre, fin c'est normal, avec quelqu'un qui est psychologue, par exemple, je parle de psychologie ou de philosophie, c'est normal il a le niveau, mais je ne vais pas parler de philosophie à quelqu'un qui ne comprend rien.

Je ne perds pas mes mots, et quand ça arrive, ils reviennent toujours, c'est comme quand tu regardes dans un dictionnaire, mais non ça ne bloque pas la communication avec les autres on cherche ensemble. Comme avec une amie à moi, et elle me dit que je suis vraiment un dictionnaire.

C'est difficile de se contrôler parce que quand il y a des hystériques, on est obligé de crier et de parler fort avec les hystériques pour leur parler, c'est difficile.

Quand je suis de mauvaise humeur, je ne suis pas moi-même non, je veux ne parler à personne, je cherche la cause, ça dépend du jour, du climat ... mais ça ne dure pas longtemps.

Si je fais le jardin, ce n'est pas mon expérience personnelle, c'est celle de mon père. Il y a d'autres expériences qui sont personnelles par contre et qui m'appartiennent. Mais mon côté maniaque, il est dans mon père, il vient de lui.

Là où je vais, quand je vois quelque chose qui ne me plaît pas, après quand je retourne dans cet endroit, il y a eu du changement. Et je me dis « oh, mais quel changement ». Je sais que c'est moi qui provoque le changement. J'ai plein d'exemples à donner si tu veux. Par exemple, une fois je suis allée au Petit-Bourgogne pour une femme qui va pas bien et qui est malade, une Africaine, là-bas, il y avait plein de nappes déchirées, pour moi ça ne se fait pas, on ne laisse pas manger les gens sur des nappes en plastique toutes déchirées. Quand j'y suis retournée, il avait tout changé,

tout était nouveau. Ou un autre exemple c'est que je n'étais pas contente de la maison médicale là et maintenant ils ont tout refait aussi, il y a même des ascenseurs maintenant. Il y avait aussi le consulat marocain comme ça. Je te le jure c'est moi qui provoque ces changements. Quand je souhaite le changement, il arrive. Et ça me rend tellement heureuse. C'est une histoire d'énergie qui sort de moi-même. Mais je n'arrive pas à changer le monde. On ne peut pas changer le monde. Par exemple, la guerre, si je vais en Syrie je vais mourir, je ne vais pas apporter la paix. Tout le monde qui va en Syrie va mourir. J'ai la conscience tranquille, mais je ne peux pas changer le monde, il faut beaucoup d'aide pour y arriver. Entre le monde et moi, c'est un obstacle parce que je n'ai pas les outils, la force, la puissance plutôt, ou c'est ça la puissance, pour m'aider à trouver une solution pour changer le monde.

Maintenant, le monde il n'y a pas d'humanité. C'est seulement du prestige, uniquement du commerce. Vous imaginez les enfants qui fabriquent les téléphones, ils les fabriquent un téléphone par heure, pas en un jour ou un mois, non en une heure. Les gens riches ils ne manquent de rien, mais ils ne sont pas humains. C'est des antipathiques. Il y a peu de gens humains. Un humain il a toutes les qualités. Je pense que si le monde entier pense à faire la paix il n'y aura plus la guerre. Le monde a beaucoup changé, il n'y a plus le bon dialogue, il y a un manque de communication. Par exemple, vous passez près de votre voisin et il ne vous dit plus bonjour.

Je réfléchis énormément, je ne fais que réfléchir pour trouver une solution pour changer le monde, mais il n'y a pas d'aide, je ne saurais pas. Dès l'âge de 15-16 ans, j'étais révolutionnaire, vous savez. Mais j'ai arrêté pour que mon père ne me frappe pas.

Non je ne me sens pas plus jeune. Par contre, les gens me considèrent toujours comme plus jeune. Surtout quand je suis bien coiffée et bien maquillée. Quand ils me demandent, je dis mon âge, j'ai 55 ans, je n'ai pas de problèmes avec mon âge, et les gens ne me croient pas. Je ne fais rien pour paraître plus jeune pourtant. C'est normal j'ai un enfant, je ne vais quand même pas imiter les jeunes là, ce ne serait pas normal, je reste moi-même.

Je suis très sociable, j'ai toujours été très entourée, je n'ai jamais été solitaire. Parfois, les gens ils ne comprennent pas ils agressent. C'est des gens négatifs. Mais bon en général mes communications se passent bien, elles sont bonnes.

J'ai déjà eu des crises de tétanie, mais maintenant plus. C'était quand mon ex-mari a vidé l'entièreté de mon compte. Je n'avais plus rien. Alors j'ai fait une crise de tétanie là oui. Et j'ai aussi fait une crise quand mon ex-mari a frappé mes enfants à côté de moi. Mais maintenant, j'ai plus tout ça non.

Le monde n'est pas menaçant, c'est les êtres humains qui font les dégâts et détruisent tout. L'humain démolit. C'est lui qui fabrique les armes pas les animaux. Et les armes ... le nombre de morts. C'est triste. Mais je n'ai pas un sentiment d'insécurité. Quand j'en ai eu je me guéris moi-même et je réfléchis moi-même.

J'ai déjà eu un épuisement total pendant deux semaines, et j'ai guéri toute seule, j'ai fait des efforts. C'est pour ça que je suis ici. Je ne mangeais plus. D'ailleurs, je suis ici aussi pour reprendre du poids je vous avais dit. Après l'incident avec le cœur, je suis venue à l'hôpital ici. D'ailleurs plusieurs fois ça m'est arrivé, 4 ou 5 fois, et toujours il y a des motifs pour ça. Le cœur c'est un cercle vicieux. J'étais persuadée que mon cœur allait arrêter de battre. C'est moi qui ai sonné toute seule à l'hôpital.

Je ressens parfois des douleurs dans le ventre, l'estomac, comme tout le monde, le cœur, surtout le cœur. Mais, ça vient et ça part. Ça guérit tout seul. Surtout quand je suis énervée.

Un jour j'ai rêvé que j'étais devenue une boule blanche, et que j'étais partie très très loin. Je n'ai jamais été aussi loin de la terre. J'étais une tache blanche et je me promenais dans l'univers. Je n'étais quand même pas à l'aise d'être si loin de la terre. Je préfère être sur terre. Je me sens mieux.

Parfois, oui, je fais des mouvements sans le décider. Je me rappelle que quand j'étais petite, j'étais dans un endroit où il n'y avait personne, j'étais entièrement seule, et j'étais en train de manger du sucre, et du sucre, et encore du sucre, qui était dans mes mains, et je ne pouvais m'en empêcher. Je faisais ça pour ennuyer ma mère, je pense. J'avais un manque d'affection. Et en mangeant le sucre, j'allumais des allumettes, plein d'allumettes. Mais ne c'était que quand j'étais petite ça.

J'ai aussi eu de harcèlement moral. C'est aussi pour ça que j'ai trouvé l'environnement menaçant. Pendant 4 ans elle m'a harcelé. C'était par une dame que je connaissais très bien, c'était une amie, elle travaillait avec moi.

Moi séparé du monde ? Non, jamais. C'est tout à fait le contraire. Je ne suis jamais tranquille. Il ne me laisse jamais le monde.

Je n'ai aucun problème avec le miroir, je m'accepte, je n'ai aucun complexe, quand je me regarde dans le miroir je vois que tout est normal chez moi. Parfois, je suis un peu effrayé de mes cernes, mais je maquille et voilà ça va mieux. Je suis normale moi, je n'ai rien à faire ici.

J'ai souvent des pressentiments de choses qui vont arriver. C'est comme si j'étais médium un peu. Souvent il m'arrive de dire aux gens ce qu'il va leur arriver dans leur vie. C'est comme des visions, fin pas des visions non, mais des choses vraies que je ressens. Je sais si une personne ment par exemple. Je ressens si elle est honnête, ou non. Pour moi, il n'y a pas de différence entre les gens que je connais très bien ou ceux qui sont juste des connaissances. Il n'y a pas de différence. Je vois autant en eux. Mon intuition ne me trompe jamais. Jamais.

Si je devais décrire ma peau ou ma protection au monde, je dirais qu'elle est trop fine, je suis quelqu'un de très sensible, c'est pour ça. Mais ce n'est pas pour ça que j'ai un sentiment d'insécurité. Je me sens en sécurité même en étant sensible.

Je connais des amis artistes et on ressent vraiment la même chose. Je peux parler avec eux et on ne se comprend pas comme des gens fermés qui ne comprennent rien.

Je pense que je m'intéresse à tout même si parfois c'est difficile. Je veux dire même si les choses sont difficiles je m'intéresse.

J'ai l'impression que les choses peuvent provenir de moi, et c'est très difficile pour moi. Par exemple, le décès de ma maman je me sens coupable. Elle est décédée parce que je n'étais pas

là. Si j'avais été là, elle ne serait pas morte. J'aurais pu faire quelque chose. J'aurais pu changer les choses. Je le sais, si j'avais été près d'elle elle ne serait pas morte. J'aurais changé tout de A à Z. Je lui aurai donné toute l'énergie et la puissance.

Dans mon sommeil j'ai l'impression d'être le centre de l'univers, mais parfois dans la réalité aussi. C'est que du négatif dans ce cas-là. C'est comme de la science-fiction. Mais la science-fiction ce n'est pas la réalité. En tout cas, je pense que la science-fiction ce n'est pas vrai, c'est juste du commerce. Mais, oui, parfois j'ai l'impression de changer le monde, mais j'en suis incapable. Je vois mon incapacité de changer la situation et d'amener la paix. Je n'y parviens pas. C'est parce que je suis toute seule, il faut de l'aide, sinon je suis incapable, mais c'est très dommage parce qu'il n'aura pas lieu. C'est difficile, parce qu'il n'y a pas beaucoup d'aide, il y a un manque de puissance, je ne peux pas le faire seule. Mais les petites choses je sais faire. Pas construire un bâtiment, mais je sais tout fabriquer sinon.

J'ai une intuition hors du commun. C'est vrai. Elle ne me trompe jamais. Et j'ai des dons, je peux soigner par exemple, je ne peux pas tout soigner, mais la moitié, à ma façon. Ce don il me vient de mon grand-père, de mes ancêtres. Notre famille a une histoire. Mon grand-père il a été enterré dans une montagne. Quand on l'a enterré, il avait une chaîne en or. Il ne la quittait jamais. Un jour, quelqu'un a voulu la volée. Mais le voleur a tout de suite été transformé en serpent. Parce que notre famille est intouchable. On a un don, c'est celui d'être intouchable. On peut dire que nous sommes comme des saints dans ma famille. On peut faire que du bien à l'autre. Dans ma langue maternelle, on nous appelle les *chérifiens*. Toute la famille a le même don. C'est parce que nous sommes des descendants du prophète Mohamed. On est dans l'arbre généalogique. Il se présente un peu comme une main et on se retrouve quelque part au milieu. Il y a beaucoup de gens qui font partie de l'arbre aussi. Le roi marocain aussi il fait partie de l'arbre.

Le monde est réel. Si le monde n'est pas réel, on peut plus ne croire en rien, plus rien n'est réel.

Je me suis toujours posé beaucoup de questions, depuis toujours, depuis que je suis jeune, mais je n'ai pas toutes les réponses. Je parlais beaucoup avec mon Père. C'est lui qui m'a tout appris.

4. Sophie (patiente 20)

Je pense que je suis très courageuse, je suis beaucoup à l'écoute des autres, trop même, parce qu'avec les voix en plus c'est beaucoup trop pour moi. Les voix sont apparues à l'âge de 29-30 ans. Il y a eu des moments où elles ont disparu, mais c'est plutôt rare. Et pourtant j'aimerais tellement qu'elles disparaissent, parce qu'elles ne sont pas sympathiques du tout. Il y en a deux, la première me persécute sans cesse, et l'autre m'agresse sexuellement. J'ai même peur de prendre une douche avec elle. Elles me font mal, j'ai peur de ces voix. Elles sont apparues progressivement. Mais j'ai eu une vie plutôt difficile. Il y a eu de l'inceste dans ma famille. Mes frères et sœurs ont été touchés par mon père. Moi j'y ai échappé, parce que quand il est venu dans mon lit, j'ai couru dans le lit de ma mère. Je suis la plus âgée. Je vois encore mon frère et ma sœur, mais c'est toujours nous qui devons y aller, eux ils ne viennent jamais. Mon père je vais encore parfois lui rendre visite, mais il a des problèmes de santé, il a un pacemaker et il a des problèmes de surpoids. Je suis déjà allée le voir à l'hôpital, mais pas souvent. Mes parents sont divorcés. Ma mère nous a beaucoup protégés. Elle est allée avec nous dans un refuge pour femmes battues avec mon frère et ma sœur. C'était un vrai taudis. On devait cacher notre nourriture au risque de se la faire prendre par d'autres femmes. C'était très désagréable de dormir là-bas. Cet endroit était à la limite de l'invivable. Alors nous avons été à l'internant ma sœur et moi. Mon frère est resté là-bas avec notre mère parce qu'il était trop petit à ce moment-là. J'ai mal vécu la séparation. Ensuite, j'ai été mariée. Mon ex-mari pratiquait la magie noire sans que je le sache. Je pense qu'il a fait de la magie noire sur moi quand je l'ai quitté. C'est cela qui a provoqué mes voix. Elles sont apparues justement quand je l'ai quitté. Actuellement, je vis seule avec mon petit bichon. Pour l'instant, mon bichon est chez ma maman. Ma mère a difficile à accepter ma maladie. Elle a très difficile. J'ai difficile aussi, mais elle c'est encore pire. Elle ne l'accepte pas du tout. Je ne peux pas lui parler de mes voix, parce que pour elle elles n'existent pas. Parfois, on se dispute parce qu'elle veut me protéger, mais elle fait pire. Je n'aime pas être en conflit avec elle. Quand elle pleure à cause de la maladie, pour moi c'est très dur aussi. Je suis arrivée ici, parce que j'ai tellement fabulé que je me suis cachée dans un arbre. À la base, c'est arrivé parce qu'on devait aller à la mer avec ma maman. J'étais très stressée et angoissée par ce voyage. Alors elle était fâchée parce que j'étais trop anxieuse pour partir. J'ai des hallucinations, par exemple, il m'arrive de ne pas voir des choses alors qu'elles sont là, et je passe mon temps à les chercher. Mais je suis quelqu'un de très angoissé. Ça a toujours été comme ça.

J'ai des impressions que quelqu'un ou des gens voulaient me prendre mon chien, qu'ils voulaient me voler, qu'ils voulaient me faire du mal. Que c'était vraiment moi qui étais la cible, le but était vraiment de me faire souffrir personnellement, pas juste me voler pour l'argent. Dans ces moments, je me sens très menacée. J'essaie de me focaliser sur quelque chose, mais c'est vrai la vie n'est pas fiable. Je trouve que c'est dommage, parce que je sais qu'on va tout perdre. Avant, je voyais que tout le monde était le diable. C'était une épreuve fort dure. À cause de mes angoisses, j'avais mal au cœur et au ventre. On n'est pas en forme, on n'est pas bien dans son corps à ce moment-là. Quand je suis arrivée ici, j'étais vraiment très mal. Maintenant, avec les cachets ça commence à aller mieux.

En ce moment, je ne fais que penser à mon frère. C'est incontrôlable. Il est un bon vivant mon frère, et quand j'entends une ambulance, ma mère et moi on pense toujours à lui.

J'ai difficile à regarder un film, par exemple, quand les voix se mettent sur le même programme que moi. Mon audition diminue et ma concentration aussi. C'est normal quand quelqu'un parle à côté c'est plus difficile d'écouter. On ne comprend pas grand-chose du programme dans ces conditions.

J'ai déjà eu des doutes que mes pensées m'appartenaient réellement, je ne m'en rappelle pas très bien, je pensais qu'elles appartenaient peut-être à une personne de ma famille. Pour le moment je suis fort concentrée sur mon frère, mais avant c'était ma mère. Mais, en général, je pense quand même que mes pensées m'appartiennent.

