

EASE : Évaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi[#]

EASE: Examination of Anomalous Self-Experience

**J. Parnas^{a,d,*}, P. Møller^b, T. Kircher^c, J. Thalbitzer^a, L. Jansson^a,
P. Handest^a, D. Zahavi^d**

**L'article a été traduit de la version originale par les Dr. M. Cermolacce^e
et P. Bovet^f**

^aDépartement Universitaire de Psychiatrie, Hôpital de Hvidovre, Copenhague, Danemark

^bDépartement de Psychiatrie, Hôpital de Buskerud, Lier, Norvège

^cDépartement Universitaire de Psychiatrie, Université d'Aix-la-Chapelle, Allemagne

^dFondation de la Recherche Nationale Danoise, Centre de Recherche sur la Subjectivité, Université de Copenhague, Copenhague, Danemark

^eDépartement Universitaire de Psychiatrie, CHU de Sainte Marguerite, Marseille, France

^fDépartement Universitaire de Psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse

[#]Source : Parnas J et al. Psychopathology 2005;38:236-58, S. Karger AG, Basel.

S. Karger AG Basel ne peut être tenu pour responsable pour toute erreur ou inexactitude provenant de la traduction.

Cet article est protégé par copyright. Toute diffusion nécessite un accord écrit de S. Karger AG Basel.

L'échelle EASE [17] 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 ». EASE a été développée sur la base de descriptions de soi par des patients souffrant de troubles du spectre schizophrénique. L'échelle est d'un grand intérêt pour la description, le diagnostic et le diagnostic différentiel des troubles qui font partie du spectre schizophrénique. On trouvera ici des remarques relatives aux spécificités de l'entretien, ainsi que la description des items psychopathologiques proposés (**Manuel**), une grille de cotation (**Annexe A**), une liste d'items/« aide-mémoire » à avoir sous les yeux durant l'entretien (**Annexe B**), et une liste (**Annexe C**) comparant les items des échelles EASE et BSABS [2].

Introduction

Objectifs et population concernée

L'échelle EASE [17] étudie les anomalies de l'expérience subjective qui semblent refléter des *troubles de la conscience de soi*. Cette échelle d'orientation phénoménologique est descriptive, et le propos de cette description se veut principalement qualitatif¹, s'efforçant de rendre compte de façon détaillée de phénomènes ayant pour point commun un sens plus ou moins déformé de la perspective en première personne - soit un trouble ou une déficience dans le sentiment propre à chacun d'être un sujet, un centre auto-coïncidant de l'action, de la pensée et de l'expérience.

¹ Cette approche n'exclut cependant pas la possibilité d'une cotation quantitative de l'expérience anormale, en fréquence et en intensité.

*Correspondance.

Adresse e-mail : jpa@cfs.ku.dk (Josef Parnas)

Cette évaluation est surtout destinée aux différents états appartenant au spectre schizophrénique, mais ne doit pas être utilisée comme seul outil diagnostique. Les troubles de la conscience de soi ne sont d'ailleurs pas mentionnés dans le DSM-IV, ni dans la CIM-10, comme des éléments diagnostiques cruciaux ni même importants de la schizophrénie. La déréalisation et la dépersonnalisation sont mentionnées comme des caractéristiques contingentes de la schizotypie. L'échelle EASE ne couvre pas toutes les anomalies potentielles de l'expérience, pour se concentrer uniquement sur les troubles du soi ; à la différence de l'Echelle de Bonn pour l'Évaluation des Symptômes de Base (BSABS) [2], elle ne prend par exemple pas en compte l'ensemble des troubles de la perception sensorielle.

Développement de l'échelle EASE

Le développement de l'échelle EASE découle du travail clinique d'une unité de soins pour patients en première admission, dans le département psychiatrique du centre hospitalier universitaire de Hvidovre, à Copenhague (au total, environ 100 patients ont été reçus sur une période de 4 ans, lors d'entretiens avec J. Parnas et L. Jansson). L'objectif principal était alors d'explorer et de mieux saisir les phénomènes autistiques, dans leurs manifestations expérimentielles et comportementales [11]. D'une manière frappante, une majorité de patients ont évoqué de façon régulière des phénomènes, persistant depuis longtemps, d'identité vide ou de vécus plus récents de transformation de soi. Deux études indépendantes, non contrôlées, conduites presque simultanément au Danemark et en Norvège, ont confirmé ces impressions de façon plus systématique [8,16]. Un travail auprès de 151 patients en première admission avec des diagnostics variés a souligné l'importance des troubles du soi dans la schizophrénie et la schizotypie [3,13]. Une autre étude a 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 [14]. Les analyses les plus récentes montrent que les troubles du soi sont aussi fréquemment retrouvés parmi les cas de patients identifiés, dans une étude génétique familiale, comme relevant du spectre schizophrénique [19].

En résumé, l'origine de l'EASE repose, dans une large mesure, sur une approche clinique et phénoménologique de patients avec un trouble débutant du spectre schizophrénique, puis dans un deuxième temps sur l'analyse systématique de données empiriques recueillies auprès des échantillons ci-dessus.

Nous nous sommes aussi inspirés des descriptions classiques de ces phénomènes pathologiques subtils, particulièrement des travaux de Pierre Janet, Angelo Hesnard, Hans Gruhle, Josef Berze, Eugène Minkowski et Wolfgang Blankenburg. Nous devons beaucoup au travail du groupe allemand de Gerd Huber, Gisela Gross, Joachim Klosterkötter, Frauke Schultze-Lutter et de leur équipe : ils ont été parmi les rares chercheurs actuels à sérieusement considérer l'expérience subjective des patients, et à l'étudier de façon systématique. Notre équipe est familière de la notion de symptômes de base depuis la fin des années 80, ayant traduit et publié en danois la BSABS en 1995. Il existe des recouvrements naturels avec la BSABS, notamment dans les domaines ciblant les troubles cognitifs, céphaliques, et d'autres items isolés. Notre approche de la psychopathologie s'appuie très largement sur la phénoménologie husserlienne [10,18,20].

Recommandations générales pour le déroulement de l'entretien

Difficultés intrinsèques de l'entretien

Les expériences visées par cette échelle d'évaluation peuvent être si étranges pour le patient qu'il n'a bien souvent jamais pu les exprimer à quelqu'un d'autre, aussi proche soit-il. Elles peuvent se présenter de façon *éphémère* et tendent même parfois à être proches de l'*ineffable*. Loin d'être des objets matériels, on ne peut pas « aller les chercher dans sa tête » pour les décrire comme *des choses*, douées de certaines propriétés, et on ne peut pas les décrire, à diverses occasions, exactement dans les mêmes termes. Le patient peut manquer de mots pour exprimer ce qu'il éprouve. Une raison importante à cela réside dans le fait que beaucoup de ces expériences sont de nature pré-réflexive. Elles ne font pas l'objet d'une attention thématisée, mais constituent plutôt l'arrière-fond général de la conscience. Bien plus, un patient peut, à l'*occasion*, réussir à décrire l'une de ses expériences anormales par une métaphore très pertinente et marquante, mais dont il ne disposera plus à un autre moment. Par conséquent, lors de cette autre occasion, il pourra peut-être n'en donner qu'une description vague (NB : nous n'avons que peu d'informations empiriques, systématiques, sur ces questions).

L'embarras du patient est comparable à celui de quelqu'un qui tente de décrire ses perceptions proprioceptives dans leur ensemble. De plus, les distorsions de la conscience de soi vont tendre à miner la capacité du patient à s'exprimer sur soi. De très nombreux patients considèrent leurs expériences comme *réservées à eux seuls* (à la différence, par exemple, des hallucinations auditives, relevant plus d'un savoir commun), et, par conséquent, l'expérience qu'ils ont d'eux-mêmes s'avère particulièrement embarrassante, « inhumaine », profondément perturbante.

Usage de métaphores

Les patients emploient des *métaphores* pour décrire ce qu'ils éprouvent ; c'est aussi le cas des personnes en bonne santé, c'est un processus universel. Une métaphore est habituellement définie comme le transfert d'une signification d'un domaine conceptuel à un autre, comme dans l'expression « la vie est un voyage » (on donne sens au concept de vie en recourant au concept de cheminement, appartenant à un autre domaine). Dans le contexte d'un entretien psychiatrique, une métaphore ne doit pas être considérée comme « une simple métaphore », ou comme « une simple façon de parler », qui, d'une manière ou d'une autre, de façon conventionnelle ou tortueuse, voudrait rendre compte d'une expérience anormale sous-jacente (plus) véritable ou authentique ; autrement dit, il ne s'agit pas ici de réduire une métaphore à un signifiant (signe), distinct d'un contenu signifié (la signification du signe), qui ne s'y rattache que de manière contingente. Il s'agit plutôt de ceci : une expérience (non- ou pré-linguistique), spécialement si elle est de type pré-réflexif, devient progressivement conceptualisée, c'est-à-dire transformée en un format conceptuel (linguistique), afin d'être saisie de manière réflexive par le sujet, thématisée, et ainsi rendue communicable aux autres. La métaphore doit être vue ici comme un moment fonctionnel de base de ce processus de symbolisation, en opérant tel un vecteur ou un medium linguistique, à travers lequel l'expérience s'articule elle-même et devient accessible à la réflexion. La métaphore est donc la première étape de

l'accession d'une expérience pré-linguistique ou préréflexive à une formulation explicite pour soi-même comme pour autrui. Le choix d'une métaphore est lié à la nature de l'expérience d'une manière non contingente : *expérience et métaphore ne sont pas entièrement indépendantes*.

Recommandations

Transmettre à quelqu'un d'autre le type d'expériences recherchées ici requiert une certaine *intimité* entre l'évaluateur et le patient, et nécessite pour ce dernier de faire un effort afin d'explorer son propre esprit, de *réfléchir à propos de sa propre expérience*. Il est ainsi indispensable de tenter d'établir avec le patient un rapport neutre, mais cependant attentionné, et idéalement d'offrir au patient la possibilité d'agir comme un partenaire, dans une exploration interactive et partagée. Peu importe combien les expériences rapportées à l'examinateur peuvent lui apparaître peu banales ou bizarres, ce dernier doit conserver une attitude neutre, calme, avec une bienveillance maîtrisée ; il doit transmettre tacitement au patient qu'il est familier de ce type de psychopathologie (ce qui a en général un fort impact positif sur la rencontre). L'examinateur ne doit jamais adopter une position voyeuriste, empreinte d'une curiosité dans laquelle le patient se retrouverait comme un spécimen pathologique, ni une attitude de jugement. Ce dont il est question ici est *comment* le patient fait l'expérience de lui-même et du monde, et non pas la « réalité », ni la « morbidité », objectivement ou médicalement définies, de telles expériences. Dans la perspective du patient, il vit ces expériences et celles-ci sont, pour lui, indiscutablement *réelles en tant qu'expériences* (mais non nécessairement accompagnées par des croyances explicites, spécifiques, sur leurs causes ou leur nature ; cf. le mode expérientiel du « *comme si* »).

Des patients hostiles, agressifs, très méfiants, ou encore marqués par une sévère indifférence émotionnelle requièrent un extraordinaire effort de la part de l'évaluateur, afin de contourner une position trop circonspecte et dissimulatrice, et de permettre au patient de s'engager dans l'entretien. *Les patients en phase aiguë, ou souffrant de psychose sévère avec atteintes cognitives et attentionnelles globales ne devraient pas être évalués à ce stade* : on attendra une amélioration clinique avant de conduire l'évaluation. Les patients présentant un retard mental sont probablement difficilement capables de rapporter de manière fiable les informations demandées (l'échelle EASE n'a pas été testée chez de tels patients).

Comment conduire l'entretien

Idéalement, l'entretien doit se dérouler de façon semi-structurée. L'évaluateur doit être intimement familier de l'échelle et de ses distinctions. *La source la plus fréquente de non fiabilité réside dans le manque de familiarité concernant ces distinctions*. Un entretien complètement non structuré tend aussi à diminuer la fiabilité.

Il est permis de proposer au patient des exemples d'expériences pathologiques, mais il est toujours nécessaire de vérifier la présence de l'item recherché en interrogeant le patient pour qu'il décrive en détail, par ses propres mots, *au moins un exemple concret*. *Ne jamais coter comme positive une simple réponse « oui »*.

Dans la situation idéale (qui n'est souvent pas atteinte), l'entretien consiste en une *réflexion, mutuellement*

interactive, entre patient et thérapeute : l'évaluateur pose une question, le patient tente d'y répondre, puis l'évaluateur reformule peut-être la réponse en proposant un exemple, et se voit corrigé par le patient qui rapporte un exemple qui lui est propre, dans son propre langage.

L'évaluateur essaie de saisir les caractéristiques essentielles de l'expérience en question, en en proposant une nouvelle variation, par imagination : cela signifie que l'évaluateur, dans son enquête pour tenter de saisir l'expérience du patient, peut en changer certains des aspects évoqués pour en écarter les caractéristiques accidentelles et contingentes. L'objectif est d'en saisir les caractéristiques essentielles (par exemple, pression de la pensée *versus* état de rumination). À nouveau, il est important de rappeler qu'il existe des *limites* à ce processus d'objectivation des traits essentiels. S'il est trop poussé par l'évaluateur, le patient trouve soudainement que le thème de la conversation s'est, d'une façon ou d'une autre, déplacé pour quelque chose d'assez distinct de ce que désignait l'interrogation initiale. En outre, les expériences subjectives pathologiques ne sont jamais de purs isolats, mais s'intègrent toujours dans la façon qu'a le patient de se comprendre lui-même ; ainsi le psychiatre doit appliquer une approche herméneutique en explorant comment le patient leur donne un sens et les met en acte dans sa vie. Si l'on cherche à explorer les connexions potentielles entre différentes expériences (par exemple en demandant « qu'est-ce qui vous a conduit à étudier les mathématiques ? » si l'on cherche à déterminer dans quelle mesure l'intolérance à l'ambiguité a pu y jouer un rôle), il est alors essentiel de poser des questions ouvertes et de tenter de valider les réponses au travers de descriptions riches, détaillées et les plus spontanées possibles de la part du patient. Il est conseillé d'enregistrer ou de filmer les entretiens, dans un but de documentation, mais aussi pour permettre une reprise de leur cotation, et une évaluation de leur fiabilité.

Déroulement de l'exploration des domaines et des items

Comme il est crucial de se trouver dans un rapport de proximité avec le patient, la passation d'EASE ne doit jamais se faire comme premier pas d'une session d'évaluation. Il vaut mieux commencer par un recueil précis de *données anamnestiques*, plus facile puisque les réponses des patients sont très factuelles, mais aussi parce qu'il permet au patient d'évoquer sa vie, de parler de lui-même. Il peut s'exprimer librement, bien que nécessairement limité par des contraintes temporelles, sans lesquelles l'entretien pourrait s'avérer interminable. Un tel entretien permet de mettre en évidence des éléments psychopathologiques de base : par exemple, certaines tendances du fonctionnement interpersonnel (schémas comportementaux qui se retrouvent à différents stades de la vie, isolement, insécurité, méfiance, sexualité), niveau de formation atteint, stabilité dans le travail, persévérance, flexibilité, capacité à faire des choix, préférences professionnelles, activités de loisir. Le choix de la partie de l'échelle EASE par laquelle commencer doit être déterminé en fonction du contexte ; l'ordre de présentation des items et des différentes sections ci-dessous dépend plus de préoccupations d'ordre technique (méthodes d'entretien) que de considérations ou de priorités théoriques.

En principe, le plus facile est de commencer par la section « cours de la conscience », en questionnant tout

d'abord le patient sur ses capacités à se concentrer, à se souvenir, à penser ou encore à faire des projets, puis de poursuivre par des questions plus spécifiques, relatives à des phénomènes plus anormaux (par exemple, un arrêt de la pensée, une pression de la pensée). Ces questions, en introduction, s'entourent d'un halo de neutralité médicale ou « neurologique », permettant des investigations graduelles et progressives, des développements dans des domaines qui pourraient être émotionnellement plus délicats. Il est important de collecter si possible le maximum d'informations pertinentes lors de l'exploration de l'item en question, plutôt que d'y revenir à d'autres occasions (ce qui prolongerait la session et pourrait laisser une impression défavorable au patient). Si l'évaluateur ressent une bonne coopération, les questions de l'échelle EASE peuvent déjà être intégrées à celles de l'anamnèse, à certains moments appropriés (par exemple, si le patient évoque des difficultés scolaires, il peut être naturel d'explorer l'existence de problèmes cognitifs). Néanmoins, l'évaluateur doit toujours garder à l'esprit l'objectif de couvrir de façon adéquate toutes les sections de l'échelle EASE (*toujours avoir l'annexe B sous les yeux*).

Si la passation de l'échelle EASE s'intègre dans une évaluation plus globale, il est conseillé de proposer deux sessions distinctes, séparées par une pause ou sur deux journées différentes. La durée de passation moyenne de l'échelle EASE est d'environ 90 minutes.

Période temporelle concernée

Elle varie avec les besoins de l'étude réalisée, et peut s'étendre depuis les deux dernières semaines, jusqu'à une exploration sur la vie entière. Cette dernière est particulièrement importante pour une évaluation générale des troubles du soi, qui tendent à être moins fréquents dans les phases avancées de la maladie.

Cotation

Les questions non posées, ou les items sans réponse, ne doivent pas être cotés (absence d'information). Par ailleurs, la cotation en fonction de l'intensité ou de la fréquence s'effectue d'après les instructions décrites dans l'annexe A. Pour des raisons pratiques, nous avons simplifié l'évaluation de la fréquence et de la sévérité en la réduisant à une seule dimension. Les types d'expériences investigués par EASE qui se produisent uniquement en association avec la survenue d'expériences psychotiques doivent être consignés séparément.

Entraînement

L'évaluateur doit posséder une bonne maîtrise des techniques d'entretien, des connaissances détaillées en psychopathologie générale, et dans le domaine du spectre schizophrénique en particulier, ainsi qu'avoir suivi un programme d'entraînement de trois jours consacré à l'échelle EASE. Ce programme comprend : i) un séminaire théorique d'une journée ; ii) plusieurs entretiens supervisés ; et iii) une évaluation de la fiabilité de la cotation. EASE est imprégné de phénoménologie, particulièrement dans sa conception de la nature du soi et du rapport sujet-monde, et il est indispensable d'être familier avec une description

phénoménologique des structures de la conscience humaine pour utiliser l'échelle EASE en vue d'évaluer ses propriétés psychométriques.

Propriétés psychométriques

Les items d'EASE recouvrant ceux de l'échelle BSABS ont été utilisés à Copenhague depuis la fin des années 1980 dans deux études d'épidémiologie génétique (« Copenhagen High Risk Study » [12] et « Copenhagen Linkage Study » [4]), avec une fiabilité interjuge variant pour chaque symptôme entre 0,6 et 0,9.

Dans une étude récente [9], nous avons calculé les coefficients de fiabilité kappa de Cohen sur la base d'entretiens semi-structurés, enregistrés en vidéo, de 25 patients hospitalisés âgés de moins de trente ans. La moyenne des valeurs kappa par item est égale à 0,65, avec une corrélation interjuge générale de 0,80 (coefficient de Spearman, $p < 0,001$). La fiabilité interjuge décroît dans l'ordre suivant : i) des entretiens semi-structurés en direct conduits par un premier évaluateur, complétés par d'éventuelles questions supplémentaires posées par un second évaluateur ; ii) des entretiens semi-structurés enregistrés en vidéo ; et iii) des entretiens non structurés enregistrés en vidéo. Nous n'avons pas encore d'informations sur les cotations réalisées à partir de dossiers médicaux.

Concernant une possible structure factorielle, nous avons examiné 12-14 items représentatifs des domaines de l'échelle EASE auprès d'un échantillon de 155 patients en première admission [15]. Aucune structure factorielle n'a pu être détectée. Nous avons répété ces analyses sur notre échantillon génétique/familial [4], sans détecter là non plus de structure factorielle évidente.

Domaines explorés

1. Cognition et cours de la conscience

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.

1.1. Interférence de la pensée

Des contenus de la conscience (pensées, imagination, impulsions), sémantiquement déconnectés du cours principal de la pensée, apparaissent automatiquement (mais pas nécessairement en nombre, ni rapidement), interrompant ce dernier, et interférant avec lui. De tels contenus sont souvent (mais pas toujours) *émotionnellement neutres*, dénués d'une signification particulière pour le patient. Celui-ci peut, pour décrire de telles pensées, les désigner de façon personnelle (« tics de pensée », « pensées aiguës », ou « surréalistes »). L'interférence de la pensée peut souvent s'intensifier en fréquence, pour finir par entraîner une pression de la pensée (1.3) (dans ce cas, les deux items doivent être cotés). Les pensées parasites peuvent être ressenties comme anonymes, impersonnelles [cf. ci-dessous atténuation de la mienneté lors d'une distorsion de la perspective en première personne (2.2.1), et perte de l'ipséité de la pensée (1.2)].

1.2. Perte de l'ipséité de la pensée [« Gedankenentzündung » incluant (2.2 Distorsion de la perspective en première personne)]

Impression que certaines pensées (habituellement des pensées interférentes (1.1)) apparaissent comme privées du « label » témoignant de leur *mienneté* (on doit alors coter par ailleurs l'item distorsion de la perspective en première personne (2.2.1)). Les pensées paraissent anonymes, ou encore indescriptiblement étranges (dans le sens « inconnu » plus que dans le sens d'une bizarrerie de leur contenu), peut-être sans rapport avec le soi du patient, parfois « comme si » ces pensées n'étaient pas générées *par ce dernier (pensées autochtones)*. À ce stade, le patient ne doute cependant pas que ces pensées sont générées *en lui*, qu'il en est à l'origine.

Une autre situation est rencontrée lorsque le patient lit, et ressent « comme si » le texte était simultanément lu par quelqu'un d'autre (comme si une autre subjectivité participait au processus de lecture). Le patient a la conviction rationnelle *qu'il est à l'origine* de ces pensées.

NB : Il est important de réaliser que le phénomène fondamental impliqué dans cette perturbation est *l'ipséité*, c'est-à-dire l'automatisme de la *mienneté* ou de la perspective en première personne. De plus, il est assez courant et normal d'éprouver des pensées, ou des idées, qui parviennent soudainement à l'esprit (*Einfall*), sans qu'on puisse les qualifier de volontairement générées (pensées inopportunnes). Dans ces cas, cependant, la notion d'une ipséité préréflexive ou immédiate *n'est jamais remise en question*.

Dans le cas d'une interférence de la pensée (1.1), les pensées parasites peuvent avoir la nature anonyme dont il est question ici. De même, certaines expériences de rumination (1.6) peuvent présenter cette caractéristique. Dans ces deux cas, on doit coter tous les items correspondants.

1.3. Pression de la pensée

Un nombre important de pensées ou d'images, aux contenus distincts, sans lien mutuel direct, ou faiblement liés entre eux, apparaissent et disparaissent *très rapidement*, sans que le patient soit capable de faire cesser, ou de maîtriser l'apparition/disparition de tels contenus de conscience, sans cesse renouvelés ; parfois plutôt, toutes ces pensées paraissent se produire pour le patient au même moment, de façon simultanée. Ce symptôme n'implique pas seulement un *manque de contrôle de ces nombreux changements de pensée*, mais aussi *une perte du thème commun*, et par conséquent un *manque de cohérence, de sens* pour le patient. Le contenu sémantique de ces pensées peut parfois être bouleversant, ou encore neutre, voire même trivial, sans signification personnelle particulière. Le plus souvent, ce phénomène est associé à une spatialisation de l'expérience (1.8) au cours de laquelle les pensées sont perçues d'une façon spatialisée, et peuvent parfois même présenter une subtile nuance acoustique.

Exemples

- « Mes pensées compriment mon crâne de l'intérieur ».

- « *C'est comme si je sentais qu'un essaim de guêpes était dans ma tête* ».
- « *Ma pensée est comme un croisement d'autoroutes, avec un bruit ininterrompu de voitures qui circulent à toute allure* ».

1.4. Blocage de la pensée

Un blocage subjectif des pensées qui peut aussi être vécu comme un vide soudain, comme des pensées qui s'interrompent, s'affaiblissent, s'estompent ou perdent leur enchaînement propre. Ce phénomène peut être purement subjectif, mais parfois observable comme une brusque pause dans le discours du patient.

Il en existe plusieurs sous-types.

Sous-type 1

Blocage sans nouvelle pensée faisant intrusion après la disparition *soudaine* de la précédente. L'ancienne pensée est donc soudainement et complètement perdue, sans être remplacée par une nouvelle. Après un moment, le cours de la pensée est rétabli.

Sous-type 2

Fading/estompage sans nouvelle pensée faisant intrusion après la *dissolution lente et progressive* de la précédente ; un fading de la pensée ne se déroule pas nécessairement de façon continue mais peut avoir une nature phasique (par exemple une pensée devient plus faible, diminue, puis redevient à nouveau plus claire et distincte, pour finalement disparaître).

Sous-type 3

Fading en association avec une interférence de la pensée, simultanée ou subséquente (coter aussi l'item 1.1) : pensées ancienne et nouvelle existent côté à côté, la nouvelle devient prédominante (plus centrée), alors que l'ancienne s'efface progressivement dans l'oubli. Cette dernière disparaît graduellement, parfois de façon irrégulière (fading : perte de sa position centrée par la conscience) et simultanément adviennent *l'irruption et la persistance d'une nouvelle pensée*, de plus en plus nette. De par l'intrusion de nouvelles pensées, il n'existe alors pas de sentiment de vide idéique.

1.5. Echo silencieux de la pensée

Sentiment que les pensées deviennent automatiquement (involontairement) répétées, comme doublées. Néanmoins, il n'est pas question ici de perceptualisation, à la différence de l'item perceptualisation du discours intérieur ou de la pensée (1.7 Gedankenlautwerden).

1.6. Ruminations - Obsessions

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

Il existe cinq sous-types principaux, qui peuvent coexister.

Sous-type 1

Ruminations primaires. Ici, le patient est incapable de justifier cette tendance à vivre des états mentaux d'allure obsessionnelle. Par exemple, il repense et revit simplement ce qui lui est arrivé durant la journée, apparemment *sans* que ce soit lié à un sentiment de perplexité, à une attitude paranoïde, à un sentiment de vulnérabilité, ou encore d'infériorité (à la différence du sous-type 2).

Sous-type 2

Ruminations secondaires (en rapport avec un état de perplexité, ou de concernement). Ces états, d'allure obsessionnelle, apparaissent comme la conséquence d'une perte de l'évidence naturelle, d'une perturbation du rapport fondamental à soi, d'une hyperréflexivité, ou secondaires à des phénomènes paranoïdes plus primaires (comme la méfiance, le concernement), ou à un état dépressif.

Sous-type 3

Obsessions authentiques. Le patient les considère comme ridicules, étranges, à la fois pour leur contenu et pour leur intrusion involontaire : on peut les qualifier d'*ego-dystoniques* (comme dans les troubles obsessionnels compulsifs), avec une résistance interne continue. Leur contenu n'est ni horrible, ni macabre.

Sous-type 4

Pseudo-obsessions. Ce sont des phénomènes d'allure obsessionnelle qui se présentent plus comme ego-syntoniques (ils n'entraînent en conséquence que peu - ou pas - de résistance), fréquemment associés à un caractère imaginatif, volontiers riche en images directement agressives, sexuellement perverses, ou autrement bizarres. Elles peuvent être source d'anxiété.

Sous-type 5

Rituels/compulsions. Lorsque l'un des quatre phénomènes présentés ci-dessus s'accompagne de comportements rituels, ou compulsifs (coter alors tous les items impliqués).