Dans les moments où je me tracasse, le cerveau n'est plus en repos, il y a beaucoup trop de pensées, et ça ne fait pas du bien. Je sais que je réfléchis trop, « est-ce que je fais ci ou ça ». Alors j'essaie de me concentrer sur autre chose, mettre la musique. Surtout la musique, j'en ai toujours besoin. D'habitude, le chant et la musique diminuent les voix. Mais quand elles s'acharnent, c'est pire. Elles ne me laissent pas tranquille. Alors j'essaie de sortir, mais mon visage change à cause d'elles, il est différent. Alors je dois supporter le regard des gens dehors qui me jugent et qui disent : « Regarde-la, elle a une tête d'alcoolique ou de droguée. Elle est malade ? » Pourtant c'est totalement faux, je ne bois pas, je ne fume pas, je ne fais rien de tout ça. C'est très difficile de supporter le regard des gens. Surtout que c'est important le regard que les autres portent sur nous. En plus, j'ai l'impression d'être un livre ouvert et que tout le monde peut lire en moi. Surtout ma maman, je ne peux rien lui cacher à elle. On s'est beaucoup battu contre la maladie, mais c'est un combat de tous les jours. Elle me laisse très rarement tranquille. Parfois, je perds espoir.

Mes pensées peuvent se répéter encore et encore, comme si elles faisaient des ricochets, ce n'est pas facile, vous savez. Avec les cachets l'effet diminue, mais ne disparaît pas complètement. Parfois, les pensées peuvent s'atténuer progressivement, soit elles restent très fortes. Le seul moyen que j'ai trouvé c'est de me changer les idées et me concentrer sur autre chose. N'importe quoi. J'ai essayé de stopper ceci en mettant des écouteurs, mais ça ne sert à rien, parce que la communication passe par la pensée. Quand on pense très fort quelque chose et qu'on veut que ça se réalise, ça doit passer par la pensée, tout passe par la pensée.

Pour le moment, je ne fais que penser à mon frère, je ne le contrôle pas, mais c'est terrible. Souvent, c'est avec ma maman que je fais des obsessions comme ça, mais pour le moment c'est mon frère. J'en fais même des cauchemars. Mon frère est sur des dalles, on est à une fête et il donne un coup de pied dans mon bichon qui se retrouve projeté loin, de l'autre côté des dalles et ensuite, mon frère s'approche du chien et il lui tranche la gorge. Pourtant il a aussi un chien et il aime bien mon chien. Quand j'ai ce type de rêves, j'ai l'impression que je l'ai vraiment vécu tellement c'était intense. C'est horrible parce qu'on pense que c'est vrai. J'ai du mal à dissocier, difficile à savoir le vrai du faux. Parfois, je me réveille trempée de sueur tellement mon rêve était intense. J'ai l'impression d'être complètement bloquée dans le temps avec mes rêves. Je suis quand même choquée de ce que mon frère a fait. Ce n'est peut-être pas vrai, mais je suis quand même choquée. Dans ces moments-là, je ne suis vraiment pas bien, parce que je me dis qu'en plus des voix ma famille me persécute aussi. Je me sens seule face et contre tous.

Je n'ai pas de notion du temps ni même de l'intérieur et de l'extérieur. Donc parfois il m'arrive d'entendre mes propres pensées oui. C'est souvent flou pour moi.

Je suis une grande indécise, mais une fois que j'ai décidé je ne change plus d'avis et je ne regrette pas.

Soit je fais bien les choses soit je fais n'importe quoi. Le ménage je peux très bien le faire ou je ne le fais pas bien, mais comme je suis une ancienne maniaque je vois tous ce qui ne va pas, ce qui a été mal fait. Quand je fais mal le ménage c'est à cause des voix. J'entendais à répétition : « Tu as frotté là, et là t'as frotté ci ... ? » J'en deviens distraite et à faire n'importe quoi. C'est l'énervement, je crois. Elles sont beaucoup trop prenantes les voix, je crois que je pourrais éclater dans ces moments-là. J'ai un sentiment de trop. Quand ça arrive, je n'en peux plus, c'est trop difficile. J'ai le moral à plat et je ne sors plus de mon lit. Il n'y a pas moyen de faire quoi que ce soit. Je n'ai envie de rien. Je suis très fatiguée alors que je ne fais rien. Tout mon corps est lourd.

La seule chose qui arrive à me faire sortir du lit c'est mon bichon parce que je ne peux pas le laisser comme ça. C'est un grand soutien.

Je ne peux parler avec ma maman de ce qui m'arrive, de ma maladie, parce que pour elle ça n'existe pas. Mais on ne peut pas se confier à n'importe qui parce que des personnes pourraient en profiter et être mal intentionnées. Ma maman a une bonne intuition pour ça, quand elle me dit de faire attention, je dois faire attention.

Oui je pense qu'on doit montrer autre chose que ce qu'on ressent à certains moments. Quand je suis triste, je fais la joyeuse, mais au fond je ne le suis pas. C'est un peu imposé parce qu'on doit être comme tout le monde. On pourrait même dire qu'à certains moments c'est comme si je me surveillais de l'extérieur, pour vérifier qu'on ne voit pas que je ne suis pas bien, c'est normal on aime mieux se montrer. Malheureusement c'est difficile pour moi parce que je suis comme un livre ouvert.

Le monde peut être très bien ou au contraire très plat, c'est un peu le tout, je pense que ça dépend surtout de nos émotions.

Bien sûr j'ai l'impression d'être différente des autres, pas toujours, mais parfois ça m'arrive, c'est parce que la schizophrénie n'est pas une maladie facile. Quand je tombe sur des gens en rue ou quoi, il est déjà arrivé qu'ils parlaient de moi à ma mère par exemple alors que j'étais juste à côté. J'ai l'impression d'être décalée du monde, d'être bizarre. Notamment quand je ne suis pas bien dans ma tête, il m'est très difficile de suivre les conversations. Quand je ne suis pas bien, avant d'arriver ici par exemple, je n'arrivais pas à comprendre ma mère à cause des voix, etc. Elle me disait que je ne comprenais rien. À ce moment-là, on se sent encore plus seul, parce qu'on est comme privé de dialogue, on se sent seul au monde. Mais je pense que je ne me suis jamais sentie réellement comme les autres. J'ai travaillé très tard à cause que j'étais une fille très renfermée sur elle-même et timide. Je n'ai jamais été employée d'ailleurs. Je pense que j'ai été très marquée par l'inceste aussi, même si mon père ne m'a jamais touchée parce que je me suis réfugié dans les draps de ma mère. Avant la maladie, je me sentais souvent inférieure aux autres, mais maintenant qu'il y a la maladie je dois faire avec.

Les émotions c'est ce qu'on ressent, donc je ne peux pas ne pas être liée à elles.

Quand je vais mal et qu'on m'amène ici, j'ai une figure à tomber par terre. Elle n'est pas belle à voir. Il m'arrive de ne pas me sentir moi-même quand mon visage est tout arrangé comme ça, je sais que c'est mon visage et pas celui de quelqu'un d'autre, mais je ne me sens quand même pas

réellement moi-même. Je n'aime pas du tout ce visage. Dans ces moments-là, il est comme transformé.

Je me regarde souvent dans le miroir pour surveiller ma figure à cause de ça, surtout quand je me sens angoissée. Quand j'ai mes crises, j'ai la bouche toute blanche, de la mousse dans la bouche, vraiment un visage transformé. Mais je sais que ces deux visages m'appartiennent, j'ai déjà vu les deux, je sais qu'ils existent. Mais je dois avouer que quand j'ai cette laide figure j'ai du mal à me regarder, je me dis que ce n'est pas possible que ce soit moi.

Le monde change de la mauvaise manière. Tout va mal, ça va être un burn-out, enfin comme un peu la fin du monde. Les animaux, les insectes, les océans, tout va mal. C'est vrai, il y a des petits enfants qui meurent, il y a de la méchanceté, de la violence, la nature est devenue polluée. J'ai lu un livre, dans lequel l'auteur disait qu'il y avait trop de personnes sur terre et qu'il proposait d'éliminer certain. Maintenant il y a des bombes chimiques et biologiques pour nous éliminer en masse. Ce n'est pas bien du tout. Mais j'arrive à mettre une barrière avec tout cela. Je me sens quand même bien.

Je sais que c'est l'être humain qui en est quand même beaucoup la cause. On aimerait mieux un monde meilleur. Sans avoir de pauvres enfants qui n'ont rien.

J'ai l'impression que mon ex-compagnon qui est décédé d'un cancer des poumons fait partie de moi quelquefois. Comme s'il voulait qu'on joue à un jeu de rôles. Par exemple, il m'oblige à faire de la gymnastique, mais c'est vraiment trop excessif. Je sais que ça peut paraître bizarre. C'est quand je suis mal en point tout ça. Mais je le sens près de moi, je ne le vois pas, mais je l'entends. J'ai vraiment l'impression qu'il fait partie de moi. Et j'imagine son visage comme si je visionnais une photo de lui au moment où je l'entends. Mais comme je l'ai dit, je pense que c'est la magie noire qui a provoqué tout cela. C'est mon ex-mari qui s'est vengé comme ça. Ils pratiquaient de la magie noire, lui et sa famille, parce qu'ils étaient jaloux, alors qu'ils avaient plein d'argent, de belles voitures, etc.

Une fois ma mère m'a dit que je retrouverai mort mon ex-compagnon à cause de sa maladie, j'ai tellement angoissé que je n'osais plus sortir de chez moi.

J'ai des difficultés avec les relations sexuelles, pour être honnête avec vous, je préfère dormir avec un chien qu'avec un homme.

Je pense que dans le quartier, tout le monde sait que je suis malade et que j'ai la schizophrénie. Quand on est à ce point de la maladie, on n'est plus embêté, mais au début on ne se sent vraiment

pas normal, différent. Mais je pense que tout le monde est différent.

Il y a des voix gentilles, il n'y a pas que des voix méchantes. Les voix gentilles elles me demandent comment je vais aujourd'hui, est-ce que la journée va être belle, etc. Elles me disent que je dois mettre hors d'état de nuire les autres voix, mais je ne sais pas comment faire moi parce que je n'ai pas de preuve. En tout cas, ces gentilles voix sont un soutien pour moi, mais j'ai très peur que les voix méchantes leur fassent du mal à cause qu'elles tiennent avec moi et qu'elles soient de mon côté. Quand je reconnais les voix gentilles, j'ai encore plus peur pour elles que les autres leur fassent du mal. Les voix méchantes je ne connais jamais réellement leur identité.

Une fois, j'ai eu des voisins très bruyants, la femme frappait sur la douche pour que je me réveille très tôt le matin, ils faisaient énormément de bruit. Il n'y a que quand j'ai changé de maison que tout ceci a cessé. Ils faisaient régner la terreur. J'ai appelé la police, mais sans preuve, elle me disait de rester barricadée chez moi. Et quand j'appelais quelqu'un pour qu'il règle le souci avec eux, ils faisaient le mort. C'est à cause de ces voisins que j'ai dû déménager. C'était horrible. Mais ces voisins ont aussi été diagnostiqués schizophrènes, ils sont sous la mutuelle maintenant.

Je me pose énormément de questions de pourquoi les voix sont apparues et sur mon affreux visage.

J'ai repris la lecture, il n'y a pas longtemps. J'étais très contente parce que je ne savais plus lire à cause que les voix répétaient tout ce que je lisais, alors je ne comprenais rien du tout de ce que je lisais.

Je ne pense pas que je suis le centre de l'univers, non, peut-être pour ma mère, oui, mais pas pour moi. Je suis trop modeste pour ça. Mais je pense que je vais faire comme ma mère, elle, elle publie parfois des messages politiques sur les réseaux, je devrais peut-être faire la même chose. Peut-être qu'on peut essayer de faire changer les choses. En plus, j'aimerais être végétarienne aussi pour lutter contre la souffrance animale.

Je pense que le monde est bien réel, la preuve, le monde va tellement mal.

ANNEXE 6

Tableau de cotation de la EASE accompagné
d'extraits d'entretiens présentant des affinités avec
l'échelle EASE

1. Chloé (patiente 14)

<i>Domaines et sous-domaines</i>	<i>Réponses</i>	<i>Cotation</i>
<i>1. Cognition et cours de la pensée</i>		
1.1 Interférence de la pensée	<ul style="list-style-type: none"> – Parfois ces pensées elles me bloquent. Je reste focalisée dessus, je m'en rends compte parfois. Je pense que oui mes relations peuvent être bloquées à cause de ça. – J'ai l'impression que le monde ne me comprend pas. J'ai l'impression d'être séparée de lui. Sûrement à cause de mes pensées qui peuvent m'envahir à certains moments. – Quand je pense, je suis tellement dans mes pensées que je ne suis pas vraiment présente. 	++
1.2 Perte de l'ipséité	<ul style="list-style-type: none"> – Il m'est arrivé un truc pour que j'arrive ici, c'est à cause des sorcières de Salem, je le savais, je le sens, elles ont agi sur moi. Du coup, j'ai atterri en psychiatrie. Et mon mari m'a envoyée ici parce que j'ai peint sur une table, mais c'était pour les sorcières, c'est elles qui voulaient que je peigne cette table, c'étaient des signes qu'elles me dictaient. Fin au final ce n'était qu'une table. Mais à chaque fois qu'on se dispute avec mon mari, j'atterris ici. C'est de sa faute. – Je ne dirais pas que je ne sais pas contrôler, mais on me dit tout le temps « non, tu ne peux pas faire ça », « non, tu ne peux pas penser à ça », c'est ça qui me bloque, ce ne sont pas mes pensées c'est les autres qui veulent m'interdire de penser. 	+
1.3 Pression de la pensée	<ul style="list-style-type: none"> – Quand j'ai trop de pensées dans ma tête, mes yeux deviennent noirs. 	+
1.4 Blocage de la pensée		
<i>Sous type 1 : blocage</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Le soir, quand j'essaie de m'endormir, j'ai l'impression d'être morte. Mais vraiment, je me sens morte. C'est le vide total. 	+
<i>Sous type 2 : fading/estompage</i>		
<i>Sous type 3 : fading en</i>		

<i>association</i>		
1.5 Écho silencieux de la pensée		
1.6 Ruminations – obsessions		
<i>Sous type 1 : ruminations primaires</i>		
<i>Sous type 2 : ruminations secondaires</i>	– Il m’arrive de tourner en boucle et je sais que je parle beaucoup trop de ma maladie.	+
<i>Sous type 3 : obsession authentique</i>		
<i>Sous type 4 : pseudo-obsession</i>		
<i>Sous type 5 : rituels / compulsion</i>		
1.7 Perceptualisation du discours intérieur ou de la pensée		
<i>Sous type 1 : Perceptualisation interne</i>		
<i>Sous type 2 : Équivalent d’une perceptualisation</i>		
<i>Sous type 3 : Perceptualisation interne avec symptômes de premiers rangs</i>	– Je n’ai jamais douté que mes pensées étaient les miennes. Mais il y a des gens qui essaient de rentrer dans ma tête, qui sont télépathes, mais je les bloque tous. Ils ne peuvent pas y arriver. – Je pense qu’un jour je referai le monde avec B., l’homme que j’aime, qui est télépathe, c’est pour ça qu’avec lui on peut totalement se confondre l’un dans l’autre. Par exemple, si je pense à lui et que je me touche la jambe en pensant que c’est sa main, il rêvera la même chose, en même temps que moi. On est connectés.	+
<i>Sous type 4 : Perceptualisation externe</i>		
1.8 Spatialisation de l’expérience	- Si mes pensées avaient une forme ce serait en forme de mélodie, de chanson ou peut-être de trapèze je ne sais pas. Et elles sont localisées dans l’écriture, la peinture, ou des chansons. - Ou peut-être dans un bijou. Je pense que toutes les pensées de ma grand-mère sont dans sa bague. Après j’irai la rejoindre dans la bague aussi.	+
1.9 Ambivalence		0

1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités de l'intentionnalité	<ul style="list-style-type: none"> - Mon père c'était un taiseux. J'ai fait des cauchemars qu'il venait le soir et qu'il faisait des choses avec moi. Mais je ne sais pas bien si c'est réel ou si je l'ai juste rêvé. Je ne sais pas du tout. - Comme je l'ai déjà dit, j'ai une confusion parfois entre mes rêves et la réalité. Je fais des cauchemars que mon père fait des choses avec moi la nuit, mais je ne sais pas si ç'a été réel. 	+
1.11 Perturbation de l'initiative de la pensée ou de l'intentionnalité de la pensée		0
1.12 Perturbations attentionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - En revanche, quand je suis prise dans un film, il peut se passer n'importe quoi, je suis totalement dans le film. D'ailleurs, je sais prédire ce que les personnes vont dire. - Quand je pense, je suis tellement dans mes pensées que je ne suis pas vraiment présente. 	+
<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 cours du temps</i>		
<i>Sous-type 2 : perturbation du temps existentiel</i>	- J'ai le sentiment de m'observer de l'extérieur, de m'observer en arrière, comme si j'étais dans une glace, vous voyez, et qu'à ce moment-là je peux changer les choses du passé et les refaire comme je veux. <u>Ça m'arrive très souvent.</u> Mais je me perds jamais dans le temps, non, je sais le gérer et revenir.	+
1.15 Conscience interrompue de sa propre action		
1.16 Discordance entre expression intentionnée et réellement exprimée		0
1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage		0
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>	<ul style="list-style-type: none"> - Vous savez ça fait déjà 20 ans qu'on m'a déclarée schizophrène, et ça fait 20 ans que je suis décalée du monde. - Si je n'ai pas d'enfant, c'est à cause de la schizophrénie, je ne sais pas comment expliquer, mais elle a un effet sur moi qui m'empêche d'avoir des enfants. Mais moi je veux avoir des enfants. Je ne suis jamais tombée enceinte, c'est une de mes plus grandes tristesses. À cause de ça, j'ai l'impression de ne pas faire partie du monde. Ne pas avoir d'enfants m'éloigne du monde, et c'est à cause de ma maladie, depuis 20 ans. J'ai plus mes règles depuis longtemps maintenant, ce n'est pas bon. Je dois sortir pour aller voir un gynécologue. Une fois pendant 4 ans je n'ai pas eu mes règles. - J'ai l'impression que le monde ne me comprend pas. J'ai l'impression d'être séparée de lui. Sûrement à cause de mes pensées qui peuvent m'envahir à certains moments. 	++
2.2 Distorsion de la perspective en première personne		
<i>Sous-type 1 : mienneté/qualité de sujet</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Je ne dirais pas que je ne sais pas contrôler, mais on me dit tout le temps « non, tu ne peux pas faire ça », « non, tu ne peux pas penser à ça », c'est ça qui me bloque, ce ne sont pas mes pensées c'est les autres qui veulent m'interdire de penser. - Il m'est arrivé un truc pour que j'arrive ici, c'est à cause des sorcières de Salem, je le savais, je le sens, elles ont agi sur moi. Du coup, j'ai atterri en psychiatrie. Et mon mari m'a envoyée ici parce que j'ai peint sur une table, mais c'était pour les sorcières, c'est elles qui voulaient que je peigne cette table, c'étaient des signes qu'elles me dictaient. Fin au final ce n'était qu'une table. Mais à chaque fois qu'on se dispute avec mon mari, j'atterris ici. C'est de sa faute. - J'ai déjà entendu une voix extérieure qui m'a sauvé la vie, elle m'a crié « laisse-toi tomber par terre ». Mais c'est quand même rare. 	+

	Mais quand j'arrête mon traitement, j'entends plus les voix.	
<i>Sous-type 2 : distance expérientielle/phénoménologique</i>		
<i>Sous-type 3 : spatialisation du soi</i>		
2.3 Dépersonnalisation psychique		0
<i>Sous-type 1 : dépersonnalisation mélancoliforme</i>		
<i>Sous-type 2 : dépersonnalisation non spécifiée</i>		
2.4 Présence diminuée		
<i>Sous-type 1 : diminution spécifique</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Vous savez ça fait déjà 20 ans qu'on m'a déclarée schizophrène, et ça fait 20 ans que je suis décalée du monde. – Si je n'ai pas d'enfant, c'est à cause de la schizophrénie, je ne sais pas comment expliquer, mais elle a un effet sur moi qui m'empêche d'avoir des enfants. Mais moi je veux avoir des enfants. Je ne suis jamais tombée enceinte, c'est une de mes plus grandes tristesses. À cause de ça, j'ai l'impression de ne pas faire partie du monde. Ne pas avoir d'enfants m'éloigne du monde, et c'est à cause de ma maladie, depuis 20 ans. J'ai plus mes règles depuis longtemps maintenant, ce n'est pas bon. Je dois sortir pour aller voir un gynécologue. Une fois pendant 4 ans je n'ai pas eu mes règles. – J'ai l'impression que le monde ne me comprend pas. J'ai l'impression d'être séparée de lui. Sûrement à cause de mes pensées qui peuvent m'envahir à certains moments. 	+
<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		0
<i>Sous-type 1 : déréalisation fluide, globale</i>		
<i>Sous-type 2 : déréalisation intrusive</i>		

2.6 Hyperréflexivité, réflexivité accentuée	<p>- Vous savez je me pose beaucoup de questions très importantes oui, mais elles sont secrètes. Je ne peux pas en parler. Dans le bureau il y a la télévision vous êtes sûr qu'elle n'est pas branchée sinon on peut avoir mis un micro dedans. Je veux que personnes ne sache ce que je vous ai dit, fin pas savoir que c'est moi qui l'ai dit. Parfois ces pensées elles me bloquent. Je reste focalisée dessus, je m'en rends compte parfois. Je pense que oui mes relations peuvent être bloquées à cause de ça.</p> <p>Une fois il m'est arrivé quelque chose par exemple pour laquelle je me pose toujours des questions. Je suis allée mettre une bougie et là j'ai perdu ma pièce dans la cire. On ne pouvait plus la prendre et quand je suis revenue, j'ai rallumé la bougie et la pièce est tombée dans ma main. Mais je suis athée, je ne crois en rien. La seule personne en qui je crois, c'est moi.</p> <p>- Vous savez je pense qu'il y a surtout une barrière entre le monde et l'église. Parce que si vous réfléchissez, Dieu, il doit bien y avoir une femme qui l'a créé, donc Dieu n'était pas le premier. C'est vraiment une question qui tournait dans ma tête et j'essaie de la résoudre sans y arriver. Mais j'ai compris, c'est moi la mère de Dieu, c'est pour ça que je n'ai pas d'enfant, en fait je l'ai déjà lui, et je pense que je ne pouvais pas avoir un autre enfant sinon il n'y aurait plus qu'un seul Dieu. Quand je pense à ça, ça me procure du bien et me donne du courage. J'ai l'impression que tout devient plus clair.</p>	+
2.7 Dissociation du « Je »		0
<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 : élaboration délirante</i>		
2.8 Dépersonnalisation dissociative		
<i>Sous-type 1 : phénomène imaginaire « comme si »</i>	<p>- J'ai le sentiment de m'observer de l'extérieur, de m'observer en arrière, comme si j'étais dans une glace, vous voyez, et qu'à ce moment-là je peux changer les choses du passé</p>	+

	et les refaire comme je veux. Ça m'arrive très souvent. Mais je me perds jamais dans le temps, non, je sais le gérer et revenir.	
<i>Sous-type 2 : hallucination visuelle dissociative</i>		
2.9 Confusion d'identité	– C'est vraiment une question qui tournait dans ma tête et j'essaie de la résoudre sans y arriver. Mais j'ai compris, c'est moi la mère de Dieu, c'est pour ça que je n'ai pas d'enfant, en fait je l'ai déjà lui, et je pense que je ne pouvais pas avoir un autre enfant sinon il n'y aurait plus qu'un seul Dieu. Quand je pense à ça, ça me procure du bien et me donne du courage. J'ai l'impression que tout devient plus clair.	+
2.10 Sentiment de changement par rapport à l'âge chronologique		0
2.11 Sentiment de changement en rapport avec le genre		0
<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	- Vous savez je me pose beaucoup de questions très importantes oui, mais elles sont secrètes. Je ne peux pas en parler. Dans le bureau il y a la télévision vous êtes sûr qu'elle n'est pas branchée sinon on peut avoir mis un micro dedans. Je veux que personnes ne sache ce que je vous ai dit, fin pas savoir que c'est moi qui l'ai dit. Parfois ces pensées elles me bloquent. Je reste focalisée dessus, je m'en rends compte parfois. Je pense que oui mes relations peuvent être bloquées à cause de ça. Une fois il m'est arrivé quelque chose par exemple pour laquelle je me pose toujours des questions. Je suis allée mettre une bougie et là j'ai perdu ma pièce dans la cire. On ne pouvait plus la prendre et quand je suis revenue, j'ai rallumé la bougie et la pièce est tombée dans ma main. Mais je suis athée, je ne crois en rien. La seule personne en qui je crois, c'est moi.	+
2.13 Anxiété		
<i>Sous-type 1 : attaque de panique avec</i>		

<i>symptomatologie du système nerveux autonome</i>		
<i>Sous-type 2 : anxiété psychique, mentale</i>	- Il y avait de la cocaïne dans l'appartement, et je les ai dénoncés à la police, mais du coup ils disent que je leur dois 40 euros, mais je ne saurais pas leur donner comme je suis ici, fin je n'ai pas envie qu'ils viennent pour se venger ici moi, mais je pense qu'ils ne pourraient pas rentrer ici de toute façon. C'est pour ça que je suis ici, c'est parce que la police a dit de m'emmener en sécurité.	+
<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>	- Vous savez je me pose beaucoup de questions très importantes oui, mais elles sont secrètes. Je ne peux pas en parler. Dans le bureau il y a la télévision vous êtes sûr qu'elle n'est pas branchée sinon on peut avoir mis un micro dedans. Je veux que personnes ne sache ce que je vous ai dit, fin pas savoir que c'est moi qui l'ai dit. - Et c'est la sœur de ma meilleure amie qui m'a droguée pour je sois placée ici pour qu'elle puisse me voler mes pièces de collection. Mais je les ai bien cachées, elle ne les aura jamais.	+
2.14 Angoisse ontologique		0
2.15 Transparence de la conscience diminuée		0
2.16 Initiative diminuée		0
2.17 Hypohédonie		0
2.18 Vitalité diminuée		0
<i>Sous-type 1 : marqueur d'état</i>		
<i>Sous-type 2 : trait caractéristique</i>		
3. Expériences corporelles		
3.1 Changements morphologiques		
<i>Sous-type 1 : sensations d'un changement</i>		
<i>Sous-type 2 : perceptions</i>	- Mon corps peut être modifié par des	+

<i>d'un changement</i>	événements particuliers. Quand mon père a failli mourir, j'ai attrapé une bosse à la main, je sais que c'est lui qui est venu dans main. Depuis ce jour-là, je sais que mon père sera toujours avec moi et que son âme sera en moi quoi qu'il lui arrive.	
3.2 Phénomènes du miroir		
<i>Sous-type 1 : recherche d'un changement</i>		
<i>Sous-type 2 : perception d'un changement</i>		
<i>Sous-type 3 : autres phénomènes</i>	– Je me regarde très souvent dans le miroir, j'arrive à m'hypnotiser dans le miroir moi-même. Quand je suis sur hypnose, mes yeux deviennent entièrement noirs.	+
3.3 Dépersonnalisation somatique (étrangeté corporelle)	- Ma main gauche elle devient vieille. Elle se cale ou se bloque parfois dans certaines positions. J'aimerais qu'elle repousse ou qu'elle ne fasse plus partie de moi. - Le contact physique m'a déjà semblé désagréable, notamment, car pour mon mari, le viol dans un couple n'existait pas ..., je le faisais alors que je n'avais pas envie, j'avais l'impression que mon corps ne m'appartenait plus.	+
3.4 Inadéquation psychophysique et clivage psychophysique		0
3.5 Désintégration corporelle		0
3.6 Spatialisation des expériences corporelles		
3.7 Expériences cénesthésiques	– J'ai des sensations bizarres dans le corps très fréquemment, par exemple, j'ai des frissons quand il va se passer quelque chose. – J'ai les jambes impatientes à cause des médicaments. C'est pour ça que je dois toujours marcher. Quand je veux dormir, c'est le pire. Honnêtement, je me couperais bien mes jambes la nuit.	+
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>		
3.9 Expérience mimétique		
4. Transitivity/troubles de la démarcation de soi		
4.1 Confusion avec autrui		
4.2 Confusion avec sa propre image spéculaire		0
4.3 Contact corporel menaçant		
<i>Sous-type 1 : contact corporel désagréable ou anxiogène</i>	- Le contact physique m'a déjà semblé désagréable, notamment, car pour mon mari, le viol dans un couple n'existait pas ..., je le faisais alors que je n'avais pas envie, j'avais l'impression que mon corps ne m'appartenait plus.	+
<i>Sous-type 2 : sentiment d'une disparition, d'une annihilation de soi</i>		
4.4 Sentiment d'influence/humeur de passivité		
4.5 Autres phénomènes de transitivity		
5. Réorientation existentielle		
5.1 Phénomènes primaires de référence à soi	<ul style="list-style-type: none"> - Quand je pense à quelqu'un, je le vois, le jour même. C'est toujours comme ça. J'y pense, je le vois. - Je peux aussi souhaiter des choses, et elles se produisent souvent. - Une autre chose qui m'arrive aussi, c'est quand je prends l'appareil photo de mon téléphone et que je fais des photos d'une personne, la personne meurt, même si je fais une photo via la télévision. - Je peux aussi donner la mort si je le souhaite. 	++

5.2 Sentiment de centralité	<p>- Vous savez je pense qu'il y a surtout une barrière entre le monde et l'église. Parce que si vous réfléchissez, Dieu, il doit bien y avoir une femme qui l'a créé, donc Dieu n'était pas le premier. C'est vraiment une question qui tournait dans ma tête et j'essaie de la résoudre sans y arriver. Mais j'ai compris, c'est moi la mère de Dieu, c'est pour ça que je n'ai pas d'enfant, en fait je l'ai déjà lui, et je pense que je ne pouvais pas avoir un autre enfant sinon il n'y aurait plus qu'un seul Dieu. Quand je pense à ça, ça me procure du bien et me donne du courage. J'ai l'impression que tout devient plus clair.</p> <p>- Je pense qu'un jour je referai le monde avec B., l'homme que j'aime, qui est télépathe, c'est pour ça qu'avec lui on peut totalement se confondre l'un dans l'autre. [...] Et donc avec lui on refera le monde, on attendra que les voitures tombent toutes en panne et on reviendra aux chevaux comme dans le temps. Parce que les voitures, ce n'est pas bon du tout pour l'effet de serre.</p>	+
5.3 Champ d'expérience du sujet comme seule réalité qui existe encore		
5.4 Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire	<p>- D'ailleurs, je sais prédire ce que les personnes vont dire.</p> <p>- J'ai des sensations bizarres dans le corps très fréquemment, par exemple, j'ai des frissons quand il va se passer quelque chose. Je le dis aux gens, je les préviens qu'il va leur arriver quelque chose. Ou, par exemple, si je pose une question, par exemple si je vais me marier, bah regardez mon doigt descend. Et ce n'est pas faux, ce n'est pas moi qui le fais aller, il a toujours raison ça se réalise.</p> <p>- Une fois, j'ai dit à une amie « ne rentre pas il va y avoir une botte de foin qui risque de te tuer », alors elle a pris un autre chemin, et le lendemain elle a trouvé la botte de foin, elle m'a dit que j'avais raison. Je le sens quand il va arriver quelque chose, c'est comme ça. Ou une fois ma mère et mon père voulaient faire du</p>	+++

	<p>cheval, moi je dis que je ne veux pas monter, qu'il va y avoir des vipères que je les attends, ils me critiquent et ne m'écoutent pas. Mon père avait sa caméra et il y avait une guide avec nous qui était aussi sur un cheval. Résultat, ma mère est tombée du cheval, la guide aussi et mon père a eu sa caméra cassée. Depuis ce jour-là, ils ont compris que j'avais un don. J'ai le sentiment aussi quand quelqu'un va mourir, je le sais.</p> <p>– Par exemple, je sais qu'il va y avoir un mort bientôt dans le service, mais je ne sais pas qui. Je le dis, mais personne ne me croit et ils ne font rien, mais ça va arriver. La preuve, il y en a un dans le service qui essaie de se suicider, je ne sais pas si c'est lui qui va mourir, mais s'il trouve un moyen je les aurai prévenus. Je peux aussi souhaiter des choses, et elles se produisent souvent.</p> <p>– Vous n'imaginez pas à quel point c'est difficile d'avoir des dons, c'est lourd, et pour les donner on doit mourir. C'est vrai quand on a la sensation qu'on va mourir, et qu'on doit vraiment faire très attention, qu'on le sent. On peut transmettre les dons par télépathie. Par exemple, notre père quand il mourra pourra nous donner son don à ma sœur et moi pour nos enfants.</p> <p>– Comme je l'ai déjà dit, j'ai des dons particuliers, notamment pour le chant, le théâtre, le dessin, etc. Je peux aussi donner la mort si je le souhaite.</p>	
5.5 Sentiment « comme si » le monde ressenti n'était pas réel		
5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet	<p>– [Don de voyance / Prédications]</p> <p>– [Télépathie]</p> <p>– Je peux aussi donner la mort si je le souhaite.</p> <p>– Une autre chose qui m'arrive aussi, c'est quand je prends l'appareil photo de mon téléphone et que je fais des photos d'une</p>	+++