1.7. Perceptualisation du discours intérieur, ou de la pensée (*Gedankenlautwerden*)

Les pensées, ou le discours intérieur du patient acquièrent ici des qualités acoustiques, voire auditives dans les cas sévères. Le patient n'éprouve pas à ce stade l'impression que les autres peuvent entendre, ni avoir accès à ses pensées, ou seulement de façon fugace, et il peut alors se débarrasser de cette impression immédiatement (par exemple, il ne quittera jamais une pièce de crainte que certains de ses occupants puissent d'une façon ou d'une autre entendre ce qu'il pense ; si tel était le cas, ce patient présenterait un symptôme schizophrénique de premier rang). Chez certains patients, ce symptôme ne se produit que pendant la lecture.

Cette perceptualisation (*Gedankenlautwerden*) se limite initialement à l'espace vécu subjectif, et ses premières étapes peuvent être décrites en termes d'augmentation de la distance expérimentuelle entre le sentiment de soi et le discours intérieur, qui se trouve ainsi graduellement spatialisé à un niveau quasi perceptif. Le patient n'entend pas ses pensées « à travers ses oreilles », de l'extérieur, mais intérieurement. En dernière extrémité,

dans des situations psychotiques sévères, le patient peut entendre ses pensées être prononcées par d'autres personnes, ou lui être transmises depuis certains média. Certains patients pensent à la fois sur un mode perceptualisé (*Gedankenlautwerden*), et sur un mode « normal », « silencieux », alors que d'autres patients ne pensent plus que de façon perceptualisée. Il est souvent impossible de dater le début de ce phénomène (en d'autres termes, le symptôme a apparemment toujours été présent, et par conséquent a toujours été ressenti comme entièrement ego-syntonique).

Certains autres phénomènes peuvent rappeler cette pensée perceptualisée, par exemple lorsqu'un patient voit intérieurement ses pensées, que ce soit comme sur une pellicule, ou comme une phrase en cours d'écriture (sous-type 2) ; ces phénomènes peuvent aussi s'accompagner d'une forte impression de distance expérimentelle d'avec son propre discours intérieur, ou d'une sorte de dialogue constamment en cours avec soi-même, toujours caractérisé par un aspect lexical explicite.

Sous-type 1

Perceptualisation/*Gedankenlautwerden* interne.

Sous-type 2

Équivalent d'une perceptualisation/*Gedankenlautwerden* (pensées comme un texte écrit).

Sous-type 3

Perceptualisation/*Gedankenlautwerden* interne, comme un symptôme psychotique de premier rang : le patient est effrayé par l'idée que les autres puissent avoir auditivement accès à son esprit, puisque ses pensées font autant de bruit.

Sous-type 4

Perceptualisation/*Gedankenlautwerden* externe, ou écho de la pensée externalisé, où le patient a le sentiment que ses pensées sont répétées, ou résonnent d'une certaine manière, comme des hallucinations auditives.

1.8. Spatialisation de l'expérience

Les pensées, les sentiments, d'autres expériences ou d'autres processus mentaux sont vécus de façon spatialisée, c'est-à-dire comme étant localisés dans un endroit particulier de la tête, du cerveau, ou encore sont décrits en termes spatiaux (par exemple une localisation, une relation spatiale ou un mouvement).

Exemples

- « Une pensée située devant une autre ».
- « Les pensées sont entourées, circonscrites ».
- « Les pensées « s'enroulent » à l'intérieur de ma tête ».
- *Elle ressent ses pensées comme si elles se trouvaient dans le côté droit de sa tête, et perçoit une sensation oppressante depuis l'intérieur de son crâne, comme s'il ne restait plus d'espace pour ses idées.*
- *Les pensées traversent toujours ma tête de travers, vers le même point précis.*

1.9. Ambivalence

Incapacité à décider entre deux ou plusieurs options ; coexistence consciente, persistante et douloureuse de tendances ou de sentiments contradictoires. Cette ambivalence se rencontre pour des décisions très simples, triviales et quotidiennes. Le patient ne peut pas se résoudre à choisir, prend plus de temps pour se décider, ou revient immédiatement sur une décision qu'il vient de prendre, changeant à nouveau d'avis. Un phénomène proche, coté comme ambivalence, consiste à se plaindre de pensées ou de sentiments contradictoires survenant exactement en même temps. Ce phénomène peut s'associer à un état de perplexité, à une paralysie de l'action. L'indécision survient dans des situations quotidiennes comme : quel plat cuisiner ou acheter, quelle marque de produit choisir. Le patient peut par exemple préférer faire ses courses dans une station service, en raison d'un choix moins vaste de produits (et d'un nombre plus restreint d'autres clients).

Des difficultés à décider entre différentes options qui auront un impact important sur l'avenir du patient, *ne sont pas cotées ici* (quel emploi choisir, faire ou non un achat particulièrement onéreux nécessitant un emprunt, etc.).

Exemples

- *Elle a des difficultés à prendre des décisions parce qu'elle « considère les choses de tant de façons différentes ». Hier, choisir quel cadeau offrir à son petit ami lui a demandé trois heures.*
- *Il est « submergé par les possibilités », c'est-à-dire qu'il devrait probablement devenir végétarien, bien qu'il adore la viande. De telles considérations le conduisent à des situations de « doubleté », à « des impasses ridicules ».*
- *« Chaque fois que je pense à quelque chose, il me vient une contre-pensée de l'autre côté de mon cerveau » (coter aussi une spatialisation de l'expérience (1.8) dans le cas présent).*

1.10. Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité

Des difficultés sont rencontrées, en de brèves occasions ou durant de longues périodes, dans la conscience immédiate du mode de l'expérience en train d'être vécue, ou éprouvée. Le patient peut s'interroger sur la nature de l'une de ses expériences : s'agit-il d'une perception, d'une expérience imaginaire, du souvenir d'un événement, ou encore du souvenir d'une expérience imaginaire ? Ce phénomène peut tout autant s'appliquer au domaine affectif : le patient peut ne pas arriver à distinguer différents affects, sentiments ou humeurs. Il peut éprouver des états mentaux (habituellement négatifs) qu'il est incapable de désigner, de décrire (il ressent quelque chose qu'il ne connaît pas, pour lequel il n'a pas de mots). Il peut ne pas être sûr d'avoir dit quelque chose, peut-être l'a-t-il seulement pensé.

NB : Ces phénomènes sont probablement très fréquents dans les troubles du spectre schizophrénique. Notons que lors d'une expérience normale, par exemple au cours d'un acte perceptif, celui-ci implique une conscience de lui-même immédiate, et préréflexive ; ce qui illustre la notion d'ipséité. En d'autres termes, quand je perçois, ou que je pense à quelque chose, je ne prends pas conscience de ma perception, de ma pensée, en examinant mon activité mentale actuelle de façon réflexive, introspective, et en comparant cette dernière avec d'autres modalités possibles d'intentionnalité (par exemple, envisager un mouvement). Chaque expérience, chaque acte intentionnel sont normalement articulés en tant qu'ipséité, c'est-à-dire qu'ils impliquent automatiquement, de manière préréflexive, une conscience d'eux-mêmes. Les difficultés décrites ci-dessus évoquent un trouble profond de l'ipséité.

1.11. Perturbation de l'initiative de la pensée, ou de l'intentionnalité de la pensée

Perturbation ressentie de l'initiative de la pensée, de l'« énergie de la pensée », de la visée intellectuelle. Ce symptôme peut être l'équivalent subjectivement perçu de ce qui peut être observé comme manque d'activité dirigée, au sens de prévoir ou d'organiser mentalement une tâche particulière. Les perturbations de l'initiative de la pensée, dans leur aspect « énergétique », peuvent aussi se présenter comme une capacité amoindrie à se lancer dans certaines actions (comme cuisiner, rédiger un texte, etc.) et à structurer, organiser de telles activités.

1.12. Perturbations attentionnelles

Sous-type 1

Captation de l'attention par un détail dans le champ perceptif. Un motif visuel particulier, ou une partie du champ visuel, se détache du fond d'ensemble, de façon presque isolée de ce dernier, en s'imposant de façon prégnante de sorte que cet aspect unique du champ visuel capture l'entièvre attention du patient. Celui-ci doit fixer ce détail, bien qu'il ne veuille pas agir de la sorte (« fixation de l'attention », le patient se sent comme ensorcelé), et rencontre des difficultés à détourner son attention. Le détail perceptif ne véhicule habituellement pas de signification particulière, symbolique ou psychologique (contrastant ainsi avec une dérégulation intrusive (2.5.2)).

Sous-type 2

Incapacité à diviser son attention. Difficulté lors de sollicitations impliquant plus d'une modalité perceptive, tel que le traitement simultané de stimuli visuels et auditifs.

1.13. Trouble de la mémoire à court terme

Capacité amoindrie à conserver certaines choses à l'esprit pendant plus de quelques minutes. Bien que les patients comprennent le contenu d'une histoire, ou d'une conversation, ils se montrent incapables de s'en souvenir, de le restituer. Ils évoquent une incapacité à lire un livre (ou à regarder un film) en entier, parce qu'ils oublient au fur et à mesure ce qu'ils lisent (ou qu'ils regardent).

1.14. Perturbation de l'expérience du temps

Changement fondamental dans l'expérience du temps, soit en tant que flux temporel subjectif, soit en rapport avec un temps historique/existentiel, comme dans le contraste passé/futur (les changements de la vitesse du flux temporel perçu provoqués par des sentiments de plaisir ou d'ennui ne doivent pas être pris en compte ici).

Sous-type 1

Perturbation de l'expérience subjective du cours du temps. C'est-à-dire la notion d'un temps qui se précipite, ralentit, s'immobilise ou d'un temps en train de perdre sa continuité, et de devenir fragmenté.

Sous-type 2

Perturbation du temps existentiel. Par exemple une existence apparemment restreinte au strict présent, sans être orientée par des projets futurs ; ou encore un présent submergé par la reviviscence stéréotypée, répétitive d'un passé comme « gelé » ; ou enfin la perspective du futur est perçue comme bloquée, voire absolument inaccessible (spécifier l'exacte nature du phénomène).

Exemple

- *Le patient peut éprouver une discordance entre le sentiment d'une « stagnation interne » de sa vie subjective, et le mouvement en cours du monde qui l'entoure (sous-type 2).*

1.15. Conscience interrompue de sa propre action

Pause dans la conscience de l'action propre du sujet. Le patient évoque, dans ce cas, son incapacité à se souvenir d'une certaine période, brève, durant laquelle il a accompli une action : il ne se rappelle pas, par exemple, comment il s'est retrouvé dans la cuisine, ou dans telle partie de la ville. Ce symptôme recouvre le concept de fugue dissociative.

1.16. Discordance entre expression intentionnée, et réellement exprimée

Expérience subjective de ne pas être capable de s'exprimer en accord avec ses véritables sentiments ou émotions. Le patient vit son propre discours, son comportement, ses gestes et ses mimiques comme en désaccord avec ce qu'il éprouve. Sa propre expressivité est vécue comme défigurée, distordue, voire d'une certaine façon hors de portée du contrôle de soi.

1.17. Perturbation de la fonction expressive du langage

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

Le patient peut s'adapter à cette perturbation en utilisant des expressions communes, d'usage, bien connues, des dictons, des clichés, ou enfin en gardant le silence et en évitant toute conversation (autisme secondaire).

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 » ([6], p 492).

Cette présence non réflexive comprend deux composantes interdépendantes (ou moments) :

- a. une conscience de soi non réflexive, engageant une perspective en première personne qui soit préservée, « une transparence » ou « une clarté » de la conscience, autrement dit une *mienneté* préservée de l'expérience.
- b. une immersion/un enracinement non réflexifs dans le monde.

En phénoménologie, on s'accorde généralement pour décrire ces deux aspects comme s'interpénétrant dans une dépendance mutuelle, au moins à un niveau phénoménal. En d'autres termes, une altération affectant l'un de ces deux moments marquera de son empreinte l'autre composante.

On peut parler d'une présence à soi (normale) lorsque nous sommes *directement* (de manière non-inférentielle) conscients de nos propres pensées, perceptions, sentiments ou de nos propres douleurs ; ceux-là apparaissent dans *un mode de présentation à la première personne* qui nous les révèle immédiatement comme étant nôtres. Quand l'expérience m'est donnée sur un mode de présentation à la première personne, elle est donnée en tant que ma propre expérience, et peut alors être considérée comme *conscience de soi fondamentale, élémentaire*. En conséquence, être conscient de soi-même ne consiste pas à apprécier un soi en dehors ou en complément de l'expérience, mais à éprouver l'expérience dans un mode de présentation à la première personne, « du dedans ». Le sujet, ou le soi de l'expérience est *une caractéristique, une fonction de la présentation* de cette expérience. Cette conscience de soi élémentaire, fondamentale (*ipséité*) est un moyen ou un mode dans lequel s'articulent des expériences intentionnelles spécifiques telles qu'une perception, une réflexion, une rêverie. En d'autres termes, dans l'expérience normale, il n'y a pas de distance expérientielle entre vivre une expérience et le sens de soi.

Normalement, l'expérience presuppose cette présence à soi fondamentale ; cette dernière ne possède pas de qualités expérientielles spécifiques en elle-même. Cependant, une présence à soi altérée est souvent associée aux caractéristiques cliniques suivantes : atténuation de la transparence ou de la clarté de la conscience, diminution du sentiment de vitalité, ou du caractère vivant et élémentaire de l'expérience, diminution de l'activité potentielle ou de la capacité à éprouver du plaisir, diminution du sentiment d'attractivité dégagé par le monde, altération de la perspective en première personne (*mienneté*, « point d'origine » ou

référence initiale pour l'orientation dans le monde), trouble de l'identité, et aliénation à des degrés variables.

Dans la forme débutante de la schizophrénie, la conscience de soi préréflexive est distordue, et cette distorsion comprend de nombreux changements qualitatifs de l'expérience, distincts d'un trouble de la vigilance et d'autres phénomènes rencontrés dans des états organiques.

Bien qu'elle ne reflète pas en elle-même les altérations du soi, l'angoisse a été intégrée dans cette section pour plusieurs raisons d'ordre pratique : cela permet ainsi l'évaluation de la souffrance, souvent engagée dans des transformations morbides du soi, et décrite comme angoisse par le patient. De plus, l'item « angoisse ontologique », intimement lié aux troubles de soi, ne peut pas être coté sans une appréciation suffisante de l'angoisse en général.

2.1. Sentiment amoindri du soi de base

Un sentiment envahissant de vide intérieur, d'absence d'un centre interne et d'identité, la sensation d'être anonyme ; le patient se sent comme n'existant pas, ou profondément différent des autres personnes (cette différence peut parfois être évoquée comme une façon différente de voir le monde, comme étant liée à une orientation existentielle qui se distingue fondamentalement de celle de ses semblables). Cet item inclut, de plus, un sentiment subjectif de « sur adaptation », c'est-à-dire de devoir toujours, dans certains contextes, s'adapter à l'opinion ou au point de vue des autres, en rapport avec la sensation envahissante de ne pas avoir sa propre opinion (attitude, position interne ou *innere Haltung* ; perte de la stance de soi ou *Haltlosigkeit*). Ce phénomène peut être associé à un sentiment négatif envahissant de soi, que le sujet peut décrire de manière monotone comme « une sorte de honte éternelle », un sentiment d'infériorité (sans relation avec un quelconque contexte qui pourrait justifier ce sentiment), « une anxiété », « une dépression » ; Minkowski considérait ce « regret morbide » comme étant un indicateur de l'autisme (cf. remarque sur l'item 2.2 et sur son recouplement possible avec l'item 2.1).

Sous-type 1

On cotera ici de telles expériences survenues précocement au cours de la vie du patient, c'est-à-dire dès la petite enfance, ou durant les premières années de scolarité (école primaire). Le patient a toujours éprouvé la notion d'être profondément différent de ses pairs.

Sous-type 2

On cotera ici les expériences vécues depuis l'adolescence jusqu'à aujourd'hui.

NB : Les sous-types 1 et 2 ne s'excluent pas l'un l'autre. Souvent, la sensation d'une différence est essentiellement présentée comme un sentiment d'isolement, d'infériorité, une anxiété sociale, comme le sentiment d'être « plus stupide » que les autres, ou elle est attribuée à des particularités familiales (par exemple, un métier très particulier du père). C'est seulement en faisant preuve d'empathie et d'intuition que l'on peut réussir à mettre à jour ces sentiments de différence. Ces derniers peuvent être accompagnés de caractéristiques solipsistes, décrites dans le domaine réorientation existentielle (5).

En cas d'hésitation entre les items sentiment amoindri du soi de base (2.1) et distorsion de la perspective en première personne (2.2), on cotera positivement les deux.

Exemples

- « *C'est comme si je n'appartenais pas à ce monde ; j'éprouve un sentiment étrange et fantomatique, comme de provenir d'une autre planète. Je n'existe presque pas* ».
- *Elle a la sensation que le plus profond d'elle-même, son identité la plus intime, a disparu.*
- « *L'impression d'un vide absolu me submerge fréquemment, « comme si » je cessais d'exister* ».
- *Un patient ressent « comme si » il n'existait plus désormais : « j'ai perdu le contact avec moi-même ».*
- *Un autre vit comme étant « constitué de vide, à l'arrêt », alors que le monde qui l'entoure est en mouvement.*
- *Durant son adolescence, un patient a essayé avec difficulté de « gagner une dignité humaine ». Il expliquait le sens de ce manque de dignité comme l'impression que sa propre existence était un objet quelconque, comme s'il était une simple chose, un réfrigérateur, et non pas un sujet humain. (Remarque : on retrouve ici une distorsion de la perspective en première personne 2.2.1, sur la base de son manque absolu de sentiment d'être un sujet).*
- *Il évite les rassemblements et les discussions, parce que ceux-ci soulignent de façon trop douloureuse chez lui son absence d'opinion propre. Il ressent l'absence d'un noyau profond et stable, l'absence d'un point de vue solide, il est toujours d'accord avec tous les arguments débattus, et ses idées restent, au final, très confuses.*

2.2. Distorsion de la perspective en première personne

Les phénomènes décrits par cet item constituent au moins trois sous-types :

- 2.2.1. Un sens de la mienneté diminué ou décalé dans le temps, ou une diminution du sentiment d'être un sujet humain.
- 2.2.2. Une distance expérientielle/phénoménologique diffuse, entre le soi et l'expérience (contrôle de soi constant).
- 2.2.3. Une spatialisation du soi.

(cf. *infra* remarque sur le recouvrement entre les items 2.1 et 2.2)

Sous-type 1

D'une certaine façon, les pensées, sensations et actions propres au sujet peuvent lui sembler impersonnelles, anonymes, et accomplies mécaniquement. Le sentiment de « mienneté » immédiate de la pensée, d'une sensation ou d'une action peut être diminué d'une façon encore plus explicite : le patient décrit, par exemple, l'apparition de ses pensées comme si elles ne provenaient pas de lui, ce qui peut impliquer une certaine forme d'interférence de la pensée (1.1), ou encore le sentiment que cette appartenance, que cette mienneté, apparaissent décalées dans le temps, « avec une seconde d'écart ». Il peut ainsi se sentir réduit à un simple objet, une chose sans subjectivité, qui a perdu son âme.

Sous-type 2

Il peut exister une distance expérientielle (ou *distance phénoménologique*) profonde entre (le sens de) l'expérience (pensée, action, perception, émotion) et le sentiment de

soi. Au cours de l'expérience normale, le sentiment de soi et l'expérience sont une seule et même chose, totalement confondus. De plus, dans une expérience introspective normale, le soi qui réalise cette introspection et le soi qui est exploré sont vécus comme un seul et même sujet. Dans le cas d'une distance phénoménologique (ou expérientielle), on retrouve un contrôle de soi (*self-monitoring*) constant, qui oblige d'une façon excessive le patient à se saisir lui-même comme objet de réflexion. Cela s'accompagne d'un détournement du monde extérieur, et peut priver le patient d'un engagement naturel, aisément dans des interactions avec le monde. En d'autres termes, une telle modalité anormale de l'expérience entraîne des conséquences tangibles. Dans cette distance phénoménologique, le soi est pour ainsi dire en train d'observer ses propres contenus mentaux, son activité propre, et cet état peut s'intensifier, entraînant le sentiment d'avoir un soi double, dissocié (voir hyper-réflexivité (2.6) et dissociation du « Je » (2.7)). Cet état doit être envahissant², et non pas seulement occasionnel, ou volontairement déclenché par le sujet. Le patient doit éprouver cette distance phénoménologique comme un état constant (ou assez fréquent), ou bien le ressentir comme une atteinte, un problème.

NB : La distinction d'avec l'hyperréflexivité (2.6) et la dissociation du « Je » (2.7) est à souligner ici. Les états d'hyperréflexivité, traités plus loin, sont moins envahissants, moins intenses, provoquent moins de détresse et peuvent être en partie volontairement contrôlés par le patient.

Sous-type 3

Le sentiment de soi est usuellement considéré comme point de référence expérientiel absolu, c'est-à-dire quelque chose qui n'a pas de localisation précise en soi (moi qui suis ici, le soi confondu avec le fait même de vivre une expérience), et en référence à quoi se situe tout le reste, en tant qu'espace égocentré, comme pôle, source, point de convergence de l'expérience ou de l'action (conscience du « Je »). Dans les cas pathologiques d'une spatialisation du soi, le sentiment de soi peut être vécu comme relevant d'une localisation spatiale précise, comme ayant des caractéristiques spatiales extensives, ou comme étant parfois spatialement disloqué. Dans tous ces cas, on doit aussi toujours coter l'item spatialisation de l'expérience (1.8).

Exemples

- **Sous-type 1 :**

- « je ressens « comme si » ce n'était pas moi qui vivais les choses du monde ; ça fait « comme si » quelqu'un d'autre était là à ma place ».
- « mon sentiment de vivre quelque chose comme étant moi qui le vis n'apparaît qu'avec une fraction de seconde de retard. »
- « j'ai eu des expériences légèrement étranges, d'un manque de relations entre moi-même et ce que je pense ».
- « elle a souvent senti comme si ce n'était pas elle-même qui réalisait ses propres actions (écrire, par exemple), mais elle peut critiquer ce sentiment.
- « une patiente se sent disparaître, « s'effacer progressivement », sa voix lui paraît alors étrangère, « comme

2 Une tendance introspective est fréquente chez certains patients schizophrènes. La nécessité d'un caractère envahissant, ou d'une atteinte vécue par le patient, est introduite ici pour repérer les cas où la perspective normale à la première personne est sévèrement perturbée.

si elle provenait d'un vide » (cette expérience précise révèle aussi, en plus de l'atteinte indéniable du sentiment de mienneté, un sentiment amoindri du soi de base (2.1) qu'il faut coter par ailleurs).

- « je ne me perçois pas vraiment comme un sujet humain, comme une personne avec une âme ; je me vois plutôt comme un objet d'usage courant, par exemple comme un réfrigérateur ».

- **Sous-type 2 :**

- « ma perspective en première personne est remplacée par une perspective à la troisième personne » explique un patient qui se perçoit constamment comme le témoin de sa propre expérience.

- « je suis constamment attentif à moi-même. Parfois, c'est tellement fort que je n'arrive à suivre que très difficilement ce qui se passe à la télé. Même quand je parle avec d'autres gens, je m'observe moi-même au point d'avoir des difficultés à saisir ce que disent mes interlocuteurs ».

- **Sous-type 3 :**

- « mon propre « Je », comme point de référence, donne l'impression d'être décalé de quelques centimètres en arrière ».

NB : La description clinique des deux précédents items correspondant aux domaines sentiment amoindri du soi de base (2.1) et distorsion de la perspective en première personne (2.2) se recoupe souvent, parce que ces deux phénomènes sont reliés entre eux de façon conceptuelle et phénoménologique. Les raisons pour les distinguer sont les suivantes : premièrement enrichir les propriétés descriptives de l'échelle, et deuxièmement, différencier les anomalies les plus caractéristiques des moins caractéristiques. On peut souvent coter par inférence un sentiment amoindri du soi de base (2.1) lorsqu'existent de vagues plaintes concernant un affaiblissement du sentiment d'identité personnelle. Or il y a toujours le risque que de telles plaintes proviennent d'un trouble identitaire affectant le soi narratif (par exemple, lors d'un trouble de la personnalité indépendant du spectre schizophrénique), plutôt que des perturbations plus fondamentales et structurelles de l'ipséité et de la conscience du Je. En revanche, seuls des items qui reflètent spécifiquement une structure anormale de l'expérience (ipséité et conscience du Je) permettent de coter une distorsion de la perspective en première personne (2.2).

2.3. Autres états de dépersonnalisation psychique (aliénation du soi)

Sentiment envahissant et diffus d'être aliéné à soi-même, à ses propres opérations mentales, à ses propres pensées, émotions ou comportements, d'une façon qui n'a pas été prise en compte par les autres items de cette section.

La dépersonnalisation décrite ici appartient à l'ensemble des phénomènes de perturbation de la conscience de soi qu'évoque cette section, et qui ont une affinité toute particulière avec les atteintes fondamentales du soi et de la perspective en première personne.

Il en existe deux sous-types : dépersonnalisation mélancoliforme et dépersonnalisation non spécifiée.

Sous-type 1

Dépersonnalisation mélancoliforme. Il est bien établi que dans la mélancolie, le changement d'humeur et le sentiment

concomitant d'altération du flux temporel sont pour ainsi dire non perçus par l'ego, mais vécus comme indépendamment, de façon dissociée. Dans la dépression non mélancolique et dans le deuil, l'ego est déprimé, il n'y a pas de distance entre le sujet et la tristesse qu'il éprouve. Dans la mélancolie, en revanche, l'ego ne peut pas s'identifier aux modifications internes qui se produisent simultanément et qui consistent en un ralentissement, voire un arrêt, de la vitalité du sujet (*inhibition*), une capacité bloquée à se projeter dans l'avenir, et une pétrification de l'humeur. On peut alors dire de l'ego qu'il est le témoin de l'atteinte à son propre ressenti ; la souffrance mélancolique est en grande mesure causée par cette incapacité à entrer en relation avec ces perturbations. Le patient a la sensation qu'il est d'une certaine façon en train de changer, que quelque chose de mauvais et de lourd complique sa vie intérieure ; il peut ainsi apparaître en grande souffrance, perplexe et confus. D'habitude, une évaluation poussée est nécessaire pour mieux mettre en évidence ces éléments mélancoliques typiques. Notons que ce symptôme doit se présenter comme un phénomène d'*état*. Il n'existe pas d'atteinte du soi de base (en tant que phénomène de trait), ni de perturbation de la perspective en première personne ou de la mienneté.

Exemple

- « *Je ne me ressens pas moi-même, il y a quelque chose en moi qui me gêne ; je ne sais pas ce que c'est, mais je ne peux pas vivre comme ça* » rapporte un patient à la présentation rappelant typiquement celle d'une personne dépressive, avec une expression troublée, de souffrance. Son état actuel avait été précédé d'une période hypomane longue de quatre mois.

NB : Le diagnostic différentiel entre trouble du spectre de la schizophrénie et trouble affectif ne doit jamais reposer uniquement sur les aspects qualitatifs de la dépersonnalisation.

Sous-type 2

Dépersonnalisation de type non spécifié. Sentiment d'aliénation qui ne peut pas être plus concrètement précisé en termes d'anomalies qualitatives de l'expérience.

Exemple

- « *Je ne me sens pas moi-même, je me sens comme changé* ».