	<p>personne, la personne meurt, même si je fais une photo via la télévision.</p> <p>– Quand j'étais petite, j'ai fait de la magie noire sans le vouloir, fin de la magie blanche ou noire, je ne sais pas vraiment parce que j'étais petite. En fait, si tu veux garder ton amoureux pour le reste de ta vie tu dois prendre un œuf, le vider de la partie jaune, y placer un cheveu de la personne que tu vas garder près de toi, faire un nœud et l'enterrer. Sauf que comme il n'avait pas vraiment de cheveux, j'ai mis les miens.</p>	
5.7 Changement existentiel ou intellectuel		
5.8 Grandeur solipsiste	<p>- Vous savez je pense qu'il y a surtout une barrière entre le monde et l'église. Parce que si vous réfléchissez, Dieu, il doit bien y avoir une femme qui l'a créé, donc Dieu n'était pas le premier. C'est vraiment une question qui tournait dans ma tête et j'essaie de la résoudre sans y arriver. Mais j'ai compris, c'est moi la mère de Dieu, c'est pour ça que je n'ai pas d'enfant, en fait je l'ai déjà lui, et je pense que je ne pouvais pas avoir un autre enfant sinon il n'y aurait plus qu'un seul Dieu. Quand je pense à ça, ça me procure du bien et me donne du courage. J'ai l'impression que tout devient plus clair.</p> <p>- Je pense que mon quotient intellectuel est au-dessus de la moyenne, mais qu'on ne l'a pas encore vu. Je pense qu'il est au moins à 130. On m'a toujours rabaissée toute ma vie, mais le docteur me l'a dit que j'étais intelligente, je suis tellement soulagée, ça m'a fait beaucoup de bien qu'il me le dise.</p>	+

2. Bruno (patient 15)

<i>Domaines et sous-domaines</i>	<i>Réponses</i>	<i>Cotation</i>
1. Cognition et cours de la pensée		
1.1 Interférence de la pensée	<ul style="list-style-type: none"> - Je perds le contrôle de mes pensées quand je suis en échec, par exemple, quand je bois ou je fume alors que je sais que je dois arrêter. - Mais non je suis certain que mes pensées sont les miennes même si elles m’envahissent. - J’ai énormément de pensées noires. Elles viennent sans prévenir et m’envahissent. - J’ai peur du regard des autres, ce qu’ils pensent de moi. J’ai peur des bagarres aussi. Avant, je me battais, mais maintenant, non, je ne veux plus me battre, je ne suis pas capable. Quand il y a une situation comme ça, ça me stresse, j’ai plein d’idées noires qui me viennent, je suis envahi par le stress, je ronges mes ongles, je frotte ma tête, j’arrache mes cheveux, parfois je me gratte. 	++
1.2 Perte de l’ipséité	<ul style="list-style-type: none"> - J’ai des esprits qui me possèdent - Mais non je suis certain que mes pensées sont les miennes même si elles m’envahissent. Je ne suis pas en télépathie, même si je pense que parfois j’influence les gens, mais je ne le fais pas exprès. Mais on peut considérer qu’elles sont quand même influencées par tout ce que j’ai vu et entendu. Elles proviennent d’ailleurs. 	+
1.3 Pression de la pensée	<ul style="list-style-type: none"> - J’ai énormément de pensées noires. Elles viennent sans prévenir et m’envahissent. Elles touchent généralement des événements qui se sont produits, c’est plus axé sur le passé que sur l’avenir par exemple. Elles sont toujours négatives et peuvent toucher des détails. Mais toujours négatives jamais positives. C’est des idées suicidaires, je me vois me pendre, etc. Quand ça arrive, j’ai beaucoup de pression dans ma tête et pour que ça s’arrête je me mets en position fœtus et je m’arrache les cheveux. - Tout ce qui se passe dans ma tête, c’est pour ça que j’ai beaucoup de pression. 	+
1.4 Blocage de la pensée		

<i>Sous type 1 : barrage</i>		
<i>Sous type 2 : fading/estompage</i>		
<i>Sous type 3 : fading en association</i>		
1.5 Echo silencieux de la pensée		0
1.6 Ruminations – obsessions		
<i>Sous type 1 : ruminations primaires</i>		
<i>Sous type 2 : ruminations secondaires</i>	<p>– J’ai énormément de pensées noires. Elles viennent sans prévenir et m’envahissent. Elles touchent généralement des événements qui se sont produits, c’est plus axé sur le passé que sur l’avenir par exemple. Elles sont toujours négatives et peuvent toucher des détails. Mais toujours négatives jamais positives. C’est des idées suicidaires, je me vois me pendre, etc. Quand ça arrive, j’ai beaucoup de pression dans ma tête et pour que ça s’arrête je me mets en position fœtus et je m’arrache les cheveux.</p> <p>– Je ne sais pas pourquoi ni comment l’expliquer, mais j’ai très souvent le sentiment d’être quelqu’un d’anormal. J’ai vraiment peur d’être psychopathe tellement mes idées sont noires. J’ai demandé au docteur et tout ça, mais on m’a dit que je ne l’étais pas. Je ne suis pas psychopathe. Je n’ai jamais tué quelqu’un donc je ne suis pas psychopathe. Mais j’ai tellement des idées noires très très fortes que j’ai peur d’être psychopathe. Mais quand ça arrive, j’essaie de revenir à mes sources. Et je me répète que je suis normal.</p> <p>– J’ai un sentiment d’insécurité avec le terrorisme, je ne veux pas qu’ils m’attaquent moi, c’est vraiment malheureux, je n’ai jamais vu autant de morts. Enfin je ne les ai pas vus pour du vrai, mais tu as compris quoi. Et ce n’est pas fini. Mais ce sentiment d’insécurité a diminué depuis que je suis ici. Mais je n’ai pas de problème avec le monde, les planètes, les animaux, l’architecture. Je pense que les plus cons là-dedans, ce sont les êtres humains quoi.</p> <p>– Là j’ai peur, je suis angoissé, je pense à la mort, c’est parce que je suis passé en justice. J’ai peur des attentats. C’est le gouvernement,</p>	+++

	<p>c'est les gens qui nous gouvernent qui sont responsables. Moi en tout cas je n'ai aucune responsabilité là-dedans, aucune. Mais je pense que j'ai beaucoup peur parce que mon frère est militaire et il nous raconte tout. Imagine, ils savent passer les frontières et tout, ça fait vachement flipper quand même. J'ai peur pour ma famille, pour lui, pour moi. Je veux qu'on ne tue personne moi. Je ne suis pas un tueur moi. Je n'ai jamais fait de mal à personne. Je ne suis pas un psychopathe. J'ai peur qu'ils viennent me tuer. Chez moi. C'est super facile s'ils veulent me traîner dehors de chez moi. Ils veulent m'attaquer je ne sais pas pourquoi. Peut-être que je suis la clé ou important, mais je ne sais pas comment l'expliquer.</p> <p>– Oui, ça peut être lié aux esprits. Mais je pense qu'ils veulent surtout me tuer. Mais il ne faut pas parler de ça c'est un sujet encore trop sensible. Et moi je ne les connais pas les terroristes hein ! Aux infos on parlait que de ça. Mais j'ai revendu ma télévision, parce que je regardais que ça à un moment TF1, F2, etc. Je regardais que ça. Mais maintenant sur Facebook je vais me désabonner du site RTBF, on voit que des choses horribles. Des assassins, des pédophiles, des terroristes, des psychopathes ... La seule chose qui est bien, c'est la marche sur le climat. Sinon c'est la catastrophe maintenant. Vous savez que ça fait déjà 10 ans maintenant que notre pays est en crise et qu'il y a plein de morts. Il y a que des morts. Mais je ne peux pas refaire le monde. Mais parfois j'ai l'impression que c'est de ma faute.</p> <p>– Pour le moment je pense surtout à mes problèmes de justice et le suicide. Ce qui me stresse le plus, c'est que je n'arrive jamais à leur parler aux juges.</p>	
<i>Sous type 3 : obsession authentique</i>		
<i>Sous type 4 : pseudo-obsession</i>		
<i>Sous type 5 : rituels / compulsion</i>		
1.7 Perceptualisation du discours intérieur ou de la		

pensée		
<i>Sous type 1 : Perceptualisation interne</i>		
<i>Sous type 2 : Équivalent d'une perceptualisation</i>		
<i>Sous type 3 : Perceptualisation interne avec symptômes de premiers rangs</i>		
<i>Sous type 4 : Perceptualisation externe</i>	– Un jour, je me suis retrouvé perdu et j'ai tenté de me suicider. J'étais à deux doigts de me faire prendre par le train. Maintenant, ça va mieux, j'arrive à mieux me gérer. Mais ce jour-là, quand j'étais perdu, j'ai entendu rire une femme alors que je sais qu'il n'y avait personne au fond. En sortant de la forêt, il y avait un taxi, comme s'il m'attendait, je lui ai donné 150 euros pour qu'il me ramène chez moi. Je ne sais pas comment, mais mon père a réussi à retrouver la voiture alors qu'elle était complètement perdue. Je ne me souviens plus très bien comment ça s'est passé. Si c'était un accident ou une tentative de suicide. C'est un peu vague.	+
1.8 Spatialisation de l'expérience	– J'imagine mes pensées comme étant carrées. Moi c'est tout carré ou cercle.	+
1.9 Ambivalence		
1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités de l'intentionnalité		0
1.11 Perturbation de l'initiative de la pensée ou de l'intentionnalité de la pensée		0
1.12 Perturbations attentionnelles		0
<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		0
1.14 Perturbation de l'expérience du temps		
<i>Sous-type 1 : perturbation de l'expérience subjective</i>	– Il m'est déjà arrivé de percevoir le temps comme ralenti et c'est très difficile à vivre.	+

<i>du cours du temps</i>		
<i>Sous-type 2 : perturbation du temps existentiel</i>		
1.15 Conscience interrompue de sa propre action	– Un jour, je me suis retrouvé perdu et j'ai tenté de me suicider. J'étais à deux doigts de me faire prendre par le train. Maintenant, ça va mieux, j'arrive à mieux me gérer. Mais ce jour-là, quand j'étais perdu, j'ai entendu rire une femme alors que je sais qu'il n'y avait personne au fond. En sortant de la forêt, il y avait un taxi, comme s'il m'attendait, je lui ai donné 150 euros pour qu'il me ramène chez moi. Je ne sais pas comment, mais mon père a réussi à retrouver la voiture alors qu'elle était complètement perdue. Je ne me souviens plus très bien comment ça s'est passé. Si c'était un accident ou une tentative de suicide en réalité. Je ne sais pas comment je suis arrivé sur les rails, ni où était la voiture, comment je m'étais perdu et retrouvé sur ces rails. C'est un peu vague.	+
1.16 Discordance entre expression intentionnée et réellement exprimée		
1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage	– Ce qui me stresse le plus, c'est que je n'arrive jamais à leur parler aux juges. Je ne sais jamais quoi dire, comment le dire, et même à quel moment le dire. C'est anxiogène pour moi.	+
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>	- Dès mon plus jeune âge j'étais mal dans ma peau, c'est pour ça que j'ai commencé la drogue.	+
<i>Sous-type 2 : depuis l'adolescence</i>	– Parfois, j'ai l'impression que c'est le vide autour de moi. Mais je me sens quand même présent. Je vis. J'ai l'impression de tout voir, de tout sentir, de tout entendre ... j'ai l'impression d'être omnipotent. Que j'étais différent de tout le monde. Que j'étais le seul être humain qui restait. Le seul à pouvoir ressentir et à souffrir. Les autres peuvent, mais ne ressentent plus la douleur, la souffrance. J'ai l'impression que les autres sont comme dans un	++

	<p>cinéma devant moi, comme s'ils étaient les personnages d'un film et que je voyais tout, mais sans pouvoir rien faire. J'ai le sentiment d'être seul au monde.</p> <p>– Je ne sais pas pourquoi ni comment l'expliquer, mais j'ai très souvent le sentiment d'être quelqu'un d'anormal. J'ai vraiment peur d'être psychopathe tellement mes idées sont noires. J'ai demandé au docteur et tout ça, mais on m'a dit que je ne l'étais pas. Je ne suis pas psychopathe. Je n'ai jamais tué quelqu'un donc je ne suis pas psychopathe. Mais j'ai tellement des idées noires très très fortes que j'ai peur d'être psychopathe. Mais quand ça arrive j'essaie de revenir à mes sources. Et je me répète que je suis normal.</p> <p>– Je ne trouve personne pour faire de la musique avec moi, ils font tous pas la même musique, fin je ne sais pas, je pense qu'ils sont différents, j'ai une musique à moi. Mais en général je fais de la house, de la trap, et de l'électronique. Mais j'ai tout jeté j'ai fait le con. Parce que les gens se moquaient. Je n'aime pas ça.</p>	
2.2 Distorsion de la perspective en première personne		
<i>Sous-type 1 : mienneté/qualité de sujet</i>	<p>– J'ai l'impression qu'en fonction que les photos changent des choses vont arriver. C'est vrai quand je fais des photos il y a des reflets et on voit des choses. Par exemple, je filmais mes mains quand je faisais du piano et à côté il y avait un néon jaune, et un moment pendant que je filme la lumière jaune disparaît alors que le néon est toujours à côté de moi. C'est des nuances, des lueurs, des jeux de lumière comme ça. <u>J'ai des esprits qui me possèdent.</u> C'est des esprits <i>feufolien</i> vous connaissez ? Ce n'arrive pas qu'à moi ça. Il y a des gens qui en parlent sur internet. Vous me croyez ? Je ne vous mens pas. Il y en a des gentils ou des méchants. Mais ce n'est pas pour ça que je ne me sens pas en sécurité, je n'ai pas encore ramassé une poêle en tout cas.</p>	+
<i>Sous-type 2 : distance expérimentielle/phénoménolo</i>		

<i>-gique</i>		
<i>Sous-type 3 : spatialisation du soi</i>		
2.3 Dépersonnalisation psychique		
<i>Sous-type 1 : dépersonnalisation mélancoliforme</i>		
<i>Sous-type 2 : dépersonnalisation non spécifiée</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>	– Parfois, j'ai l'impression que c'est le vide autour de moi. Mais je me sens quand même présent. Je vis. J'ai l'impression de tout voir, de tout sentir, de tout entendre ... j'ai l'impression d'être omnipotent. Que j'étais différent de tout le monde. Que j'étais le seul être humain qui restait. Le seul à pouvoir ressentir et à souffrir. Les autres peuvent, mais ne ressentent plus la douleur, la souffrance. J'ai l'impression que les autres sont comme dans un cinéma devant moi, comme s'ils étaient les personnages d'un film et que je voyais tout, mais sans pouvoir rien faire. J'ai le sentiment d'être seul au monde.	+
2.5 Dérealisation		
<i>Sous-type 1 : déréalisation fluide, globale</i>	- Parfois, j'ai l'impression que c'est le vide autour de moi. Mais je me sens quand même présent. Je vis. J'ai l'impression de tout voir, de tout sentir, de tout entendre ... j'ai l'impression d'être omnipotent. Que j'étais différent de tout le monde. Que j'étais le seul être humain qui restait. Le seul à pouvoir ressentir et à souffrir. Les autres peuvent, mais ne ressentent plus la douleur, la souffrance. J'ai l'impression que les autres sont comme dans un cinéma devant moi, comme s'ils étaient les personnages d'un film et que je voyais tout, mais sans pouvoir rien faire. J'ai le sentiment d'être seul au monde.	+