2.4. Présence diminuée

Capacité amoindrie à être affecté, mis en mouvement, motivé, ou influencé, à être touché, attiré ou stimulé par les objets, les gens, les événements et les situations. Cet amoindrissement ne doit pas être compris comme un retrait actif et délibéré, mais plutôt comme quelque chose qui affecte le patient et qui gêne sa vie. Le patient ne s'éprouve pas comme participant totalement dans le monde, ne s'y ressent pas comme entièrement présent ; il peut se sentir distant du monde, ce qui peut s'accompagner d'un changement dans la perception de celui-ci. Cet item inclut des états hypohédoniques physiques et sociaux, aussi bien qu'une apathie (manque de sensations).

Sous-type 1

Spécifique. Sentiment diffus de ne pas être affecté par le monde extérieur, d'un manque de résonance, d'engagement naturel et spontané, une impossibilité de s'y immerger, des plaintes de ne pas être vraiment présent au monde. Cet item

inclut l'hypohédonie sociale, une réactivité émotionnelle et cognitive diminuée, une apathie (la sensation de ne pas avoir de sensations) ou encore l'impression diffuse que tout est, ou paraît absurde, sans signification (dans ce dernier cas, il peut alors exister un recouvrement avec les notions de perte de l'évidence naturelle (2.12) et de déréalisation (2.5)).

NB : Une hypohédonie sociale ne doit jamais être cotée comme présente s'il existe une anxiété sociale (2.13.4) associée, à moins que l'on ne constate une indépendance dans la survenue de ces deux phénomènes. Il est important d'évaluer la possibilité que ces expériences aient un statut de trait (ce qui, dans ce cas, suggère fortement un trouble du spectre de la schizophrénie). Il est aussi important de rechercher cliniquement une dépression, particulièrement dans ce premier sous-type.

Exemple

- « *Tout m'apparaît comme complètement indifférent* ».

Sous-type 2

Non spécifique. L'impression diffuse, non spécifiée (quasi-perceptive), d'une distance d'avec le monde, ou le sentiment d'une barrière entre soi-même et le monde (sensation d'être enfermé à l'intérieur d'une boîte en verre, ou derrière une vitre).

Le patient ne peut cependant pas préciser plus concrètement, avec plus de détails, cette impression de distance, en usant par exemple de termes perceptifs spécifiques sur son type d'expérience (si par exemple un patient dit plutôt qu'il voit le monde « comme regardant à travers une vitre », se reporter au sous-type 3).

Sous-type 3

Incluant une déréalisation ou un changement perceptif. On retrouve le sentiment d'un désengagement ou d'une distance, comme ceux décrits dans les sous-types 1 et 2, mais ici, cette distance s'accompagne d'un changement explicite dans la tonalité perceptive. En d'autres termes, le sentiment de distance peut être décrit par des propriétés explicites (les couleurs sont par exemple pâlies, les objets comme éloignés), ou marqué par des perturbations perceptives plus spécifiques, ou par une déréalisation (par exemple tout semble être irréel, dénué de vie, mécanique).

NB : Ces trois sous-types ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, et peuvent se recouper avec la déréalisation et d'autres troubles du soi. La principale différence entre une présence diminuée (2.4), particulièrement ses sous-types 2 et 3, et une déréalisation (2.5) réside dans l'origine perçue d'un changement, que le patient localise principalement *en lui-même* dans le cas d'une présence diminuée, alors que dans la déréalisation, c'est surtout *l'environnement* qui apparaît transformé pour le sujet.

2.5. Dérealisation

Changement dans l'expérience de l'environnement : le monde environnant apparaît comme transformé, irréel, et étrange, il peut être comparé à un film en train de se dérouler. Il existe ici une diminution du sens très primaire de la réalité vécue, mais sans perturbation de l'appréhension consciente, conceptuelle de la réalité, et sans altération de la mise à l'épreuve de la réalité (*reality testing*).

La source de ce changement n'est pas ressentie comme localisée de façon primaire chez le patient.

Sous-type 1

Déralisation fluide, globale. Ce phénomène est de loin le type de déralisation le plus commun. Le changement est difficile à décrire et à préciser. La physionomie (*Gestalt*) du monde environnant est diluée, atténuée, et même parfois perdue : le sens et la signification du monde paraissent modifiés, obscurs ou ambigus, et le monde se présente comme étranger et bizarre, mécanique, sans vie ou absurde.

Sous-type 2

Déralisation intrusive. Ici, le patient vit une accentuation de la physionomie du monde, ou de certains de ses aspects ; ainsi, ce sous - type s'accompagne souvent d'une captation de l'attention par un détail dans le champ perceptif (1.12.1). Des aspects particuliers, isolés, de l'environnement (objets, situations) acquièrent une nature intrusive et encombrante, une importance accrue bien que de nature imprécise, pouvant s'accompagner d'une forte touche émotionnelle.

Ce phénomène ne doit pas être volontairement induit par une attention soutenue (par exemple en fixant visuellement quelque chose), bien que cette dernière puisse amplifier une déralisation préalablement existante.

Exemples

- **Sous-type 1 :**

- « ce qui m'entoure m'apparaît irréel, transformé ».
- « les choses n'ont plus le même aspect qu'auparavant. Elles sont étranges, comme si elles étaient réduites à des silhouettes ».

- **Sous-type 2 :**

- « le comportement du chien m'a fait une forte impression ; il était si sauvage, déchaîné, tellement rempli de pure nature, instinctif, que ça m'a réchauffé le cœur. De même avec ce cheval sauvage, et aussi avec cette vieille femme au visage marqué par l'âge ; le paysage tout entier était si authentique, si primordialement naturel ; tout ça était tellement prenant que j'ai éprouvé une joie immense » (d'après [5], pp. 288-291).

NB : La déralisation peut être accompagnée par d'autres changements, plus spécifiques, de la perception (par exemple un changement dans la qualité, l'intensité des sons). Dans le cas d'un changement perceptif clair, une présence diminuée (2.4.3) doit aussi être cotée. Une déralisation ressentie juste après une attaque de panique ne doit pas être cotée ici.

2.6. Hyperréflexivité, réflexivité accentuée

Tendance excessive si elle est occasionnelle, ou fréquente, voire chronique, à se saisir soi-même, ou une partie de soi, ou encore certains aspects de l'environnement, comme l'objet d'une intense réflexion. Essentiellement, le patient souffre d'une perte de la naïveté, de l'insouciance et de l'aisance. Il existe une tendance accrue à réfléchir à propos de sa propre façon de penser, de ressentir ou de se comporter, d'où une incapacité à réagir et à se conduire spontanément, sans y porter attention ; ainsi qu'une tendance à surveiller excessivement sa vie intérieure alors même que le sujet est engagé dans des interactions avec le monde (« introspection simultanée »). En cas de perte du sens commun (2.12), cotée séparément, il y a fréquemment une tendance accrue à réfléchir sur le monde extérieur.

NB : L'intensité de l'hyperréflexivité dans cet item est moins marquée que celle d'une distorsion de la perspective en première personne (2.2.2), où l'état est si envahissant, si marqué, que cela conduit à un sentiment constant de distance phénoménologique.

Exemples

- « Je devais penser à quoi penser ».
- elle a toujours « réfléchi à elle-même », et pensé à elle « d'une façon existentielle ».

2.7. Dissociation du « Je » (Ich-Spaltung)

Le patient ressent son Je, son soi, ou sa propre personne, comme étant divisé, ou encore compartimenté, désintgré en des parties semi-indépendantes, n'existant pas comme un tout unifié. La plainte du patient doit avoir alors une nature expérientielle, pouvant former un continuum allant d'un vague sens de séparation, « comme si » le « Je » était divisé, à une rupture élaborée de manière délirante. Le cas où le patient est conscient de posséder « une personnalité avec de multiples facettes » ne suffit pas à coter positivement cet item.

Sous-type 1

Suspicion de dissociation du « Je ». Lorsque l'évaluateur suspecte une dissociation du « Je » présente *derrière* la plainte du patient, sans cependant pouvoir encore déceler des formulations spécifiques utilisées par le patient ; autrement dit on cote ici lorsque des déclarations vagues ou obscures suggèrent une rupture, mais que le patient n'arrive pas à la conceptualiser en des termes explicites.

Sous-type 2

Le patient évoque une dissociation du « Je » à partir de déclarations se basant sur des expériences « comme si ».

Sous-type 3

La dissociation du « Je » implique une expérience spatialisée, sans que celle-ci ait une qualité délirante.

Sous-type 4

La dissociation du « Je » fait l'objet d'une élaboration délirante.

Exemples

- **Sous-type 1 :**

- Après son transfert dans une chambre à un lit, et une fois seul, il a eu comme pensée : « maintenant, nous nous retrouvons seuls ensemble comme deux vieux compagnons » ; cette pensée l'a surpris.

- **Sous-type 2 :**

- environ une fois par semaine, elle vivait « comme si elle était deux », « comme si elle pouvait se voir de l'extérieur ». Elle pouvait « se séparer en deux et s'envoler, constituée de ces deux parties » (ici, on cotera aussi une dépersonnalisation dissociative (2.8)).
- elle dit que ses pensées « se divisent elles-mêmes », et ressent une division en elle. « C'est une question de pensées négatives et positives ». Elle a l'impression que c'est comme si « il existe en elle deux camps qui mènent une guerre l'un contre l'autre ».
- il décrit qu'il n'a souvent pas de contact avec son côté gauche ; il ressent « comme si » il n'était qu'une moitié. Cette sensation peut se propager au plus profond de

son corps (on cote ici une dépersonnalisation somatique (3.3) associée).

- **Sous-type 3 :**

- *une patiente décrit sa partie droite comme beaucoup plus forte, « capable de faire illusion ». Elle perçoit un déséquilibre entre les deux côtés.*
- *elle a l'impression d'être un crâne avec quelque chose à l'intérieur, « un petit homme dans le cockpit », comme si elle avait deux cerveaux. Une partie d'elle-même semble d'une certaine façon dissociée de son « soi normal », et donc étrange. Les pensées appartenant à son « soi normal » sont localisées dans la partie antérieure du cerveau, tandis que les pensées étranges se retrouvent plus à l'arrière.*
- *il existe deux côtés en elle : l'un est destructeur, l'autre positif. Une fois, alors qu'elle était couchée, elle a eu l'impression, pendant quelques secondes, qu'elle s'était transformée en deux personnes, toutes deux allongées côté à côté dans le lit.*

- **Sous-type 4 :**

- *une jeune patiente (aux antécédents anorexiques) explique qu'elle s'est toujours « sentie fausse » ; de temps en temps, elle s'arrêtait de manger dans le but de faire mourir de faim la partie fausse (on s'approche ici d'une qualité délirante).*

2.8. Dépersonnalisation dissociative (expériences extracorporelles)

Le patient dit parfois ressentir comme s'il était « en dehors » de lui-même, comme une sorte de double qui regarde, ou observe, lui-même ou les autres. Dans le sous-type 1, l'expérience doit avoir le caractère « comme si », c'est-à-dire que le patient *ne se perçoit pas vraiment* lui-même de l'extérieur, mais s'imagine juste ainsi pour son « œil intérieur », comme une sorte d'expérience « extracorporelle ».

S'il existe à un moment une perception de soi de l'extérieur, l'expérience doit alors être considérée comme une hallucination visuelle dissociative (sous type 2) (le patient dit, par exemple, s'être vu littéralement de l'extérieur, ou avoir aperçu son double près de lui).

Quoiqu'il en soit, dans la plupart de ces expériences « extracorporelles », il peut s'avérer impossible de saisir ce que le patient entend véritablement par l'expression « se regarder depuis l'extérieur », et cela peut, en fait, se rapporter à la description d'une distance expérientielle/phénoménologique (2.2.2), ou d'une « introspection simultanée » relative à une hyperréflexivité (2.6) plutôt qu'à un processus imaginatif.

Sous-type 1

Phénomène imaginatif « comme si ».

Sous-type 2

Hallucination visuelle dissociative.

2.9. Confusion d'identité

Le patient se vit comme si il était quelqu'un d'autre.

Exemples

- *« je me sens « comme si » j'étais ma propre mère ».*
- *un patient a été capable, sur une courte période, de se sentir « comme si » il était une autre personne, à laquelle il était en train de penser. Il ne sait pas si cela a été une expérience physique ou mentale.*
- *pendant un instant, un patient s'est senti comme s'il était un chien.*

NB : Une confusion de l'identité peut fréquemment être associée à un sentiment amoindri du soi de base (2.1), une distorsion de la perspective en première personne (2.2), et un transitivisme (4.0).

2.10. Sentiment de changement par rapport à l'âge chronologique

Le patient éprouve la sensation fondamentale d'être beaucoup plus âgé, ou plus jeune, que son véritable âge chronologique. Cette sensation ne peut être clairement comprise en fonction de relations ou d'interactions sociales.

Exemples

- *il peut se sentir plus jeune, et par flash avoir l'impression d'être quelqu'un d'autre (on doit citer par ailleurs une confusion d'identité (2.9)).*
- *au cours de la conversation elle dit qu'elle éprouve la sensation d'être une petite fille de cinq ans. Impression qu'elle confirme au rendez-vous suivant.*

2.11. Sentiment de changement en relation avec le genre

Sous-type 1

Peur occasionnelle, chez un sujet, d'être homosexuel, ou que les autres le considèrent comme tel.

Sous-type 2

La sensation d'être du sexe opposé, ou d'une confusion dans son propre genre.

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

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

Il existe différents domaines dans lesquels cette caractéristique peut se manifester.

Le patient peut ne pas comprendre les règles tacites des rapports ou des comportements humains, celles qui sont dépendantes du contexte et qui font appel au sens du tact, de ce qui est opportun ou non l'est pas ; il peut aussi devenir excessivement intrigué ou préoccupé par des questions sémantiques, notamment concernant des termes courants mais abstraits, par exemple « péjoratif » ou « aléatoire ». Il peut enfin être absorbé par des questions touchant à la « signification profonde » de certaines caractéristiques communes du monde, naturelles ou artificielles (pourquoi la neige est-elle blanche ; ou pourquoi ce choix de couleur

des feux de circulation). La naturalité du monde et du comportement de ses semblables est manquante, ce qui conduit d'habitude à une certaine hyperreflexivité.

Ce symptôme *ne doit pas* être coté dans le cas d'une transformation majeure incluant une coloration menaçante, persécutoire/paranoïde du monde (*Wahnstimmung*).

La réaction du patient peut consister en une perplexité, de la curiosité, une stupéfaction, mais aussi en des tentatives pour comprendre (à travers la réflexion) ou pour s'adapter.

Un *rationalisme* ou un *géométrisme morbides* sont suffisants, mais non nécessaires, pour coter ce symptôme.

NB : Rationalisme et géométrisme morbides sont des notions introduites par Eugène Minkowski.

Le *rationalisme morbide* fait référence à l'attitude générale du patient à considérer les actions, les situations, ou les mouvements humains comme guidés par des règles précises et spécifiques, des principes et des schémas rigides : un père offre un cercueil comme cadeau d'anniversaire à sa fille mourante, parce qu'un cercueil est ce dont elle va avoir besoin (exemple d'attitude autistique évoqué pour illustrer la « Verschrobenheit » [distorsion] par Binswanger [1,11]).

Le *géométrisme morbide* se rapporte à la préoccupation pour des dispositions spatiales dans le monde, pour la symétrie, pour les aspects mathématiques ou numériques du monde. Le géométrisme correspond à une certaine obsessionnalité rigide, dévitalisée.

Le *rationalisme et le géométrisme morbides se recouvrent* : tous deux représentent une raideur artificielle, en opposition au dynamisme adaptatif automatique de la vie.

Exemples

- « Toutes les pensées existentielles ont mélangé les pièces de mon système mental. Je ne comprends pas la vie. L'image entière de la vie s'est transformée. Tant de questions, et si peu de réponses ! Pourquoi est-ce que nous vivons ? »
- Il déclare que « rien n'est relatif », dans le sens où il ne trouve aucune connexion entre les choses du monde.
- Le langage représente pour elle une mer confuse et qui la submerge, avec une variation presque infinie de sens (cette patiente montre ici une perte de stabilité sémantique naturelle).
- Un patient a commencé à douter du sens des mots les plus ordinaires. Il s'est acheté un dictionnaire pour reprendre ces significations depuis le tout début.
- Un patient passe son temps à réfléchir sur les motifs, évidents en soi, du monde : « pourquoi l'herbe est-elle verte ? Pourquoi les feux rouges sont-ils en trois couleurs ? »
- « Pourquoi avons-nous deux yeux ? »

2.13. Anxiété

Sous-type 1

Attaque de panique avec symptomatologie du système nerveux autonome. Le patient ressent des attaques d'anxiété sévère, pouvant durer de quelques minutes à plusieurs heures, accompagnées par au moins deux des manifestations suivantes : tremblements, sensation d'étouffement, palpitations, vertiges, hyperventilation, peur de mourir. Cela peut aussi s'accompagner de la crainte de se désintégrer ou de perdre ses esprits, suivie de phénomènes de déréalisation, ou

de sentiments de concernement. De telles attaques peuvent être déclenchées de façon non spécifique par des stimuli externes (par exemple se retrouver seul).

Sous-type 2

Anxiété psychique, mentale. Une sensation strictement mentale d'anxiété et de tension, pouvant être accompagnée par une crainte de désintégration, mais *sans* manifestations du système nerveux autonome.

Sous-type 3

Anxiété phobique. L'anxiété dont il est question ici est provoquée par des stimuli spécifiques, tels que des places dégagées, une hauteur, des petits espaces, certains animaux, etc. (à l'exception des stimuli sociaux).

Sous-type 4

Anxiété sociale. Dans ce cas, l'anxiété est provoquée par des rencontres sociales, le regard d'autrui, un contact physique rapproché, des soirées, la foule (et peut parfois inclure des idées de concernement).

Sous-type 5

Angoisse diffuse, envahissante, flottante. Une angoisse ou une tension interne, presque constante, une sensation désagréable et indescriptible, qui peut être provoquée par une multitude de stimuli, ou se déclarer sans raison apparente, rendant presque insupportables l'existence et les relations aux autres. Ces manifestations sont constamment éprouvées par le patient comme un fardeau, une source de souffrance (voir aussi l'item angoisse ontologique (2.14)).

Sous-type 6

Angoisse paranoïde. Cet item concerne tout type d'angoisse qui s'accompagne d'une idéation paranoïde (sentiments d'être exploité, harcelé, manipulé, non respecté).

NB : Dans les cas de recouvrement d'items, coter tous les sous-types impliqués.

2.14. Angoisse ontologique

Sentiment global et diffus d'insécurité, de faiblesse, d'infériorité, d'indécision, de tolérance faible à l'angoisse, d'angoisse flottante (sans objet) de bas niveau et persistante, ou sentiment, subtil mais envahissant, que quelque chose de menaçant est imminent. Le style de vie d'une personne présentant une insécurité ontologique est marqué par la notion de *préservation de soi* plutôt que par celle de *réalisation de soi*. L'expérience du monde et des autres n'est pas ressentie comme un fondement existentiel sûr et invariant, mais plutôt comme énigmatique, peu fiable ou menaçante. De manière envahissante, le patient se vit comme étant exposé, et a besoin de se protéger ou de se cacher. De telles impressions d'insécurité ontologique sont presque toujours associées à un sentiment de profonde perturbation de l'identité, d'ambivalence, de manque d'évidence naturelle ou d'hyperréflexivité.

NB : La notion d'angoisse ontologique doit être cotée avec beaucoup de précaution. Elle ne peut généralement être repérée que sur la base d'un entretien incluant des informations sur le fonctionnement social, interpersonnel, scolaire, professionnel, mais aussi sur les intérêts, les motivations,

ainsi que sur l'expérience subjective du patient. On ne la cotera que si elle est associée à :

- une anxiété de type 2.13.1, 2.13.2 ou 2.13.5 ;
- et *simultanément* la mise en évidence d'*au moins* un des items suivants : ambivalence (1.9), sentiment amoindri du soi de base (2.1), distorsion de la perspective en première personne (2.2), dépersonnalisation (2.3), déréalisation (2.5), hyperréflexivité (2.6) ou perplexité (2.12).

2.15. Transparence de la conscience diminuée

Sentiment diffus ou récurrent de ne pas être pleinement attentif, pleinement réveillé, pleinement conscient, comme s'il y avait une sorte de manque de clarté, d'obstacle intérieur, ou la sensation d'une pression interne, d'un blocage, d'une opacité. Les actes de conscience ou *la façon même d'être conscient* apparaissent comme particulièrement évanescents, diminués ou inefficaces.

Une transparence diminuée peut être cotée positivement si le patient se plaint d'une sorte d'état mental globalement désagréable, sans pouvoir mieux le décrire, ou d'une sensation globale de pression, d'oppression, de blocage, et si ces plaintes sont localisées dans la tête, l'esprit ou le cerveau, à la condition qu'elle *ne soit pas* causée par une pression de la pensée (1.3). Les expériences de transparence diminuée ne doivent pas être cotées si elles paraissent secondaires, c'est-à-dire en lien avec une pression de la pensée, des états hallucinatoires, un épuisement mental, une dépression caractérisée, un trouble affectif saisonnier, une atteinte cérébrale organique (par exemple une épilepsie), ou une prise de toxique.

NB : La notion de clarté *n'est pas* utilisée ici comme dans un contexte de delirium, où l'on parle habituellement d'un manque de clarté. Une transparence diminuée est très difficile à mettre en évidence durant les entretiens et est fréquemment associée à d'autres troubles du soi.

Exemples

- « *La perception de ma conscience est fragmentée* ».
- « *Il y a un blocage universel, continu, une tension, une fatigue* ».
- « *Je me sens toujours comme à moitié éveillé* ».
- « *J'ai toujours l'impression de ne pas avoir assez dormi* ».
- « *Je n'ai pas de conscience de moi* ».
- « *Fréquemment, je ressens un étrange brouillard dans ma tête* ».

Illustration clinique 1 : « Je ressens comme si mon cerveau se rétrécissait (*Q. Comment ? Pourriez-vous me décrire cela ?*). C'est comme une pression constante à l'intérieur de ma tête, comme s'il y avait quelque chose de mauvais ou de faux dedans, et parfois aussi comme un anneau ou une sangle autour de ma tête. Cela m'empêche de penser et de percevoir convenablement ».

Illustration clinique 2 : Un patient évoque le fait d'être fréquemment affecté par « un vertige », ce qui signifie pour lui n'être « que partiellement en contact avec le monde, seulement à 60-70 % ». C'est comme s'il n'y avait « pas de fenêtre » (d'ouverture) sur le monde. « Il y a un manque de transparence entre moi et le monde ». Il précise : « ça n'a aucun rapport avec la perception, les impressions perceptives, ou les sens ».

NB : Dans ce cas doit être cotée une diminution de la présence du type distance avec le monde (« boîte en verre » 2.4.2), mais la transparence diminuée est néanmoins présente, puisque l'expérience du patient semble impliquer une baisse de transparence de la conscience comme medium de l'expérience (par exemple lorsque ce patient précise que le problème ne se situe pas dans les processus sensoriels et perceptifs).

2.16. Initiative diminuée

Sentiment diffus que toute activité nécessite des efforts, et que toute action est difficile à initier. En d'autres termes, il n'est pas suffisant, pour coter cet item, de se baser sur une simple inactivité, une apathie. Le patient doit décrire son incapacité à initier une action (par exemple, s'asseoir trois heures pour se préparer à aller à la poste). Les critères d'exclusion sont les mêmes que pour une vitalité diminuée (2.18).

2.17. Hypohédonie

L'hédonie fait référence à la capacité à éprouver du plaisir. L'hypohédonie se traduit par une réduction de la possibilité d'éprouver du plaisir, de façon persistante ou récurrente, en rapport avec une stimulation perceptive de l'environnement physique immédiat, ou avec une stimulation intellectuelle. L'hypo ou l'anhédonie sociales sont cotées à part (2.4).

NB : En contraste avec une diminution de la présence (2.4), les phénomènes décrits ici concernent les sentiments associés, soit à des états corporels ou mentaux déterminés liés à des stimulations environnementales précises (un plaisir diminué en goûtant de la nourriture, lors de rapports sexuels, en prenant un bain chaud, etc.), soit à des activités physiques ou intellectuelles autrefois agréables (faire tel sport, lire un livre, etc.). Cette définition suit l'approche standard de la psychiatrie contemporaine. Néanmoins, on peut douter de la survenue de l'hypohédonie en tant que phénomène isolé, c'est-à-dire indépendamment d'une vitalité diminuée (2.18), d'une distorsion de la perspective en première personne (2.2), d'une présence diminuée (2.4), à coter également le cas échéant.

Exemples

- « *J'ai perdu tout plaisir. Avant j'adorais courir, et aujourd'hui ça ne me dit plus rien* ».
- « *Je suis incapable d'avoir du plaisir. Plus rien ne peut me donner un coup de fouet* ».

2.18. Vitalité diminuée

Sentiment persistant ou récurrent d'une inexplicable fatigue mentale ou physique, d'un affaiblissement de la vitalité de l'instant, d'une diminution d'énergie, de la spontanéité, et de l'élan.

Sous-type 1

Vitalité diminuée, comme caractéristique d'état. Rencontrée durant des phases exacerbées marquées par des symptômes co-existants tels que : apathie, inactivité, clinophilie, ruminations, sensations de modifications corporelles, etc.

Sous-type 2

Vitalité diminuée, comme caractéristique de trait. Se présente de façon plus ou moins persistante, ou fréquemment récurrente, et comme une caractéristique *relativement isolée*.

Critères d'exclusion

Ces phénomènes ne doivent pas être cotés s'ils peuvent se comprendre comme secondaires à d'autres atteintes telles que pression de la pensée (1.3), ruminations hyperréflexives (1.6), dépression caractérisée (dont la mélancolie et les dépressions majeures traitées avec succès par antidépresseurs), trouble cérébral organique, effets secondaires médicamenteux.

Des sentiments intentionnels absents ou atténus (apathie) envers des personnes spécifiques (famille, enfants, etc.) sont pris en compte séparément, en tant que présence diminuée (2.4). Coter les deux items en cas de doute.

Exemples

- « Je n'ai pas d'énergie, pas d'étincelle intérieure ».
- « Je me sens complètement vide ».
- « Je me sens toujours fatigué, épuisé ; j'ai vu un docteur, mais il n'a rien trouvé de physiquement anormal ».
- « J'ai perdu toute forme de désir. Je n'ai plus de contact avec moi-même, je me sens comme un zombie ».
- « J'ai perdu mes sensations, ça fait presque de moi quelqu'un d'autre ».

3. Expériences corporelles

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

3.1. Changements morphologiques

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

Sous-type 1

Sensations affectant le corps entier, ou une partie de celui-ci, de façon généralement paroxystique.

Sous-type 2

Perceptions par le patient d'un changement morphologique de son corps ; par exemple, il voit ses mains comme agrandies (illusion d'une transformation).

3.2. Phénomènes du miroir

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

Soit les patients perçoivent des changements de leur propre visage, soit ils recherchent de telles transformations et en conséquence s'examinent souvent et/ou intensément dans le miroir. Ils peuvent être surpris ou effrayés par ce qu'ils y voient, et même avoir tendance à éviter tout miroir par crainte de ce qu'ils pourraient y voir. Parfois ils regardent dans un miroir pour s'assurer de leur existence même. Ils peuvent aussi regarder des photos d'eux-mêmes pour apprendre quelque chose sur leur propre identité (Remarque : dans ce cas, coter aussi un sentiment amoindri du soi de base (2.1)).

Sous-type 1

Le patient ne fait que *rechercher* un changement, ou se regarde fréquemment dans un miroir pour une raison non spécifiée, mais il n'y a pas de perception claire d'une quelconque transformation.