	<p>– La terre tourne toujours autour du soleil, mais le monde est mécanique. Je suis le seul à vivre. Les autres sont des personnages d'un film. J'ai ce sentiment depuis que mon papa est tombé malade. Je ne sais pas si c'est une protection par rapport à cela. Parfois, je me rends compte que vous n'êtes pas réellement des personnages et que vous êtes comme moi, mais je le ressens quand même. Mais je pense que la planète n'est pas foutue.</p>	
<i>Sous-type 2 : déréalisation intrusive</i>		
2.6 Hyperréflexivité, réflexivité accentuée	<p>– Je me pose beaucoup de questions sur la télévision, ce que j'entends ... mais je pense que d'autres personnes se les posent aussi. Mais ça m'arrive souvent, très souvent. Par exemple, je ne sais pas si je dois serrer la main, donner la bise ...c'est toujours compliqué ces trucs-là. On devrait dire tout le monde se donne la main par exemple. Ce serait plus facile ... non ?</p> <p>– Je me pose énormément de questions sur tout, sur la mort, sur la vie, les planètes, la planète sur laquelle on vit. Mais je sais les contrôler en général. Mais quand j'ai peur, je suis angoissé, anxieux, je pense à la mort (je pense très souvent à la mort).</p> <p>– Je peux réfléchir beaucoup à ma solitude, pourquoi je ne trouve pas de femme, ou des trucs comme ça.</p>	++
2.7 Dissociation du « Je »		
<i>Sous-type 1 : suspecté</i>	<p>- Je crois en 3 religions, le bouddhisme, le christianisme et la religion musulmane. Je me sens complètement divisé par ces parties de moi qui sont complètement séparées.</p>	+
<i>Sous-type 2 : expérience « comme si »</i>		
<i>Sous-type 3 : expérience spatialisée</i>		
<i>Sous-type 4 : élaboration délirante</i>		
2.8 Dépersonnalisation dissociative		
<i>Sous-type 1 : phénomène imaginaire « comme si »</i>	<p>– J'ai déjà eu le sentiment de me voir de l'extérieur. C'était très moche. Je me voyais aller à la toilette ou dormir. Quand je</p>	+

	m'observe, je ne ressens rien, aucun sentiment. Je veux dire ça a toujours été comme ça. C'est normal pour moi. C'est comme ça c'est tout, je ne cherche pas à comprendre. C'est totalement aléatoire, il n'y a pas de raison à cela.	
<i>Sous-type 2 : hallucination visuelle dissociative</i>	- Quand j'ai mes pensées suicidaires, je me vois me pendre, je me vois me tuer.	+
2.9 Confusion d'identité	- Je pense avoir une autre identité, une autre nationalité plus précisément. Mais je ne me sens pas comme quelqu'un d'autre. C'est ma mère qui me disait toujours que j'étais Suédois. Je ne sais pas pourquoi elle me dit ça, elle n'a jamais voulu me le dire.	+
2.10 Sentiment de changement par rapport à l'âge chronologique		0
2.11 Sentiment de changement en rapport avec le genre		
<i>Sous-type 1 : peur occasionnelle d'être homosexuel</i>	- C'est vrai qu'il m'arrive de croire que je suis homosexuel. Ça me fait quand même peur. Je sais que j'ai des phases bizarres. Mais c'est la société. Dans la société actuelle, il faut accepter tout. C'est la société qui provoque cette peur. Et moi je reste marginal. Je n'aime pas ça.	+
<i>Sous-type 2 : sensation d'être du sexe opposé</i>	- Parfois, j'arrive même à ne plus savoir si je suis un homme ou une femme, mais quand je me regarde dans le miroir alors ça va. Je me regarde dans le miroir pour aller mieux.	+
2.12 Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle	- Par exemple, je ne sais pas si je dois serrer la main, donner la bise ...c'est toujours compliqué ces trucs-là. On devrait dire tout le monde se donne la main par exemple. Ce serait plus facile ... non ? - Ce qui me stresse le plus, c'est que je n'arrive jamais à leur parler aux juges. Je ne sais jamais quoi dire, comment le dire, et même à quel moment le dire. C'est anxiogène pour moi	+
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>	- Je suis fort anxieux.	+++

	<ul style="list-style-type: none"> - Mais quand j'ai peur, je suis angoissé, anxieux, je pense à la mort (je pense très souvent à la mort). - Dans mon divan il y deux trous noirs qui n'arrêtent pas de grandir. Je ne sais pas ce que c'est. Pas moyen de l'enlever et ça grandit. C'est comme des yeux. Je peux vous montrer des photos si vous voulez. En plus, je ne trouvais même pas les morceaux de velours du divan à terre. Je n'imagine pas comme ça doit être quand je rentrerai. - Je ne sais pas pourquoi ni comment l'expliquer, mais j'ai très souvent le sentiment d'être quelqu'un d'anormal. J'ai vraiment peur d'être psychopathes tellement mes idées sont noires. J'ai demandé au docteur et tout ça, mais on m'a dit que je ne l'étais pas. Je ne suis pas psychopathe. Je n'ai jamais tué quelqu'un donc je ne suis pas psychopathe. Mais j'ai tellement des idées noires très très fortes que j'ai peur d'être psychopathe. Mais quand ça arrive, j'essaie de revenir à mes sources. Et je me répète que je suis normal. 	
<i>Sous-type 3 : anxiété phobique</i>		
<i>Sous-type 4 : anxiété sociale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - J'ai facile à prendre des choix, mais il m'arrive d'être intimidé par les autres et de changer d'avis. J'ai peur du regard des autres, ce qu'ils pensent de moi. J'ai peur des bagarres aussi. Avant, je me battais, mais maintenant, non, je ne veux plus me battre, je ne suis pas capable. Quand il y a une situation comme ça, ça me stresse, j'ai pleins d'idées noires qui me viennent, je suis envahi par le stress, je ronge mes ongles, je frotte ma tête, j'arrache mes cheveux, parfois je me gratte. - Je suis musicien, je fais de la musique électronique tout seul, mais j'ai tout revendu. J'ai fait le con. J'ai revendu parce que je pensais que les gens se moquaient de moi. - Avant je faisais de la musique, maintenant c'est fini. Maintenant, c'est que des streamings de toute façon. C'est que de la concurrence. The Voice et tout. C'est de la concurrence. Je ne trouve personne pour faire 	++

	<p>de la musique avec moi, ils font tous pas la même musique, fin je ne sais pas, je pense qu'ils sont différents, j'ai une musique à moi. Mais en général je fais de la house, de la trap, et de l'électronique. Mais j'ai tout jeté j'ai fait le con. Parce que les gens se moquaient. Enfin j'avais peur qu'ils se moquent de moi. Je n'aime pas ça. Mais il me reste quand même pour faire de la musique sur mon ordinateur et j'ai encore un piano électronique chez moi.</p>	
<p><i>Sous-type 5 : angoisse diffuse, envahissante, flottante</i></p>		
<p><i>Sous-type 6 : angoisse paranoïde</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - J'ai un sentiment d'insécurité avec le terrorisme, je ne veux pas qu'ils m'attaquent moi, c'est vraiment malheureux, je n'ai jamais vu autant de morts. Enfin je ne les ai pas vus pour du vrai, mais tu as compris quoi. Et ce n'est pas fini. Mais ce sentiment d'insécurité a diminué depuis que je suis ici. Mais je n'ai pas de problème avec le monde, les planètes, les animaux, l'architecture. Je pense que les plus cons là-dedans, ce sont les êtres humains quoi. - J'essaie de surveiller ce qu'il y a en bas de chez moi. J'ai l'impression d'être tout le temps surveillé par la police - On m'a pris 20 euros aujourd'hui, je suis toujours gentil et tout d'habitude, mais là c'est fini je ne fais plus confiance à personne. - J'ai vraiment peur des terroristes oui. Je pense que les terroristes viennent me chercher, qu'ils veulent quelque chose de moi en particulier, ça peut être un lien avec les esprits, à cause des photos, mais c'est surtout pour moi. Je ne sais pas expliquer pourquoi. Ils veulent mon corps, ils veulent me tuer. J'espère qu'ils ne me connaissent pas avec ma musique sur internet. Mais il ne faut pas trop parler de ça en ce moment, on va changer de sujet, c'est encore trop sensible d'en parler du terrorisme maintenant. - Là j'ai peur, je suis angoissé, je pense à la mort, c'est parce que je suis passé en justice. J'ai peur des attentats. C'est le gouvernement, 	<p>+++</p>

	<p>c'est les gens qui nous gouvernent qui sont responsables. Moi en tout cas je n'ai aucune responsabilité là-dedans, aucune. Mais je pense que j'ai beaucoup peur parce que mon frère est militaire et il nous raconte tout. Imagine, ils savent passer les frontières et tout, ça fait vachement flipper quand même. J'ai peur pour ma famille, pour lui, pour moi. Je veux qu'on ne tue personne moi. Je ne suis pas un tueur moi. Je n'ai jamais fait de mal à personne. Je ne suis pas un psychopathe. J'ai peur qu'ils viennent me tuer. Chez moi. C'est super facile s'ils veulent me traîner dehors de chez moi. Ils veulent m'attaquer je ne sais pas pourquoi. Peut-être que je suis la clé ou important, mais je ne sais pas comment l'expliquer.</p> <p>– Oui, ça peut être lié aux esprits. Mais je pense qu'ils veulent surtout me tuer. Mais il ne faut pas parler de ça c'est un sujet encore trop sensible. Et moi je ne les connais pas les terroristes hein ! Aux infos on parlait que de ça. Mais j'ai revendu ma télévision, parce que je regardais que ça à un moment TF1, F2, etc. Je regardais que ça. Mais maintenant sur Facebook je vais me désabonner du site RTBF, on voit que des choses horribles. Des assassins, des pédophiles, des terroristes, des psychopathes ... La seule chose qui est bien, c'est la marche sur le climat. Sinon c'est la catastrophe maintenant. Vous savez que ça fait déjà 10 ans maintenant que notre pays est en crise et qu'il y a plein de morts. Il y a que des morts. Mais je ne peux pas refaire le monde. Mais parfois j'ai l'impression que c'est de ma faute.</p>	
2.14 Angoisse ontologique		
2.15 Transparence de la conscience diminuée		0
2.16 Initiative diminuée		0
2.17 Hypohédonie	- J'ai parfois un peu du mal à passer du bon temps ou à prendre du plaisir mais, c'est quand même rarement. Et de toute manière, je n'ai plus d'amis actuellement ...	+
2.18 Vitalité diminuée		
<i>Sous-type 1 : marqueur d'état</i>	– Je suis vraiment épuisé, c'est exagéré, et c'est très fréquemment depuis toujours, fin	+

	<p>peut-être depuis les médicaments, je ne sais pas. Maintenant, j'arrive à me lever le matin, mais pendant mon adolescence, quand j'avais encore école, c'était vraiment très difficile quand même. Donc je pense que ça a toujours été comme ça d'une certaine manière. Dans ces cas-là, j'ai l'impression que ma tête va tomber à terre. Quand ça change ça va mieux. Aujourd'hui j'ai mal à la tête. Dans ces moments-là, je peux me bloquer, ne rien faire, être inactif, sans penser à rien, debout, mais je continue quand même à percevoir les choses autour de moi, mon environnement.</p>	
<i>Sous-type 2 : trait caractéristique</i>		
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>		
3.2 Phénomènes du miroir		
<i>Sous-type 1 : recherche d'un changement</i>	<p>– C'est vrai qu'il m'arrive de croire que je suis homosexuel. Ça me fait quand même peur. Je sais que j'ai des phases bizarres. Mais c'est la société. Dans la société actuelle, il faut accepter tout. C'est la société qui provoque cette peur. Et moi je reste marginal. Je n'aime pas ça. Parfois, j'arrive même à ne plus savoir si je suis un homme ou une femme, mais quand je me regarde dans le miroir alors ça va. Je me regarde dans le miroir pour aller mieux.</p> <p>– Je me regarde souvent devant le miroir pour voir si je vais bien.</p>	+
<i>Sous-type 2 : perception d'un changement</i>		
<i>Sous-type 3 : autres phénomènes</i>		
3.3 Dépersonnalisation somatique (étrangeté corporelle)	<p>– Une partie de moi est morte oui, ce sont mes dents de sagesse, depuis qu'on me les a arrachées, enfin je sais que ça les a tuées et c'était une partie de moi-même.</p>	+
3.4 Inadéquation psychophysique et clivage		0

psychophysique		
3.5 Désintégration corporelle		0
3.6 Spatialisation des expériences corporelles	- Mes expériences sont sur le chemin de fer, là où j'ai voulu me suicider ou c'est un accident je ne sais plus. C'était une grosse expérience. Elle m'a marqué. Ça fait 10 ans. Mais pas les autres expériences, seulement celle-là se trouve sur le chemin de fer.	+
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>	- Je suis vraiment épuisé, c'est exagéré, et c'est très fréquemment depuis toujours, fin peut-être depuis les médicaments, je ne sais pas. Maintenant, j'arrive à me lever le matin, mais pendant mon adolescence, quand j'avais encore école, c'était vraiment très difficile quand même. Donc je pense que ça a toujours été comme ça d'une certaine manière. Dans ces cas-là, j'ai l'impression que ma tête va tomber à terre. Quand ça change ça va mieux. Aujourd'hui j'ai mal à la tête. Dans ces moments-là, je peux me bloquer, ne rien faire, être inactif, sans penser à rien, debout, mais je continue quand même à percevoir les choses autour de moi, mon environnement.	+
<i>Sous-type 4 : sentiment d'une parésie motrice</i>		
<i>Sous-type 5 : perte des automatismes moteurs</i>		
3.9 Expérience mimétique	- Quand je serre la main des gens, oui, j'ai l'impression d'être lié à eux. Enfin pas toujours, c'est parfois quand j'ai des flashes bizarres.	+
4. Transitivity/troubles de la démarcation de soi		
4.1 Confusion avec autrui		0
4.2 Confusion avec sa propre image spéculaire		
4.3 Contact corporel menaçant		0
<i>Sous-type 1 : contact corporel désagréable ou anxiogène</i>		

<i>Sous-type 2 : sentiment d'une disparition, d'une annihilation de soi</i>		
4.4 Sentiment d'influence/humeur de passivité		
4.5 Autres phénomènes de transitivity		0
5. Réorientation existentielle		
5.1 Phénomènes primaires de référence à soi	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a que des morts. Mais je ne peux pas refaire le monde. Mais parfois j'ai l'impression que c'est de ma faute. - Je ne suis pas en télépathie, même si je pense que parfois j'influence les gens, mais je ne le fais pas exprès. 	+
5.2 Sentiment de centralité	<ul style="list-style-type: none"> - Ils veulent m'attaquer je ne sais pas pourquoi. Peut-être que je suis la clé ou important, mais je ne sais pas comment l'expliquer. - La seule chose qui est bien, c'est la marche sur le climat. Sinon c'est la catastrophe maintenant. Vous savez que ça fait déjà 10 ans maintenant que notre pays est en crise et qu'il y a plein de morts. Il y a que des morts. Mais je ne peux pas refaire le monde. Mais parfois j'ai l'impression que c'est de ma faute. - J'ai l'impression de tout voir, de tout sentir, de tout entendre ... j'ai l'impression d'être omnipotent 	+
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	<ul style="list-style-type: none"> - Parfois, j'ai l'impression que c'est le vide autour de moi. Mais je me sens quand même présent. Je vis. J'ai l'impression de tout voir, de tout sentir, de tout entendre ... j'ai l'impression d'être omnipotent. Que j'étais différent de tout le monde. Que j'étais le seul 	+

	<p>être humain qui restait. Le seul à pouvoir ressentir et à souffrir. Les autres peuvent, mais ne ressentent plus la douleur, la souffrance. J'ai l'impression que les autres sont comme dans un cinéma devant moi, comme s'ils étaient les personnages d'un film et que je voyais tout, mais sans pouvoir rien faire. J'ai le sentiment d'être seul au monde.</p> <p>– La terre tourne toujours autour du soleil, mais le monde est mécanique. Je suis le seul à vivre. Les autres sont des personnages d'un film. J'ai ce sentiment depuis que mon papa est tombé malade. Je ne sais pas si c'est une protection par rapport à cela. Parfois, je me rends compte que vous n'êtes pas réellement des personnages et que vous êtes comme moi, mais je le ressens quand même. Mais je pense que la planète n'est pas foutue.</p>	
5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet		0
5.7 Changement existentiel ou intellectuel		
5.8 Grandeur solipsiste		0

1. Nadia (patiente 16)

<i>Domaines et sous-domaines</i>	<i>Réponses</i>	<i>Cotation</i>
1. Cognition et cours de la pensée		
1.1 Interférence de la pensée	<p>- Mais je suis distraite par nature. C'est normal, il y a plein de gens distraits, c'est depuis petite, adolescence, fin je suis née distraite.</p> <p>- Par exemple, je ne sais pas conduire ou quand je parle avec quelqu'un je peux voyager. Tu vois je voyage beaucoup. Mais, attention, je voyage, mais ça dépend aussi de si ça m'intéresse ou pas. Si ça ne m'intéresse pas, je voyage, mais si ça m'intéresse je ne voyage pas et je reste totalement dessus. Quand je voyage, c'est comme si j'étais plus présente, que je n'étais plus assise à côté de la personne qui me parle. Mais ça dépend de la personne. Je suis distraite. C'est normal. Ça dépend beaucoup du discours.</p>	+
1.2 Perte de l'ipséité	<p>- Ma tête est toujours pleine, elle n'est jamais vide. Avec une amie on rigole parce que pas besoin de regarder Google, Google il est dans ma tête. Oui, j'ai Google dans la tête.</p> <p>- Mes pensées m'appartiennent, elles sont à moi, mais je dois admettre qu'elles sont influencées par l'éducation. L'éducation, ça fait tout, fin non c'est la société qui fait tout, mais dans ce cas-ci c'est l'éducation pour moi.</p> <p>- J'entends tout le temps mes pensées, sinon je ne pense pas. C'est le principe. C'est parce qu'elles sont là que je les entends, elles sont dans mon cerveau. Souvent, oui, c'est comme une voix extérieure, c'est comme une alerte, une alarme. C'est cette petite voix qui m'aide à prendre les décisions « oh non je ne vais pas faire ça » par exemple. Elle dit ce qu'on doit faire. Mon intuition ne me trompe jamais. Et c'est l'intuition, ça, dont vous parlez, c'est un peu comme ma conscience.</p>	+
1.3 Pression de la pensée		
1.4 Blocage de la pensée		0
<i>Sous type 1 : barrage</i>		
<i>Sous type 2 : fading/estompage</i>		

<i>Sous type 3 : fading en association</i>		
1.5 Echo silencieux de la pensée		0
1.6 Ruminations – obsessions		
<i>Sous type 1 : ruminations primaires</i>		
<i>Sous type 2 : ruminations secondaires</i>	<p>- Mais j'ai vu des morts c'était choquant. Trois filles de ma classe que j'ai vues mortes. (...) Mais c'était leur heure. Quand c'est notre heure, on peut ne rien faire. Personne n'aurait pu les sauver.</p> <p>J'ai perdu beaucoup d'amis. Une amie qui est décédée, une autre qui est morte d'une hémorragie en accouchant. Je participe à une ASBL et nous étions 10. Il y a eu beaucoup de décès aussi. Un ami qui faisait partie de l'ASBL est décédé à la suite d'une crise cardiaque foudroyante. René, le chauffeur, Jésus est encore décédé, ils sont tous morts en un an. Un chanteur avec qui on écrivait des chansons ensemble est aussi décédé à la suite de problèmes de cœur.</p> <p>Je suis triste pare qu'hier j'ai hésité d'aller voir mon père (...) parce qu'il est mourant. Il est revenu en France maintenant parce que ses frères sont tous là-bas. Mais il ne va pas bien. C'est la vieillesse, il a 92 ans. Je ne sais pas si je le verrais une dernière fois. Je ne peux rien faire, si c'est son heure, c'est son heure, on peut ne rien faire. Peut-être que je le verrais ou peut-être pas. J'espère le voir, mais bon. Je suis très proche de mon père parce qu'il m'a tout appris. J'ai quand même eu des moments de joie.</p> <p>- Je réfléchis énormément, je ne fais que réfléchir pour trouver une solution pour changer le monde, mais il n'y a pas d'aide, je ne saurais pas. Dès l'âge de 15-16 ans, j'étais révolutionnaire, vous savez. Mais j'ai arrêté pour que mon père ne me frappe pas.</p>	++
<i>Sous type 3 : obsession authentique</i>		
<i>Sous type 4 : pseudo-obsession</i>		
<i>Sous type 5 : rituels / compulsion</i>		

1.7 Perceptualisation du discours intérieur, ou de la pensée		
<i>Sous type 1 : Perceptualisation interne</i>	- Parfois, oui, de temps en temps, ça m'arrive d'entendre mes pensées en double ou résonner dans ma tête. Mais on ne sait pas pourquoi. C'est comme ça, c'est normal.	+
<i>Sous type 2 : Équivalent d'une perceptualisation</i>		
<i>Sous type 3 : Perceptualisation interne avec symptômes de premiers rangs</i>		
<i>Sous type 4 : Perceptualisation externe</i>	- J'entends tout le temps mes pensées, sinon je ne pense pas. C'est le principe. C'est parce qu'elles sont là que je les entends, elles sont dans mon cerveau. Souvent, oui, c'est comme une voix extérieure, c'est comme une alerte, une alarme. C'est cette petite voix qui m'aide à prendre les décisions « oh non je ne vais pas faire ça » par exemple. Elle dit ce qu'on doit faire. Mon intuition ne me trompe jamais. Et c'est l'intuition, ça, dont vous parlez, c'est un peu comme ma conscience.	+
1.8 Spatialisation de l'expérience	- Si je fais le jardin, ce n'est pas mon expérience personnelle, c'est celle de mon père. Il y a d'autres expériences qui sont personnelles par contre et qui m'appartiennent. Mais mon côté maniaque, il est <u>dans mon père</u> , il vient de lui.	+
1.9 Ambivalence		0
1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités de l'intentionnalité	- On a toujours le droit de choisir si on rêve ou si on le vit. Il faut juste penser et réfléchir.	+
1.11 Perturbation de l'initiative de la pensée ou de l'intentionnalité de la pensée		
1.12 Perturbations attentionnelles		
<i>Sous-type 1 : Captation par un détail</i>	- Mais je suis distraite par nature. C'est normal, il y a plein de gens distraits, c'est depuis petite, adolescence, fin je suis née distraite. - Par exemple, je ne sais pas conduire ou quand je parle avec quelqu'un je peux voyager. Tu vois je voyage beaucoup. Mais, attention, je voyage, mais ça dépend aussi de si ça m'intéresse ou	+

	pas. Si ça ne m'intéresse pas, je voyage, mais si ça m'intéresse je ne voyage pas et je reste totalement dessus. Quand je voyage, c'est comme si j'étais plus présente, que je n'étais plus assise à côté de la personne qui me parle. Mais ça dépend de la personne. Je suis distraite. C'est normal. Ça dépend beaucoup du discours.	
<i>Sous-type 2 : Incapacité à diviser son attention</i>		
1.13 Trouble de la mémoire à court terme	- J'écrivais beaucoup avant des poésies ou des textes de philosophie, mais depuis l'accident de voiture avec mon père j'ai tout arrêté. J'avais 18 ans quand il y a eu l'accident. La voiture a glissé dans la neige et depuis mon cerveau il est plus le même. J'oublie beaucoup depuis ça. J'aurais pu faire l'université, mais avec l'accident j'ai eu beaucoup d'échecs. J'avais plus de mémoire. Tout partait trop vite.	+
1.14 Perturbation de l'expérience du temps		
<i>Sous-type 1 : perturbation de l'expérience subjective du cours du temps</i>	- Parfois, ça arrive, je perds la notion du temps, par exemple quand j'ai quelque chose à faire et je fais autre chose et je ne sais pas ce qui m'arrive. J'ai beaucoup de choses dans ma tête, mais ces choses ne me bloquent pas dans le temps, je bloque toute seule je ne sais pas pourquoi parfois.	+
<i>Sous-type 2 : perturbation du temps existentiel</i>		
1.15 Conscience interrompue de sa propre action		
1.16 Discordance entre expression intentionnée et réellement exprimée		0
1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage		0
2. Troubles de la conscience de soi et de la présence		
2.1 Sentiment amoindri du soi de base		0
<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>	<p>- Ma tête est toujours pleine, elle n'est jamais vide. Avec une amie on rigole parce que pas besoin de regarder Google, Google il est dans ma tête. Oui, j'ai Google dans la tête.</p> <p>- Mes pensées m'appartiennent, elles sont à moi, mais je dois admettre qu'elles sont influencées par l'éducation. L'éducation, ça fait tout, fin non c'est la société qui fait tout, mais dans ce cas-ci c'est l'éducation pour moi.</p> <p>- J'entends tout le temps mes pensées, sinon je ne pense pas. C'est le principe. C'est parce qu'elles sont là que je les entends, elles sont dans mon cerveau. Souvent, oui, c'est comme une voix extérieure, c'est comme une alerte, une alarme. C'est cette petite voix qui m'aide à prendre les décisions « oh non je ne vais pas faire ça » par exemple. Elle dit ce qu'on doit faire. Mon intuition ne me trompe jamais. Et c'est l'intuition, ça, dont vous parlez, c'est un peu comme ma conscience.</p> <p>- Si je fais le jardin, ce n'est pas mon expérience personnelle, c'est celle de mon père. Il y a d'autres expériences qui sont personnelles par contre et qui m'appartiennent. Mais mon côté maniaque, il est dans mon père, il vient de lui</p>	++
<i>Sous-type 2 : distance expérientielle/phénoménolo gique</i>		
<i>Sous-type 3 : spatialisation du soi</i>		
2.3 Dépersonnalisation psychique		
<i>Sous-type 1 : dépersonnalisation mélancoliforme</i>		
<i>Sous-type 2 : dépersonnalisation non spécifiée</i>	- Quand je suis de mauvaise humeur, je ne suis pas moi-même non, je veux ne parler à personne, je cherche la cause, ça dépend du jour, du climat ... mais ça ne dure pas longtemps.	+
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 : déréalisation fluide, globale</i>	- Maintenant, le monde il n'y a pas d'humanité. C'est seulement du prestige, uniquement du commerce. Vous imaginez les enfants qui fabriquent les téléphones, ils les fabriquent un téléphone par heure, pas en un jour ou un mois, non en une heure. Les gens riches ils ne manquent de rien, mais ils ne sont pas humains. C'est des antipathiques. Il y a peu de gens humains. Un humain il a toutes les qualités. Je pense que si le monde entier pense à faire la paix il n'y aura plus la guerre. Le monde a beaucoup changé, il n'y a plus le bon dialogue, il y a un manque de communication. Par exemple, vous passez près de votre voisin et il ne vous dit plus bonjour.	+
<i>Sous-type 2 : déréalisation intrusive</i>		
2.6 Hyperréflexivité, réflexivité accentuée	- Je suis très attentive à tout. À moi-même ou à l'environnement. Je sais qu'il y a la trousse, ce portefeuille, etc. sur le bureau, je fais attention à tout moi. Je fais toujours très attention. Je dois toujours réfléchir avant d'agir. Je ne peux pas agir sans réfléchir. - Je réfléchis énormément, je ne fais que réfléchir pour trouver une solution pour changer le monde, mais il n'y a pas d'aide, je ne saurais pas. Dès l'âge de 15-16 ans, j'étais révolutionnaire, vous savez. Mais j'ai arrêté pour que mon père ne me frappe pas - Je me suis toujours posé beaucoup de questions, depuis toujours, depuis que je suis jeune, mais je n'ai pas toutes les réponses. Je parlais beaucoup avec mon Père. C'est lui qui m'a tout appris. - Je me pose beaucoup de questions existentielles et philosophiques mais, si je veux communiquer avec quelqu'un je m'adapte au niveau de cette personne. Je parle différemment en fonction de la personne, c'est normal. Je ne vais pas parler de certaines choses si je sais que la personne en face elle ne va rien comprendre, fin c'est normal, avec quelqu'un qui est	+++

	psychologue, par exemple, je parle de psychologie ou de philosophie, c'est normal il a le niveau, mais je ne vais pas parler de philosophie à quelqu'un qui ne comprend rien.	
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 : élaboration délirante</i>		
2.8 Dépersonnalisation dissociative		
<i>Sous-type 1 : phénomène imaginaire « comme si »</i>	- Un jour j'ai rêvé que j'étais devenue une boule blanche, et que j'étais partie très très loin. Je n'ai jamais été aussi loin de la terre. J'étais une tache blanche et je me promenais dans l'univers. Je n'étais quand même pas à l'aise d'être si loin de la terre. Je préfère être sur terre. Je me sens mieux.	+
<i>Sous-type 2 : hallucination visuelle dissociative</i>	- Je suis morte et je suis revenue à la vie. J'ai tout vu ! Il y avait des bougies sur ma tombe. Et <u>je me voyais sortir de la terre</u> . J'ai fait des trous dans la terre, et il n'y avait que mes bras qui étaient sortis, et je donnais des dattes et du lait. Donner des dattes et du lait c'est un rite musulman, vous ne connaissez sûrement pas, mais chez les musulmans quand il y a un mort, on donne des dattes et du lait. Moi je n'ai rien mangé ni bu, et j'avais très très faim. Je donnais juste aux invités sur ma tombe. Et il y avait des gens que je ne connaissais pas et ma famille. Je me suis vraiment sentie sous la terre.	+
2.9 Confusion d'identité		0
2.10 Sentiment de changement par rapport à l'âge chronologique		0
2.11 Sentiment de changement en rapport avec le genre		0
<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>	<p>- J'ai déjà eu des crises de tétanie, mais maintenant plus. C'était quand mon ex-mari a vidé l'entièreté de mon compte. Je n'avais plus rien. Alors j'ai fait une crise de tétanie là oui. Et j'ai aussi fait une crise quand mon ex-mari a frappé mes enfants à côté de moi. Mais maintenant, j'ai plus tout ça non.</p> <p>- Dernièrement, quand j'ai eu mon problème au cœur, je me suis évanouie, et je suis allée dans un autre monde.</p> <p>- Le cœur c'est un cercle vicieux. J'étais persuadée que mon cœur allait arrêter de battre. C'est moi qui ai sonné toute seule à l'hôpital.</p>	+
<i>Sous-type 2 : anxiété psychique, mentale</i>	<p>- Je dois être soignée, je ne sais pas ce que je fais ici je ne suis pas malade, c'est juste mon cœur. S'il me laisse ici, j'ai peur que mon cœur recommence et de vraiment mourir cette fois. J'y ai échappé mais la prochaine fois mon cœur va vraiment lâcher, je vais mourir.</p>	+
<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>		
2.14 Angoisse ontologique		
2.15 Transparence de la conscience diminuée		0
2.16 Initiative diminuée		0
2.17 Hypohédonie		0
2.18 Vitalité diminuée		
<i>Sous-type 1 : marqueur d'état</i>	<p>- J'ai déjà eu un épuisement total pendant deux semaines, et j'ai guéri toute seule, j'ai fait des efforts. C'est pour ça que je suis ici. Je ne mangeais plus. D'ailleurs, je suis ici aussi pour reprendre du poids je vous avais dit. Après l'incident avec le cœur, je suis venue à l'hôpital ici. D'ailleurs plusieurs fois ça m'est arrivé, 4 ou 5 fois, et toujours il y a des motifs pour ça.</p>	+

	Le cœur c'est un cercle vicieux. J'étais persuadée que mon cœur allait arrêter de battre. C'est moi qui ai sonné toute seule à l'hôpital.	
<i>Sous-type 2 : trait caractéristique</i>		
3. Expériences corporelles		
3.1 Changements morphologiques		0
<i>Sous-type 1 : sensations d'un changement</i>		
<i>Sous-type 2 : perceptions d'un changement</i>		
3.2 Phénomènes du miroir		0
<i>Sous-type 1 : recherche d'un changement</i>		
<i>Sous-type 2 : perception d'un changement</i>		
<i>Sous-type 3 : autres phénomènes</i>		
3.3 Dépersonnalisation somatique (étrangeté corporelle)		
3.4 Inadéquation psychophysique et clivage psychophysique		0
3.5 Désintégration corporelle		0
3.6 Spatialisation des expériences corporelles	- <u>Je sentais seulement une toute petite veine battre encore dans mon corps entier.</u>	
3.7 Expériences cénesthésiques	- <u>Quand j'ai eu ce problème au cœur, je croyais que j'allais vraiment mourir, c'est un miracle.</u> Je sentais seulement une toute petite veine battre encore dans mon corps entier. Et j'ai appelé mon voisin, <u>je lui ai dit que j'allais mourir</u> , il m'a dit qu'il ne fallait pas dire ça. Je lui ai demandé ce que j'avais fait de mal. Je voulais aller à Saint-Joseph, mais ils ne m'ont pas gardée et ils m'ont mis ici. Je dois être soignée, je ne sais pas ce que je fais ici je ne suis pas malade, c'est juste mon cœur. S'il me laisse ici, <u>j'ai peur que mon cœur recommence et de vraiment mourir cette fois.</u> J'y ai échappé mais la prochaine fois mon cœur va vraiment lâcher, je vais mourir. - Je ressens parfois des douleurs dans le ventre, l'estomac, comme tout le monde, le cœur, surtout le cœur. Mais, ça vient et ça part. Ça	+

	guérit tout seul. Surtout quand je suis énervée.	
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>		
3.9 Expérience mimétique		0
4. Transitivity/troubles de la démarcation de soi		
4.1 Confusion avec autrui		0
4.2 Confusion avec sa propre image spéculaire		0
4.3 Contact corporel menaçant		0
<i>Sous-type 1 : contact corporel désagréable ou anxiogène</i>		
<i>Sous-type 2 : sentiment d'une disparition, d'une annihilation de soi</i>		
4.4 Sentiment d'influence/humeur de passivité		0
4.5 Autres phénomènes de transitivity	- Si je devais décrire ma peau ou ma protection au monde, je dirais qu'elle est trop fine, je suis quelqu'un de très sensible, c'est pour ça. Mais ce n'est pas pour ça que j'ai un sentiment d'insécurité. Je me sens en sécurité même en étant sensible.	+
5. Réorientation existentielle		
5.1 Phénomènes primaires de référence à soi	- Là où je vais, quand je vois quelque chose qui ne me plaît pas, après quand je retourne dans cet endroit, il y a eu du changement. Et je me dis « oh, mais quel changement ». Je sais que c'est moi qui provoque le changement. J'ai plein d'exemples à donner si tu veux. Par exemple, une fois je suis allée au Petit-Bourgogne pour une femme qui va pas bien et qui est malade, une Africaine, là-bas, il y avait plein de nappes déchirées, pour moi ça ne se fait pas, on ne laisse pas manger les gens sur des nappes en	++