Sous-type 2

Le patient *perçoit* son propre visage comme s'il avait d'une certaine manière changé, ou s'était déformé.

Sous-type 3

Autres phénomènes s'inscrivant dans cette catégorie (par exemple, s'assurer de sa propre existence).

Exemples

- **Sous-type 1 :**
 - dernièrement, elle s'est ressentie quelque peu étrange, ce n'était pas vraiment elle-même, elle était comme étourdie. Hier, elle a dû regarder dans le miroir pour vérifier si son visage avait changé. NB : ici, une dépersonnalisation psychique (2.3) doit aussi être cotée.
- **Sous-type 2 :**
 - elle a vécu une expérience où son visage ressemblait à celui d'une sorcière, et n'a donc pas aimé se voir dans le miroir.
 - elle a vu les muscles de son cou être, étrangement saillants.
 - quand elle s'est regardée dans le miroir, elle a porté son attention sur un œil, qu'elle a soudain vu comme un globe dans sa tête. C'était « surréaliste », et elle a senti que son visage avait changé.

3.3. Dépersonnalisation somatique (étranglement corporelle)

Le corps ou certaines de ses parties sont perçus comme bizarres, étrangers, sans vie, isolés, séparés, disloqués ou n'existant pas.

Exemples

- « Quand je regarde le bas de mon corps, je le sens constamment tordu et déplacé vers la gauche comparé au reste du corps ».
- « J'ai le sentiment que mes avant-bras droit et gauche ont été échangés l'un avec l'autre ».
- « J'ai l'impression bizarre que c'est le corps de quelqu'un d'autre ».
- C'est comme si son corps lui était étranger. Il sait bien que c'est son propre corps, mais ressent « comme si tout ça ne tenait pas ensemble » et « comme si sa tête était simplement fixée au reste du corps ».
- Elle s'est toujours sentie étrangère à elle-même, « comme s'il existait un petit bonhomme dans sa tête, conduisant

ce grand robot ». Parfois elle observe ses mains, ses bras, et a l'impression que ce ne sont pas les siens.

NB : À la différence d'un changement morphologique (3.1) qui procède du sentiment ou de l'illusion d'une transformation morphologique spécifique, la dépersonnalisation somatique se caractérise par des expériences globales, diffuses. Dans les cas où la distinction entre un changement morphologique (3.1) et une dépersonnalisation somatique (3.3) ne peut clairement être établie, on choisira de coter positivement les deux items.

3.4. Inadéquation psychophysique et clivage psychophysique

Le corps est perçu comme s'il n'était pas vraiment ajusté, parce que trop petit, trop grand, ou d'une certaine façon inconfortable, ou quelque peu modifié. Ce phénomène est habituellement (mais pas nécessairement) associé au sentiment que l'esprit et le corps ne s'ajustent pas, ou n'appartiennent pas à la même entité, « comme si » d'une certaine façon ils étaient déconnectés, indépendants l'un de l'autre.

NB : On ne doit pas coter ici une aversion pour des aspects spécifiques ou concrets de sa propre apparence, comme le poids, la taille.

Exemples

- *Il manque d'une « auto-acceptation saine » de son corps : il est difficile pour lui de « posséder ce corps, d'en prendre soin sans ressentir de l'infériorité ou de la honte ». Il lui est difficile « de juste être dans son corps ».*
- *Cela lui pose problème de réaliser qu'« elle est dans son corps », elle peut parfois penser « c'est bizarre que je sois là ».*
- *Il évoque « un manque de cohérence », une séparation entre sa partie physique, visible par les autres, et lui-même, c'est-à-dire tout ce qui se passe dans son esprit. Il a le sentiment que son corps est comme « une copropriété », quelque chose d'anonyme, à distance de lui.*

3.5. Désintégration corporelle

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

NB : Une telle expérience peut être liée aux troubles de la démarcation de soi (4) mais est placée à ce niveau de l'entretien, pour des raisons de commodité.

3.6. Spatialisation des expériences corporelles

Le patient fait l'expérience de son corps ou de ses différentes parties principalement comme d'un objet aux propriétés physiques et spatiales, aux dépens du corps propre vécu de façon non spatialisée, comme siège des sensations et des émotions.

Le patient peut ici éprouver un genre d'accès introspectif inhabituel à des parties du corps ou à des processus physiologiques normalement silencieux, et par exemple éprouver le fonctionnement de ses organes internes ou ses mécanismes physiologiques.

Exemples

- *Elle sent son utérus « comme si » ce n'était pas le sien, comme s'il était en quelque sorte détaché (ici, une dépersonnalisation somatique (3.3) doit aussi être cotée).*
- *« Je peux sentir le sang circuler sous ma peau ».*

3.7. Expériences cénesthésiques

On distingue :

- des sensations corporelles inhabituelles d'engourdissement et de raideur : une impression de fourmillements ou d'engourdissement (par exemple dans les mains, les pieds, ou d'autres parties du corps) ;
- des sensations douloureuses inhabituelles dans une zone précise, tout à fait différentes de douleurs rencontrées avant d'être malade ;
- des sensations corporelles mobiles, vagabondant à travers le corps ;
- des sensations corporelles de type électrique, des sentiments d'être électrifié ;
- des sensations thermiques, de chaud ou de froid ;
- des sensations corporelles de mouvement, de tiraillement ou de pression interne dans le corps, ou à sa surface ;
- des sensations de pesanteur, de légèreté ou de vide anormales, et aussi de chute ou d'effondrement, de lévitation ou d'élévation, qui concernent tout ou partie du corps ;
- des sensations de type vestibulaire ;
- des dysesthésies provoquées par une stimulation sensorielle ou tactile : douleur induite par un stimulus sonore, toucher désagréable et douloureux ;
- des crises dysesthésiques, c'est-à-dire des états paroxystiques, s'étendant de quelques secondes à plusieurs minutes, et qui impliquent une sensibilité corporelle altérée, des perturbations du système nerveux végétatif, et une peur de mourir.

3.8. Perturbations motrices

Sous-type 1

Pseudo-mouvements corporels. Le patient ressent des pseudo-mouvements du corps, ou de certaines de ses parties comme par exemple l'un de ses membres (à ne pas confondre avec une interférence motrice (sous-type 2), où de réels mouvements se produisent).

Exemple

- *Le patient a l'impression que son corps se balance, ou que sa jambe s'agit.*

Sous-type 2

Interférence motrice. Des déraillements moteurs ou verbaux se produisent, sans ou contre la volonté du patient, et interfèrent généralement avec les intentions motrices ou verbales. De tels déraillements s'insèrent dans les comportements volontaires habituels (mouvements pseudo-spontanés, comme un spasme des paupières, des gestes stéréotypés, un syndrome de l'automate) et ne sont pas considérés par le patient comme ayant été réalisés ou influencés par des forces extérieures.

Sous-type 3

Blocage moteur. Entrave, voire blocage complet des actions motrices intentionnelles, volontaires, qui se produit de façon paroxystique. Un blocage complet (*Bannungszustände*) peut apparaître subitement, comme une attaque, un paroxysme,

puis rapidement disparaître. Le patient en est pleinement conscient, mais reste incapable de bouger ou de parler. Ces blocages peuvent être considérés comme la contrepartie du syndrome de l'automate.

Sous-type 4

Sentiment d'une parésie motrice. Une sensation subite de faiblesse, ou de parésie des bras ou des jambes survient, de façon bi- ou unilatérale. Ces « sensations parétiques » peuvent conduire à boiter, à lâcher des objets, à ne pas pouvoir manipuler des outils, au point de devoir interrompre l'activité en cours.

En plus de tels phénomènes se déroulant sur une courte période, on peut aussi décrire des sensations de parésies à long terme, sur plusieurs semaines.

Sous-type 5

Perte des automatismes moteurs. Des actions courantes, habituelles et quotidiennes (comme s'habiller, se laver, se raser, se coiffer), et qui étaient réalisées plus ou moins automatiquement par le passé, ne peuvent plus être désormais accomplies, ou alors au prix d'un important effort de volonté. Ces actions prennent plus de temps, et nécessitent une attention consciente et maximale.

Des performances partiellement automatiques (monter une bicyclette, tricoter ou cuisiner) sont aussi perturbées, et les routines de ces gestes, qui étaient auparavant disponibles sans effort, plus ou moins totalement perdues.

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

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

NB : Une expérience mimétique présente des affinités avec l'expérience solipsiste (5), mais est placée dans cette partie de l'entretien concernant le corps et le mouvement pour des raisons pratiques.

4. Transitivisme/troubles de la démarcation de soi

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

4.1. Confusion avec autrui

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

anxiogène. À un degré extrême d'anxiété, on doit aussi coter un contact corporel menaçant (4.3.1).

4.2. Confusion avec sa propre image spéculaire

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

4.3. Contact corporel menaçant

Sous-type 1

Sentiment extrêmement désagréable ou anxiogène, lorsque l'on se tient près de quelqu'un, que l'on est touché par autrui (même par un proche), ou que l'on reçoit une accolade. Le contact corporel est vécu comme menaçant pour sa propre autonomie ou existence. Les relations sexuelles peuvent être insupportables.

NB : Ce symptôme ne doit pas être coté s'il semble provenir d'une attitude méfiante ou paranoïde.

Sous-type 2

Le patient éprouve la sensation de disparaître, d'être annihilé ou de cesser d'exister, lorsqu'il est exposé à un contact proche avec autrui (par exemple, à l'occasion de rapports sexuels).

4.4. Sentiment d'influence (Beeinflussungsstimmung)

Humeur de passivité, sentiment diffus d'être dangereusement exposé à la merci du monde, d'une façon imprécise, non concrète. Le patient vit ce phénomène en étant opprimé par quelque chose de négatif qui pourrait arriver de manière imminente, sans thématisation particulière (cela recouvre alors une humeur délirante). Le sentiment du patient d'être un sujet autonome et doué de volonté est diminué, ce qui peut parfois nécessiter de coter aussi la distorsion de la perspective en première personne (2.2). Il se sent contraint par le monde extérieur, même s'il n'a pas un sentiment concret ou une expérience délirante concernant des influences externes.

4.5. Autres phénomènes de transitivisme

D'autres sentiments peuvent impliquer une démarcation corporelle inadéquate (y compris vis-à-vis d'objets inanimés), une impression envahissante d'être d'une certaine manière « trop ouvert, ou transparent », d'avoir une « peau extraordinairement fine », de ne pas avoir de barrières, ou encore un état dans lequel le patient est excessivement préoccupé par les mécanismes exacts des relations entre soi et le monde, ou entre soi et autrui ; ou encore le patient peut ressentir une « couche supplémentaire » recouvrant la surface de son corps.

Devraient être aussi cotées ici toutes les sortes de sensibilités perceptives accentuées, dans lesquelles le patient se plaint d'une protection insuffisante contre les stimuli sensoriels (principalement optiques).

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'intérêts. Fondamentalement, les expériences d'anomalies de la conscience de soi sont ici mises en acte, et ainsi exprimées dans l'existence même du sujet.

Expériences d'allure solipsiste (items 5.1 à 5.6) : Le patient se perçoit en quelque sorte comme étant *un ou le sujet unique* dans le monde (littéralement, ou au sens d'un phénomène de centralité). Il peut avoir le sentiment fugace de posséder des dons ou des pouvoirs extraordinaires (comme s'il était un créateur de génie). Il peut éprouver le monde extérieur comme le fruit de sa propre imagination (le monde devient dépendant de son esprit) ; il peut aussi ressentir les capacités constitutives de son propre esprit (accès expérientiel à son « inconscient cognitif »).

5.1. Phénomènes primaires de référence à soi

Le sujet ressent un lien immédiat entre lui-même et les événements extérieurs, ou les autres personnes ; ce lien *n'est pas expliqué* ou sous-tendu par une attitude paranoïde antérieure, ni par des sentiments d'infériorité ou d'inefficacité, par une attaque de panique initiale, ou par une culpabilité dépressive. En d'autres termes, nous évoquons ici des phénomènes *primaires* de référence à soi, qui ne peuvent pas être réduits psychologiquement de façon plus précise (c'est-à-dire expliqués au moyen d'autres mécanismes).

Exemples

- À une soirée, chaque chose lui paraissait provenir ou dépendre de lui.
- Alors qu'elle apercevait un groupe de passagers sortir du bus, elle a eu l'impression qu'ils jouaient tous une sorte de parodie de sa véritable situation.
- En buvant une tasse de café, il a pensé que les nuages ressemblaient à un homme buvant une tasse de café.

5.2. Sentiment de centralité

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

Exemple

- Un ancien médecin se rappelle qu'à l'époque où il travaillait dans un petit hôpital de campagne, il a parfois eu une impression éphémère, « comme si » il avait été le seul médecin authentique dans le monde entier, et que le sort de toute l'humanité reposait sur lui.

5.3. Sentiment « comme si » le champ d'expérience du sujet était la seule réalité qui existe encore

Exemple

- Un patient a parfois eu une impression fugace, « comme si » seuls les objets présents dans son champ visuel existaient. Les autres gens ou les autres lieux ne semblaient

pas exister. Il a immédiatement considéré cela comme absurde.

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

NB : Sont ici exclus les états hypomanes ou maniaques.

5.5. Sentiments « comme si » le monde ressenti n'était pas réel, n'existant pas, et comme si celui-ci n'était qu'une apparence, une illusion, ou une tromperie

Exemples

- Il ressentait les autres personnes comme des robots, et toute chose comme un vaste mélange de molécules, et a alors commencé à se demander si le monde était bien réel.
- Enfant, elle avait l'impression que « le monde entier était juste une construction qui lui était destinée », « comme un décor ».

5.6. Idées magiques (impliquant une causalité non physique), liées au mode d'expérience du sujet (5.1-5.5)

Exemple

- Comme la météo semblait changer avec son humeur, il avait l'impression qu'il pouvait contrôler celle-ci.