	<p>plastique toutes déchirées. Quand j'y suis retournée, il avait tout changé, tout était nouveau. Ou un autre exemple c'est que je n'étais pas contente de la maison médicale là et maintenant ils ont tout refait aussi, il y a même des ascenseurs maintenant. Il y avait aussi le consulat marocain comme ça. Je te le jure c'est moi qui provoque ces changements. Quand je souhaite le changement, il arrive. Et ça me rend tellement heureuse. C'est une histoire d'énergie qui sort de moi-même.</p> <p>- J'ai l'impression que les choses peuvent provenir de moi, et c'est très difficile pour moi.</p>	
5.2 Sentiment de centralité	<p>- Dans mon sommeil j'ai l'impression d'être le centre de l'univers, mais parfois dans la réalité aussi. C'est que du négatif dans ce cas-là. C'est comme de la science-fiction. Mais la science-fiction ce n'est pas la réalité. En tout cas, je pense que la science-fiction ce n'est pas vrai, c'est juste du commerce.</p>	+
5.3 Champ d'expérience du sujet comme seule réalité qui existe encore		0
5.4 Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire	<p>- Moi j'ai <u>100 % raison</u>, pour toutes les questions philosophiques, psychologique et artistiques, j'ai toujours raison. Tout le monde me le dit, <u>mes réponses c'est la vérité</u>.</p> <p>- J'ai souvent des <u>pressentiments de choses qui vont arriver</u>. C'est comme si j'étais médium un peu. Souvent il m'arrive de dire aux gens ce qu'il va leur arriver dans leur vie. C'est comme des visions, fin pas des visions non, mais des choses vraies que je ressens. Je sais si une personne me ment par exemple. Je ressens si elle est honnête, ou non. Pour moi, il n'y a pas de différence entre les gens que je connais très bien ou ceux qui sont juste des connaissances. Il n'y a pas de différence. Je vois autant en eux. Mon intuition ne me trompe jamais. Jamais.</p> <p>- J'ai une <u>intuition hors du commun</u>. C'est vrai. Elle ne me trompe jamais. Et j'ai des <u>dons</u>, je <u>peux soigner</u> par exemple, je ne peux pas tout soigner, mais la moitié, à ma façon. Ce don il me vient de mon grand-père, de mes ancêtres.</p>	++

	<p>Notre famille a une histoire. Mon grand-père il a été enterré dans une montagne. Quand on l'a enterré, il avait une chaîne en or. Il ne la quittait jamais. Un jour, quelqu'un a voulu la volée. Mais le voleur a tout de suite été transformé en serpent. Parce que notre famille est intouchable. <u>On a un don, c'est celui d'être intouchable.</u> On peut dire que nous sommes comme des saints dans ma famille. On peut faire que du bien à l'autre. Dans ma langue maternelle, on nous appelle les <i>chérifiens</i>. Toute la famille a le même don. C'est parce que nous sommes des descendants du prophète Mohamed. On est dans l'arbre généalogique. Il se présente un peu comme une main et on se retrouve quelque part au milieu. Il y a beaucoup de gens qui font partie de l'arbre aussi. Le roi marocain aussi il fait partie de l'arbre.</p>	
5.5 Sentiment « comme si » le monde ressenti n'était pas réel		
5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet	<p>- Notre famille a une histoire. Mon grand-père il a été enterré dans une montagne. Quand on l'a enterré, il avait une chaîne en or. Il ne la quittait jamais. Un jour, quelqu'un a voulu la volée. Mais le voleur a tout de suite été transformé en serpent. Parce que notre famille est intouchable. <u>On a un don, c'est celui d'être intouchable.</u> On peut dire que nous sommes comme des saints dans ma famille. On peut faire que du bien à l'autre. Dans ma langue maternelle, on nous appelle les <i>chérifiens</i>. Toute la famille a le même don.</p>	+
5.7 Changement existentiel ou intellectuel		
5.8 Grandeur solipsiste	<p>- C'est parce que nous sommes des descendants du prophète Mohamed. On est dans l'arbre généalogique. Il se présente un peu comme une main et on se retrouve quelque part au milieu. Il y a beaucoup de gens qui font partie de l'arbre aussi. Le roi marocain aussi il fait partie de l'arbre. - 100% raison.</p>	+

4. Sophie (patiente 20)

<i>Domaines et sous-domaines</i>	<i>Réponses</i>	<i>Cotation</i>
<i>1. Cognition et cours de la pensée</i>		
1.1 Interférence de la pensée	<p>- En ce moment, je ne fais que penser à mon frère. C'est incontrôlable.</p> <p>- Pour le moment, je ne fais que penser à mon frère, je ne le contrôle pas, mais c'est terrible. Souvent, c'est avec ma maman que je fais des obsessions comme ça, mais pour le moment c'est mon frère.</p> <p>- J'ai difficile à regarder un film, par exemple, quand les voix se mettent sur le même programme que moi. Mon audition diminue et ma concentration aussi. C'est normal quand quelqu'un parle à côté c'est plus difficile d'écouter. On ne comprend pas grand-chose du programme dans ces conditions.</p> <p>- J'ai essayé de stopper ceci en mettant des écouteurs, mais ça ne sert à rien, parce que la communication passe par la pensée. Quand on pense très fort quelque chose et qu'on veut que ça se réalise, ça doit passer par la pensée, tout passe par la pensée.</p> <p>- Quand je fais mal le ménage c'est à cause des voix. J'entendais à répétition : « Tu as frotté là, et là t'as frotté ci ... ? » J'en deviens distraite et à faire n'importe quoi. C'est l'énervement, je crois. Elles sont beaucoup trop prenantes les voix, je crois que je pourrais éclater dans ces moments-là. J'ai un sentiment de trop. Quand ça arrive, je n'en peux plus, c'est trop difficile. J'ai le moral à plat et je ne sors plus de mon lit. Il n'y a pas moyen de faire quoi que ce soit. Je n'ai envie de rien. Je suis très fatiguée alors que je ne fais rien. Tout mon corps est lourd. La seule chose qui arrive à me faire sortir du lit c'est mon bichon parce que je ne peux pas le laisser comme ça. C'est un grand soutien.</p> <p>- Quand je ne suis pas bien, avant d'arriver ici par exemple, je n'arrivais pas à comprendre ma</p>	+++

	<p>mère à cause des voix, etc. Elle me disait que je ne comprenais rien. À ce moment-là, on se sent encore plus seul, parce qu'on est comme privé de dialogue, on se sent seul au monde.</p> <p>- J'ai repris la lecture, il n'y a pas longtemps. J'étais très contente parce que je ne savais plus lire à cause que les voix répétaient tout ce que je lisais, alors je ne comprenais rien du tout de ce que je lisais.</p>	
1.2 Perte de l'ipséité	<p>- Les voix sont apparues à l'âge de 29-30 ans. Il y a eu des moments où elles ont disparu, mais c'est plutôt rare. Et pourtant j'aimerais tellement qu'elles disparaissent, parce qu'elles ne sont pas sympathiques du tout. Il y en a deux, la première me persécute sans cesse, et l'autre m'agresse sexuellement. J'ai même peur de prendre une douche avec elle. Elles me font mal, j'ai peur de ces voix. Elles sont apparues progressivement.</p> <p>- Mon ex-mari pratiquait la magie noire sans que je le sache. Je pense qu'il a fait de la magie noire sur moi quand je l'ai quitté. C'est cela qui a provoqué mes voix. Elles sont apparues justement quand je l'ai quitté.</p> <p>- Il y a des voix gentilles, il n'y a pas que des voix méchantes. Les voix gentilles elles me demandent comment je vais aujourd'hui, est-ce que la journée va être belle, etc. Elles me disent que je dois mettre hors d'état de nuire les autres voix, mais je ne sais pas comment faire moi parce que je n'ai pas de preuve. En tout cas, ces gentilles voix sont un soutien pour moi, mais j'ai très peur que les voix méchantes leur fassent du mal à cause qu'elles tiennent avec moi et qu'elles soient de mon côté. Quand je reconnais les voix gentilles, j'ai encore plus peur pour elles que les autres leur fassent du mal. Les voix méchantes je ne connais jamais réellement leur identité.</p> <p>- J'ai déjà eu des doutes que mes pensées m'appartenaient réellement, je ne m'en rappelle pas très bien, je pensais qu'elles appartenaient peut-être à une personne de ma famille. Pour le moment je suis fort concentrée sur mon frère, mais avant c'était ma mère. Mais, en général, je</p>	+++

	pense quand même que mes pensées m'appartiennent.	
1.3 Pression de la pensée	- Dans les moments où je me tracasse, le cerveau n'est plus en repos, il y a beaucoup trop de pensées, et ça ne fait pas du bien. Je sais que je réfléchis trop, « est-ce que je fais ci ou ça ». Alors j'essaie de me concentrer sur autre chose, mettre la musique.	+
1.4 Blocage de la pensée		0
<i>Sous-type 1 : barrage</i>		
<i>Sous-type 2 : fading/estompage</i>		
<i>Sous-type 3 : fading en association</i>		
1.5 Echo silencieux de la pensée	- Mes pensées peuvent se répéter encore et encore, comme si elles faisaient des ricochets, ce n'est pas facile, vous savez. Avec les cachets l'effet diminue, mais ne disparaît pas complètement. Parfois, les pensées peuvent s'atténuer progressivement, soit elles restent très fortes. Le seul moyen que j'ai trouvé c'est de me changer les idées et me concentrer sur autre chose.	+
1.6 Ruminations – obsessions		
<i>Sous-type 1 : ruminations primaires</i>		
<i>Sous-type 2 : ruminations secondaires</i>		
<i>Sous-type 3 : obsession authentique</i>		
<i>Sous-type 4 : pseudo-obsession</i>	- Pour le moment, je ne fais que penser à mon frère, je ne le contrôle pas, mais c'est terrible. Souvent, c'est avec ma maman que je fais des obsessions comme ça, mais pour le moment c'est mon frère. J'en fais même des cauchemars.	+
<i>Sous-type 5 : rituels / compulsion</i>		
1.7 Perceptualisation du discours intérieur, ou de la pensée		
<i>Sous-type 1 : Perceptualisation interne</i>	- Je n'ai pas de notion du temps ni même de l'intérieur et de l'extérieur. Donc parfois il m'arrive d'entendre mes propres pensées oui. C'est souvent flou pour moi.	+
<i>Sous-type 2 : Équivalent d'une perceptualisation</i>		

<i>Sous-type 3 : Perceptualisation interne avec symptômes de premiers rangs</i>		
<i>Sous-type 4 : Perceptualisation externe</i>		
1.8 Spatialisation de l'expérience		0
1.9 Ambivalence	- Dans les moments où je me tracasse, le cerveau n'est plus en repos, il y a beaucoup trop de pensées, et ça ne fait pas du bien. Je sais que je réfléchis trop, « est-ce que je fais ci ou ça ». Alors j'essaie de me concentrer sur autre chose, mettre la musique.	+
1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités de l'intentionnalité	- Quand j'ai ce type de rêves, j'ai l'impression que je l'ai vraiment vécu tellement c'était intense. C'est horrible parce qu'on pense que c'est vrai. J'ai du mal à dissocier, difficile à savoir le vrai du faux. Parfois, je me réveille trempée de sueur tellement mon rêve était intense. J'ai l'impression d'être complètement bloquée dans le temps avec mes rêves. Je suis quand même choquée de ce que mon frère a fait. Ce n'est peut-être pas vrai, mais je suis quand même choquée. Dans ces moments-là, je ne suis vraiment pas bien, parce que je me dis qu'en plus des voix ma famille me persécute aussi. Je me sens seule face et contre tous.	+
1.11 Perturbation de l'initiative de la pensée ou de l'intentionnalité de la pensée		0
1.12 Perturbations attentionnelles	(Pensées interférentes → 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 cours du temps</i>	- Je n'ai pas de notion du temps ni même de l'intérieur et de l'extérieur. Donc parfois il m'arrive d'entendre mes propres pensées oui. C'est souvent flou pour moi.	+
<i>Sous-type 2 : perturbation</i>	- J'ai l'impression d'être complètement bloquée	+

<i>du temps existentiel</i>	dans le temps avec mes rêves.	
1.15 Conscience interrompue de sa propre action		0
1.16 Discordance entre expression intentionnée et réellement exprimée		0
1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage		0
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>	<p>- Bien sûr j'ai l'impression d'être différente des autres, pas toujours, mais parfois ça m'arrive, c'est parce que la schizophrénie n'est pas une maladie facile. Quand je tombe sur des gens en rue ou quoi, il est déjà arrivé qu'ils parlaient de moi à ma mère par exemple alors que j'étais juste à côté. J'ai l'impression d'être décalée du monde, d'être bizarre. Notamment quand je ne suis pas bien dans ma tête (...).</p> <p>À ce moment-là, on se sent encore plus seul, parce qu'on est comme privé de dialogue, on se sent seul au monde.</p> <p>Mais je pense que je ne me suis jamais sentie réellement comme les autres. J'ai travaillé très tard à cause que j'étais une fille très renfermée sur elle-même et timide. Je n'ai jamais été employée d'ailleurs. Je pense que j'ai été très marquée par l'inceste aussi, même si mon père ne m'a jamais touchée parce que je me suis réfugié dans les draps de ma mère.</p> <p>Avant la maladie, je me sentais souvent inférieure aux autres, mais maintenant qu'il y a la maladie je dois faire avec.</p>	+
<i>Sous-type 2 : depuis l'adolescence</i>	- Je pense que dans le quartier, tout le monde sait que je suis malade et que j'ai la schizophrénie. Quand on est à ce point de la maladie, on n'est plus embêté, mais au début on ne se sent vraiment pas normal, différent. Mais je pense que tout le monde est différent.	+
2.2 Distorsion de la perspective en première personne		
<i>Sous-type 1 :</i>	- J'ai difficile à regarder un film, par exemple,	+++

<p><i>mienneté/qualité de sujet</i></p>	<p>quand les voix se mettent sur le même programme que moi. Mon audition diminue et ma concentration aussi. C'est normal quand quelqu'un parle à côté c'est plus difficile d'écouter. On ne comprend pas grand-chose du programme dans ces conditions.</p> <p>- J'ai essayé de stopper ceci en mettant des écouteurs, mais ça ne sert à rien, parce que la communication passe par la pensée. Quand on pense très fort quelque chose et qu'on veut que ça se réalise, ça doit passer par la pensée, tout passe par la pensée.</p> <p>- Quand je fais mal le ménage c'est à cause des voix. J'entendais à répétition : « Tu as frotté là, et là t'as frotté ci ... ? » J'en deviens distraite et à faire n'importe quoi. C'est l'énervement, je crois. Elles sont beaucoup trop prenantes les voix, je crois que je pourrais éclater dans ces moments-là. J'ai un sentiment de trop. Quand ça arrive, je n'en peux plus, c'est trop difficile. J'ai le moral à plat et je ne sors plus de mon lit. Il n'y a pas moyen de faire quoi que ce soit. Je n'ai envie de rien. Je suis très fatiguée alors que je ne fais rien. Tout mon corps est lourd. La seule chose qui arrive à me faire sortir du lit c'est mon bichon parce que je ne peux pas le laisser comme ça. C'est un grand soutien.</p> <p>- Quand je ne suis pas bien, avant d'arriver ici par exemple, je n'arrivais pas à comprendre ma mère à cause des voix, etc. Elle me disait que je ne comprenais rien. À ce moment-là, on se sent encore plus seul, parce qu'on est comme privé de dialogue, on se sent seul au monde.</p> <p>- J'ai repris la lecture, il n'y a pas longtemps. J'étais très contente parce que je ne savais plus lire à cause que les voix répétaient tout ce que je lisais, alors je ne comprenais rien du tout de ce que je lisais.</p> <p>- Les voix sont apparues à l'âge de 29-30 ans. Il y a eu des moments où elles ont disparu, mais c'est plutôt rare. Et pourtant j'aimerais tellement qu'elles disparaissent, parce qu'elles ne sont pas sympathiques du tout. Il y en a deux, la première me persécute sans cesse, et l'autre m'agresse sexuellement. J'ai même peur de prendre une douche avec elle. Elles me font</p>	
---	--	--