5.7. Changement existentiel ou intellectuel

Le patient éprouve de nouvelles préoccupations, inhabituelles chez lui, à propos de thèmes existentiels, métaphysiques, religieux, philosophiques ou psychologiques. Sont ici exclus les états hypomanes ou maniaques.

Les thèmes habituellement rencontrés peuvent être des phénomènes surnaturels, des religions (notamment d'inspiration orientale), une expérience mystique, la philosophie, la psychologie, des thèmes transcendantaux, la méditation, la lecture de symboles, l'intérêt pour des rituels anciens, la réincarnation, la vie après la mort, la lutte entre le bien et le mal, la paix et la communication universelles, le sens de l'existence, le sort de l'humanité, le salut, les sciences parallèles, des idées particulières sur le rôle de la nutrition sur la santé.

Exemples

- « De nouvelles idées, de nouveaux centres d'intérêt ont progressivement envahi ma vie, et je me suis absorbé dans la pensée. Ils ont marqué le reste de ma vie ».
- « La préoccupation extrême par l'idée d'être suffisamment bon ».
- « Il n'a de cesse de redéfinir et d'analyser chaque chose à laquelle il pense ».
- « La nécessité de nouveaux concepts pour le monde, pour l'existence humaine ».

5.8. Grandeur solipsiste

Le patient, dans ses paroles ou dans son comportement, fait preuve d'un sentiment de supériorité vis-à-vis de ses semblables. Ce sentiment s'associe classiquement à celui de posséder des dons ou des visions extraordinaires (5.4). Les autres sont perçus comme des gens demeurés, qui ne courent qu'après les aspects les plus matériels ou superficiels de l'existence. Cette attitude est souvent légèrement teintée de maniériste.

Remerciements

Jean-Michel Azorin, Jean Naudin, Josef Parnas

Références

- [1] Binswanger L. *Drei Formen missglückten Daseins: Verstiegenheit, Verschrobenheit, Manieriertheit*. Tübingen: Niemeyer, 1956.
- [2] Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen. Berlin: Springer, 1987.
- [3] Handest P, Parnas J. Clinical characteristics of 50 first-admitted ICD-10 schizotypal patients. *Br J Psychiatry Suppl* 2005;48:s49-54.
- [4] Matthysse S, Holzman PS, Gusella JF, et al. Linkage of eye movement dysfunction to chromosome 6p in schizophrenia: Additional evidence. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2004;128:30-6.
- [5] Matussek P. Untersuchungen über die Wahnwahrnehmung. *Arch Psychiatr Z Neurol* 1952;189:279-319.
- [6] Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard, 1945.
- [7] Minkowski E. *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes* (1927). Paris : Payot, 1997.
- [8] Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: Searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull* 2000;26:217-32.
- [9] Møller P, Haug E, Raballo A, et al. Examination of anomalous self-experience in first-episode psychosis: Interrater reliability. *Psychopathology* 2011;44:386-90.
- [10] Parnas J. Self and schizophrenia: A phenomenological perspective. In: Kircher T, David A. Ed. *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2003, pp. 127-141.
- [11] Parnas J, Bovet P. Autism in schizophrenia revisited. *Compr Psychiatry* 1991;32:1-15.
- [12] Parnas J, Cannon T, Jacobsen B, et al. Life-time DSM-III-R diagnostic outcomes in offspring of schizophrenic mothers: Results from the Copenhagen High-Risk Study. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:707-14.
- [13] Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2003;44:121-34.
- [14] Parnas J, Handest P, Sæbye D, Jansson L. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:126-33.
- [15] Parnas J, Handest P, Jansson L, Sæbye D. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. *Psychopathology* 2005;38:259-67.
- [16] Parnas J, Jansson L, Sass LA, Handest P. Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: A pilot study of first admissions. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 1998;6:107-16.
- [17] Parnas J, Møller P, Kircher T, et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 2005;38:236-58.
- [18] Parnas J, Zahavi D. The role of phenomenology in psychiatric classification and diagnosis. In: Maj M, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N. Eds. *Psychiatric Diagnosis and Classification*. World Psychiatric Association's series on Evidence and Experience in Psychiatry. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2002, pp.137-162.
- [19] Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. *Schizophr Bull* 2011;37:1017-26.
- [20] Sass LA, Parnas J. Self, consciousness, and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2003;29:427-44.

Annexe A Critères de cotation EASE.

	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>		

Annexe B Liste des items de l'échelle EASE.

1. **Cognition et cours de la conscience**
 - 1.1 Interférence de la pensée
 - 1.2 Perte de l'ipséité de la pensée
 - 1.3 Pression de la pensée
 - 1.4 Blocage de la pensée
 - 1.4.1 Sous-type 1 : barrage
 - 1.4.2 Sous-type 2 : fading
 - 1.4.3 Sous-type 3 : fading et interférence de la pensée
 - 1.5 Echo silencieux de la pensée
 - 1.6 Ruminations - Obsessions
 - 1.6.1 Sous-type 1 : ruminations primaires
 - 1.6.2 Sous-type 2 : ruminations secondaires
 - 1.6.3 Sous-type 3 : obsessions authentiques
 - 1.6.4 Sous-type 4 : pseudo obsessions
 - 1.6.5 Sous-type 5 : rituels/compulsions
 - 1.7 Perceptualisation du discours intérieur, ou de la pensée
 - 1.7.1 Sous-type 1 : perceptualisation interne
 - 1.7.2 Sous-type 2 : équivalent d'une perceptualisation
 - 1.7.3 Sous-type 3 : perceptualisation interne avec symptôme de premier rang
 - 1.7.4 Sous-type 4 : perceptualisation externe
 - 1.8 Spatialisation de l'expérience
 - 1.9 Ambivalence
 - 1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité
 - 1.11 Perturbation de l'initiative ou de l'intentionnalité de la pensée
 - 1.12 Perturbations attentionnelles
 - 1.12.1 Sous-type 1 : captation par un détail
 - 1.12.2 Sous-type 2 : incapacité à diviser son attention
 - 1.13 Trouble de la mémoire à court terme
 - 1.14 Perturbation de l'expérience du temps
 - 1.14.1 Sous-type 1 : perturbation de l'expérience subjective du temps
 - 1.14.2 Sous-type 2 : perturbation du temps existentiel
 - 1.15 Conscience interrompue de sa propre action
 - 1.16 Discordance entre expression intentionnée et réellement exprimée
 - 1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage

Annexe B Liste des items de l'échelle EASE. (suite)

- 2 Troubles de la conscience de soi et de la présence
- 2.1 Sentiment amoindri du soi de base
- 2.1.1 Sous-type 1 : précoce
- 2.1.2 Sous-type 2 : depuis l'adolescence
- 2.2 Distorsion de la perspective en première personne
- 2.2.1 Sous-type 1 : mienneté/qualité de sujet
- 2.2.2 Sous-type 2 : distance expérientielle/phénoménologique
- 2.2.3 Sous-type 3 : spatialisation du soi
- 2.3 Dépersonnalisation psychique
- 2.3.1 Sous-type 1 : dépersonnalisation mélancoliforme
- 2.3.2 Sous-type 2 : dépersonnalisation non spécifiée
- 2.4 Présence diminuée
- 2.4.1 Sous-type 1 : diminution spécifique
- 2.4.2 Sous-type 2 : diminution non spécifique
- 2.4.3 Sous-type 3 : associée à une déréalisation ou à un changement perceptif
- 2.5 Déréalisation
- 2.5.1 Sous-type 1 : déréalisation fluide, globale
- 2.5.2 Sous-type 2 : déréalisation intrusive
- 2.6 Hyperréflexivité, réflexivité accentuée
- 2.7 Dissociation du « Je » (*Ich-Spaltung*)
- 2.7.1 Sous-type 1 : suspectée
- 2.7.2 Sous-type 2 : expérience ‘comme si’
- 2.7.3 Sous-type 3 : expérience spatialisée
- 2.7.4 Sous-type 4 : élaboration délirante
- 2.8 Dépersonnalisation dissociative
- 2.8.1 Sous-type 1 : phénomène imaginatif ‘comme si’
- 2.8.2 Sous-type 2 : hallucination visuelle dissociative
- 2.9 Confusion d'identité
- 2.10 Sentiment de changement par rapport à l'âge chronologique
- 2.11 Sentiment de changement en rapport avec le genre
- 2.11.1 Sous-type 1 : peur occasionnelle d'être homosexuel
- 2.11.2 Sous-type 2 : sensation d'être du sexe opposé
- 2.12 Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle
- 2.13 Anxiété
- 2.13.1 Sous-type 1 : attaque de panique avec symptomatologie du système nerveux autonome
- 2.13.2 Sous-type 2 : anxiété psychique, mentale
- 2.13.3 Sous-type 3 : anxiété phobique
- 2.13.4 Sous-type 4 : anxiété sociale
- 2.13.5 Sous-type 5 : angoisse diffuse, envahissante, flottante
- 2.13.6 Sous-type 6 : angoisse paranoïde
- 2.14 Angoisse ontologique
- 2.15 Transparence de la conscience diminuée
- 2.16 Initiative diminuée
- 2.17 Hypohédonie
- 2.18 Vitalité diminuée
- 2.18.1 Sous-type 1 : marqueur d'état
- 2.18.2 Sous-type 2 : trait caractéristique

Annexe B Liste des items de l'échelle EASE. (suite)

- | | |
|----------|--|
| 3 | Expériences corporelles |
| 3.1 | Changements morphologiques |
| 3.1.1 | Sous-type 1 : sensations d'un changement |
| 3.1.2 | Sous-type 2 : perceptions d'un changement |
| 3.2 | Phénomènes du miroir |
| 3.2.1 | Sous-type 1 : recherche d'un changement |
| 3.2.2 | Sous-type 2 : perception d'un changement |
| 3.2.3 | Sous-type 3 : autres phénomènes |
| 3.3 | Dépersonnalisation somatique (étrange corporelle) |
| 3.4 | Inadéquation psychophysique et clivage psychophysique |
| 3.5 | Désintégration corporelle |
| 3.6 | Spatialisation des expériences corporelles |
| 3.7 | Expériences cénesthésiques |
| 3.8 | Perturbations motrices |
| 3.8.1 | Sous-type 1 : pseudo-mouvements corporels |
| 3.8.2 | Sous-type 2 : interférence motrice |
| 3.8.3 | Sous-type 3 : blocage moteur |
| 3.8.4 | Sous-type 4 : Sentiment d'une parésie motrice |
| 3.8.5 | Sous-type 5 : Perte des automatismes moteurs |
| 3.9 | Expérience mimétique |
| 4 | Transitivisme/troubles de la démarcation de soi |
| 4.1 | Confusion avec autrui |
| 4.2 | Confusion avec sa propre image spéculaire |
| 4.3 | Contact corporel menaçant |
| 4.3.1 | Sous-type 1 : contact corporel désagréable ou anxiogène |
| 4.3.2 | Sous-type 2 : sentiment d'une disparition, d'une annihilation de soi |
| 4.4 | Sentiment d'influence/humeur de passivité |
| 4.5 | Autres phénomènes de transitivisme |
| 5 | Réorientation existentielle |
| 5.1 | Phénomènes primaires de référence à soi |
| 5.2 | Sentiment de centralité |
| 5.3 | Champ d'expérience du sujet comme seule réalité qui existe encore |
| 5.4 | Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire |
| 5.5 | Sentiments 'comme si' le monde ressenti n'était pas réel |
| 5.6 | Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet |
| 5.7 | Changement existentiel ou intellectuel |
| 5.8 | Grandeur solipsiste |

Annexe C Comparaison des items des échelles EASE et BSABS.

EASE	BSABS
1.1 Interférence de la pensée	C.1.1
1.3 Pression de la pensée	C.1.3
1.4 Blocage de la pensée	C.1.4
1.6.1 Ruminations primaires	C.1.2
1.6.2 Ruminations secondaires	C.1.2
1.6.3 Obsessions authentiques	B.3.2
1.6.4 Pseudo obsessions	B.3.2
1.6.5 Rituels/compulsions	B.3.2
1.9 Ambivalence	A.5
1.10 Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité	C.1.15/A.6.2
1.11 Perturbation de l'initiative ou de l'intentionnalité de la pensée	C.1.13
1.12.1 Captation par un détail	C.2.9
1.12.2 Incapacité à diviser son attention	A.8.4
1.13 Trouble de la mémoire à court terme	C.1.9
1.15 Conscience interrompue de sa propre action	C.2.10
1.16 Discordance entre expression intentionnée et réellement exprimée	A.7.2
1.17 Perturbation de la fonction expressive du langage	C.1.7
2.2.2 Distance expérientielle	B.3.4
2.3.2 Dépersonnalisation non spécifiée	B.3.4
2.4.1 Présence diminuée (diminution spécifique)	A.6.3
2.5.1 Déréalisation fluide, globale	C.2.11
2.5.2 Déréalisation intrusive	C.2.11
2.6 Hyperréflexivité, réflexivité accentuée	B.3.1
2.13.2 Anxiété psychique, mentale	D.15
2.13.3 Anxiété phobique	B.3.3
2.16 Initiative diminuée	A.4
2.17 Hypohédonie	A.6.3
2.18.1 Vitalité diminuée (marqueur d'état)	A.3.1
2.18.2 Vitalité diminuée (trait caractéristique)	A.3.1
3.1.1 Changements morphologiques (sensation d'un changement)	D.9
3.2.2 Phénomènes du miroir (perception d'un changement)	C.2.3.6
3.3 Dépersonnalisation somatique (étrangeur corporelle)	D.1.1
3.7 Expériences cénesthésiques	D.1, D.3-9, D.11-14
3.8.1 Pseudo-mouvements corporels	D.10
3.8.2 Interférence motrice	C.3.1
3.8.3 Blocage moteur	C.3.2
3.8.4 Sentiment d'une parésie motrice	D.2
3.8.5 Perte des automatismes moteurs	C.3.3
3.9 Expérience mimétique	C.2.3.7
5.1 Phénomènes primaires de référence à soi	C.1.17