	<p>mal, j'ai peur de ces voix. Elles sont apparues progressivement.</p> <p>- Mon ex-mari pratiquait la magie noire sans que je le sache. Je pense qu'il a fait de la magie noire sur moi quand je l'ai quitté. C'est cela qui a provoqué mes voix. Elles sont apparues justement quand je l'ai quitté.</p> <p>- Il y a des voix gentilles, il n'y a pas que des voix méchantes. Les voix gentilles elles me demandent comment je vais aujourd'hui, est-ce que la journée va être belle, etc. Elles me disent que je dois mettre hors d'état de nuire les autres voix, mais je ne sais pas comment faire moi parce que je n'ai pas de preuve. En tout cas, ces gentilles voix sont un soutien pour moi, mais j'ai très peur que les voix méchantes leur fassent du mal à cause qu'elles tiennent avec moi et qu'elles soient de mon côté. Quand je reconnais les voix gentilles, j'ai encore plus peur pour elles que les autres leur fassent du mal. Les voix méchantes je ne connais jamais réellement leur identité.</p> <p>- J'ai déjà eu des doutes que mes pensées m'appartenaient réellement, je ne m'en rappelle pas très bien, je pensais qu'elles appartenaient peut-être à une personne de ma famille. Pour le moment je suis fort concentrée sur mon frère, mais avant c'était ma mère. Mais, en général, je pense quand même que mes pensées m'appartiennent.</p> <p>- J'ai l'impression que mon ex-compagnon qui est décédé d'un cancer des poumons fait partie de moi quelquefois. Comme s'il voulait qu'on joue à un jeu de rôles. Par exemple, il m'oblige à faire de la gymnastique, mais c'est vraiment trop excessif. Je sais que ça peut paraître bizarre. C'est quand je suis mal en point tout ça. Mais je le sens près de moi, je ne le vois pas, mais je l'entends. J'ai vraiment l'impression qu'il fait partie de moi.</p>	
<i>Sous-type 2 : distance expérientielle/phénoménologique</i>		
<i>Sous-type 3 : spatialisation du soi</i>		
2.3 Dépersonnalisation		

psychique		
<i>Sous-type 1 : dépersonnalisation mélancoliforme</i>		
<i>Sous-type 2 : dépersonnalisation non spécifiée</i>		
2.4 Présence diminuée		0
<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		0
<i>Sous-type 1 : déréalisation fluide, globale</i>		
<i>Sous-type 2 : déréalisation intrusive</i>		
2.6 Hyperréflexivité, réflexivité accentuée		0
2.7 Dissociation du « Je »		
<i>Sous-type 1 : suspecté</i>	- Mais je sais que ces deux visages m'appartiennent, j'ai déjà vu les deux, je sais qu'ils existent. Mais je dois avouer que quand j'ai cette laide figure j'ai du mal à me regarder, je me dis que ce n'est pas possible que ce soit moi.	+
<i>Sous-type 2 : expérience « comme si »</i>		
<i>Sous-type 3 : expérience spatialisée</i>		
<i>Sous-type 4 : élaboration délirante</i>		
2.8 Dépersonnalisation dissociative		
<i>Sous-type 1 : phénomène imaginatif « comme si »</i>	- On pourrait même dire qu'à certains moments c'est comme si je me surveillais de l'extérieur, pour vérifier qu'on ne voit pas que je ne suis pas bien, c'est normal on aime mieux se montrer. Malheureusement c'est difficile pour moi parce que je suis comme un livre ouvert.	+
<i>Sous-type 2 : hallucination visuelle dissociative</i>		
2.9 Confusion d'identité		0

2.10 Sentiment de changement par rapport à l'âge chronologique		0
2.11 Sentiment de changement en rapport avec le genre		0
<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		0
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>	<p>- À la base, c'est arrivé parce qu'on devait aller à la mer avec ma maman. J'étais très stressée et angoissée par ce voyage. Alors elle était fâchée parce que j'étais trop anxieuse pour partir.</p> <p>- Une fois ma mère m'a dit que je retrouverai mort mon ex-compagnon à cause de sa maladie (cancer aux poumons), j'ai tellement angoissé que je n'osais plus sortir de chez moi.</p> <p>- En tout cas, ces gentilles voix sont un soutien pour moi, mais j'ai très peur que les voix méchantes leur fassent du mal à cause qu'elles tiennent avec moi et qu'elles soient de mon côté.</p>	+
<i>Sous-type 3 : anxiété phobique</i>		
<i>Sous-type 4 : anxiété sociale</i>		
<i>Sous-type 5 : angoisse diffuse, envahissante, flottante</i>	- J'essaie de me focaliser sur quelque chose, mais c'est vrai la vie n'est pas fiable. Je trouve que c'est dommage, parce que je sais qu'on va tout perdre.	+
<i>Sous-type 6 : angoisse paranoïde</i>	- Mais je suis quelqu'un de très angoissé. Ça a toujours été comme ça. J'ai des impressions que quelqu'un ou des gens voulaient me prendre mon chien, qu'ils voulaient me voler, qu'ils voulaient me faire du mal. Que c'était vraiment	++

	<p>moi qui étais la cible, le but était vraiment de me faire souffrir personnellement, pas juste me voler pour l'argent. Dans ces moments, je me sens très menacée.</p> <p>- Avant, je voyais que tout le monde était le diable. C'était une épreuve fort dure. À cause de mes angoisses, j'avais mal au cœur et au ventre. On n'est pas en forme, on n'est pas bien dans son corps à ce moment-là. Quand je suis arrivée ici, j'étais vraiment très mal. Maintenant, avec les cachets ça commence à aller mieux.</p> <p>- (...) Ce n'est peut-être pas vrai, mais je suis quand même choquée. Dans ces moments-là, je ne suis vraiment pas bien, parce que je me dis qu'en plus des voix ma famille me persécute aussi. Je me sens seule face et contre tous.</p> <p>- Mais on ne peut pas se confier à n'importe qui parce que des personnes pourraient en profiter et être mal intentionnées.</p>	
2.14 Angoisse ontologique	- J'essaie de me focaliser sur quelque chose, mais c'est vrai la vie n'est pas fiable. Je trouve que c'est dommage, parce que je sais qu'on va tout perdre.	+
2.15 Transparence de la conscience diminuée		0
2.16 Initiative diminuée		0
2.17 Hypohédonie		0
2.18 Vitalité diminuée		0
<i>Sous-type 1 : marqueur d'état</i>		
<i>Sous-type 2 : trait caractéristique</i>		
3. Expériences corporelles		
3.1 Changements morphologiques		0
<i>Sous-type 1 : sensations d'un changement</i>		
<i>Sous-type 2 : perceptions d'un changement</i>		
3.2 Phénomènes du miroir		
<i>Sous-type 1 : recherche d'un changement</i>		
<i>Sous-type 2 : perception</i>	- Je me regarde souvent dans le miroir pour	+

<i>d'un changement</i>	surveiller ma figure à cause de ça, surtout quand je me sens angoissée. Quand j'ai mes crises, j'ai la bouche toute blanche, de la mousse dans la bouche, vraiment un visage transformé.	
<i>Sous-type 3 : autres phénomènes</i>		
3.3 Dépersonnalisation somatique (étrangeté corporelle)	<ul style="list-style-type: none"> - Alors j'essaie de sortir, mais mon visage change à cause d'elles (les voix), il est différent. - Quand je vais mal et qu'on m'amène ici, j'ai une figure à tomber par terre. Elle n'est pas belle à voir. Il m'arrive de ne pas me sentir moi-même quand mon visage est tout arrangé comme ça, je sais que c'est mon visage et pas celui de quelqu'un d'autre, mais je ne me sens quand même pas réellement moi-même. Je n'aime pas du tout ce visage. Dans ces moments-là, il est comme transformé. - Quand j'ai mes crises, j'ai la bouche toute blanche, de la mousse dans la bouche, vraiment un visage transformé. - Mais je sais que ces deux visages m'appartiennent, j'ai déjà vu les deux, je sais qu'ils existent. Mais je dois avouer que quand j'ai cette laide figure j'ai du mal à me regarder, je me dis que ce n'est pas possible que ce soit moi. 	++
3.4 Inadéquation psychophysique et clivage psychophysique		0
3.5 Désintégration corporelle		0
3.6 Spatialisation des expériences corporelles		0
3.7 Expériences cénesthésiques		0
3.8 Perturbations motrices		0
<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>		
3.9 Expérience mimétique		0

4. Transitivity/troubles de la démarcation de soi		
4.1 Confusion avec autrui		0
4.2 Confusion avec sa propre image spéculaire	- Mais je dois avouer que quand j'ai cette laide figure j'ai du mal à me regarder, je me dis que ce n'est pas possible que ce soit moi.	0
4.3 Contact corporel menaçant		0
<i>Sous-type 1 : contact corporel désagréable ou anxiogène</i>		
<i>Sous-type 2 : sentiment d'une disparition, d'une annihilation de soi</i>		
4.4 Sentiment d'influence/humeur de passivité		
4.5 Autres phénomènes de transitivity	- En plus, j'ai l'impression d'être un livre ouvert et que tout le monde peut lire en moi. - Je n'ai pas de notion du temps ni même de l'intérieur et de l'extérieur.	+
5. Réorientation existentielle		
5.1 Phénomènes primaires de référence à soi		0
5.2 Sentiment de centralité		0
5.3 Champ d'expérience du sujet comme seule réalité qui existe encore		0
5.4 Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire		0
5.5 Sentiment « comme si » le monde ressenti n'était pas réel		0
5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet	- Mon ex-mari pratiquait la magie noire sans que je le sache. Je pense qu'il a fait de la magie noire sur moi quand je l'ai quitté. C'est cela qui a provoqué mes voix. Elles sont apparues justement quand je l'ai quitté. - J'ai l'impression que mon ex-compagnon qui est décédé d'un cancer des poumons fait partie de moi quelquefois. Comme s'il voulait qu'on joue à un jeu de rôles. Par exemple, il m'oblige à faire de la gymnastique, mais c'est vraiment trop excessif. Je sais que ça peut paraître bizarre. C'est quand je suis mal en point tout ça. Mais je le sens près de moi, je ne le vois pas,	+

	<p>mais je l'entends. J'ai vraiment l'impression qu'il fait partie de moi. Et j'imagine son visage comme si je visionnais une photo de lui au moment où je l'entends. Mais comme je l'ai dit, je pense que c'est la magie noire qui a provoqué tout cela. C'est mon ex-mari qui s'est vengé comme ça. Ils pratiquaient de la magie noire, lui et sa famille, parce qu'ils étaient jaloux, alors qu'ils avaient plein d'argent, de belles voitures, etc.</p>	
5.7 Changement existentiel ou intellectuel		
5.8 Grandeur solipsiste		

ANNEXE 7

Tableau général de cotation

Domaines et sous-domaines	Cotation			
1. Cognition et cours de la pensée	Chloé	Bruno	Nadia	Sophie
1.1 Interférence de la pensée	++	++	+	+++
1.2 Perte de l'ipséité	+	+	+	+++
1.3 Pression de la pensée	+	+	0	+
1.4 Blocage de la pensée		0	0	0
<i>Sous-type 1 : barrage</i>	+			
<i>Sous-type 2 : fading/estompage</i>				
<i>Sous-type 3 : fading en association</i>				
1.5 Echo silencieux de la pensée	0	0	0	+
1.6 Ruminations – obsessions				
<i>Sous-type 1 : ruminations primaires</i>				
<i>Sous-type 2 : ruminations secondaires</i>	+	+++	++	
<i>Sous-type 3 : obsession authentique</i>				
<i>Sous-type 4 : pseudo-obsession</i>				+
<i>Sous-type 5 : rituels / compulsion</i>				
1.7 Perceptualisation du discours intérieur, ou de la pensée				
<i>Sous-type 1 : Perceptualisation interne</i>			+	+
<i>Sous-type 2 : Équivalent d'une perceptualisation</i>				
<i>Sous-type 3 : Perceptualisation interne avec symptômes de premiers rangs</i>	+			
<i>Sous-type 4 : Perceptualisation externe</i>		+	+	
1.8 Spatialisation de l'expérience	+	+	+	0
1.9 Ambivalence	0	0	0	+
1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités de l'intentionnalité	+	0	+	+
1.11 Perturbation de l'initiative de la pensée ou de l'intentionnalité de la pensée	0	0	0	0
1.12 Perturbations attentionnelles	+	0		+
<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	0	0	+	0
1.14 Perturbation de l'expérience du temps				
<i>Sous-type 1 : perturbation de l'expérience subjective du cours du temps</i>		+	+	+
<i>Sous-type 2 : perturbation du temps existentiel</i>	+			+
1.15 Conscience interrompue de sa propre action	0	+	0	0
1.16 Discordance entre expression intentionnée et réellement exprimée	0	0	0	0
1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage	0	+	0	0
2. Troubles de la conscience de soi et de la présence				
2.1 Sentiment amoindri du soi de base			0	
<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>				
2.3 Dépersonnalisation psychique	0	0		0
<i>Sous-type 1 : dépersonnalisation mélancoliforme</i>				
<i>Sous-type 2 : dépersonnalisation non spécifiée</i>			+	
2.4 Présence diminuée			0	0
<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	0			0
<i>Sous-type 1 : déréalisation fluide, globale</i>		+	+	
<i>Sous-type 2 : déréalisation intrusive</i>				
2.6 Hyperréflexivité, réflexivité accentuée	+	++	+++	0
2.7 Dissociation du « Je »	0		0	
<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 : élaboration délirante</i>				
2.8 Dépersonnalisation dissociative				
<i>Sous-type 1 : phénomène imaginatif « comme si »</i>	+	+	+	+
<i>Sous-type 2 : hallucination visuelle dissociative</i>		+	+	
2.9 Confusion d'identité	+	+	0	0
2.10 Sentiment de changement par rapport à l'âge chronologique	0	0	0	0
2.11 Sentiment de changement en rapport avec le genre	0		0	0
<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	+	+	0	0
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>	+	+++		++
2.14 Angoisse ontologique	0	0	0	+
2.15 Transparence de la conscience diminuée	0	0	0	0
2.16 Initiative diminuée	0	0	0	0
2.17 Hypohédonie	0	+	0	0

2.18 Vitalité diminuée	0			0
<i>Sous-type 1 : marqueur d'état</i>		+	+	
<i>Sous-type 2 : trait caractéristique</i>				
3. Expériences corporelles				
3.1 Changements morphologiques			0	0
<i>Sous-type 1 : sensations d'un changement</i>				
<i>Sous-type 2 : perceptions d'un changement</i>	+			
3.2 Phénomènes du miroir			0	
<i>Sous-type 1 : recherche d'un changement</i>		+		
<i>Sous-type 2 : perception d'un changement</i>				+
<i>Sous-type 3 : autres phénomènes</i>	+			
3.3 Dépersonnalisation somatique (étrangeté corporelle)	+	+		++
3.4 Inadéquation psychophysique et clivage psychophysique	0	0	0	0
3.5 Désintégration corporelle	0	0	0	0
3.6 Spatialisation des expériences corporelles	0	+	0	0
3.7 Expériences cénesthésiques	+	0	+	0
3.8 Perturbations motrices	0		0	0
<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>				
3.9 Expérience mimétique	0	+	0	0
4. Transitivity/troubles de la démarcation de soi				
4.1 Confusion avec autrui	0	0	0	0
4.2 Confusion avec sa propre image spéculaire	0	0	0	0
4.3 Contact corporel menaçant		0	0	0
<i>Sous-type 1 : contact corporel désagréable ou anxiogène</i>	+			
<i>Sous-type 2 : sentiment d'une disparition, d'une annihilation de soi</i>				
4.4 Sentiment d'influence/humeur de passivité	0	0	0	0
4.5 Autres phénomènes de transitivity	0	0	+	+
5. Réorientation existentielle				
5.1 Phénomènes primaires de référence à soi	++	+	++	0
5.2 Sentiment de centralité	+	+	+	0
5.3 Champ d'expérience du sujet comme seule réalité qui existe encore	0	0	0	0
5.4 Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire	+++	0	++	0
5.5 Sentiment « comme si » le monde ressenti n'était pas réel	0	+	0	0
5.6 Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet	+++	0	+	+
5.7 Changement existentiel ou intellectuel				
5.8 Grandeur solipsiste	+	0	+	0