

Les paradoxes de l'indicible dans EASE

Jérôme Englebert et Michel Cermolacce

Introduction

Dans ce chapitre, nous souhaitons évoquer trois dimensions liées à l'échelle phénoménologique EASE (*Examination of Anomalous Self-Experience*)¹ et aux anomalies de l'expérience de soi² dans la schizophrénie. La première partie de notre contribution a pour objectif de situer EASE dans le débat scientifique contemporain et de discuter d'une série d'enjeux épistémologiques liés à l'échelle développée par Josef Parnas et son équipe de recherche de Copenhague. La seconde partie discutera de la dimension narrative de l'échelle et des paradoxes liés à l'expressivité de phénomènes qui, pour une part d'entre eux, sont généralement tacites et pré-langagiers. Ensuite, en guise de troisième partie, nous faisons une proposition clinique originale concernant l'acquis, pour les patients, de la passation de EASE. Pour ce faire, nous interrogerons les modalités pratiques observées chez certains patients souffrant de schizophrénie pour « faire avec » les anomalies de l'expérience révélées et coconstruites par l'examen clinique. Nous convoquerons à cet effet la notion de « truc », discuterons du bricolage expérientiel réalisé par la personne avec schizophrénie et évoquerons le potentiel thérapeutique d'une telle observation.

I. Débats contemporains et actualités de l'instrument EASE

EASE : un double statut épistémologique, et une triple influence. Les travaux empiriques portant sur l'évaluation par l'instrument EASE des troubles du soi dans la schizophrénie s'étendent sur près d'une vingtaine d'années, si l'on y inclut les premières études exploratoires avant publication de l'échelle en 2005. Un point d'étape à l'issue de ces deux décennies, permet

¹ On se référera en priorité à Parnas et al., (2005). Pour rappel, la traduction francophone de l'échelle a été réalisée par Michel Cermolacce et Pierre Bovet, et publiée dans la revue l'Encéphale (Parnas et al., 2012). Pour une introduction complète à l'outil et un éclairage méthodologique, nous nous permettons de renvoyer à Englebert et Valentiny (2017).

² Il faut noter, dans les travaux portant sur EASE, la proximité des notions d'expérience subjective, d'expérience de soi, mais aussi de conscience de soi (*self consciousness*) ou d'ipséité. Pourtant, ces différentes notions ne sont pas strictement équivalentes sur le plan théorique. On peut même souligner que les différentes publications des auteurs de référence sur ces questions, après s'être initialement appuyées sur la notion d'expérience subjective, tendent par la suite à privilégier la notion de troubles du soi (*Self disorders*). Dans la suite de ce chapitre, nous adoptons le positionnement de Josef Parnas et de ses collaborateurs en considérant ces notions comme équivalentes.

de souligner de nombreux constats établis sur le plan empirique et clinique, mais aussi des questionnements, des pistes restant à explorer, voire des points encore débattus.

Une littérature désormais assez conséquente s'est donc établie autour de cet outil, ou instrument, qu'est l'échelle EASE, dépassant désormais largement les seuls travaux de l'équipe de Josef Parnas à Copenhague. D'emblée, le statut d'une « échelle d'orientation phénoménologique » soulève de nombreuses questions d'ordre épistémologique, pour ne pas dire de réserves (Cermolacce et al., 2021). Ces réserves peuvent se rencontrer tant chez les défenseurs d'une phénoménologie – côté philosophique – attentifs au risque d'une naturalisation de l'expérience subjective (Mishara, 2007), que chez les défenseurs d'une approche empirique – côté scientifique – peu enclins à explorer des aspects jugés trop subjectifs (donc inobjectivables) pour se prêter à une exploration méthodologiquement rigoureuse (Jack et Roepstorff, 2003). Le premier paradoxe que nous relevons pour EASE, est donc à rechercher dans cette ouverture à deux types de critiques possibles dans le paysage de la recherche psychiatrique contemporaine portant sur l'émergence des troubles psychotiques selon une perspective phénoménologique.

L'école danoise, autour du travail de Josef Parnas (et avec d'autres auteurs proches tels que Pierre Bovet à Lausanne, Louis Sass aux USA, ou Dan Zahavi au Centre de Recherche sur la Subjectivité de Copenhague), explore depuis le début des années 90 la question de la vulnérabilité schizophrénique. Cinq grandes thématiques sont ainsi proposées dans EASE : i) cognition et cours de la conscience, ii) conscience de soi et présence, iii) expériences corporelles, iv) transitivity et démarcation de soi, et enfin v) réorientation existentielle. Visant à saisir de possibles altérations du sens de soi, à un niveau très minimal, préreflexif ou basique, ces auteurs ont ainsi élaboré l'instrument EASE, avec une première publication dans *Psychopathology* en 2005 (Parnas et al., 2005, 2012). Si l'on cherche à repérer une sorte de généalogie de ces travaux de l'École de Copenhague sur les troubles du soi, une triple influence doit être rappelée. Tout d'abord l'influence primordiale des auteurs classiques de phénoménologie psychiatrique, avec les figures de Minkowski, de Binswanger et Blankenburg, mais aussi celles de Kimura, et Tatossian. Une deuxième influence peut être mentionnée avec, depuis la fin des années 80, les travaux de l'École de Bonn (puis Cologne). Ces auteurs, autour de Huber, Klosterkötter, Gross, puis de Schultze-Lutter, ont étudié la notion de symptômes de base. À la différence de l'équipe danoise, l'orientation phénoménologique et psychopathologique est ici moins explicitement avancée, se limitant à la description de caractéristiques cliniques précoces, subjectivement vécues avant de pouvoir être

« objectivement » repérées par le clinicien. Ces symptômes de base peuvent être décrits très classiquement comme autant de difficultés cognitives, perceptives ou motrices très précoces, apparaissant « compatibles » avec une lecture psychiatrique plus classique et moins phénoménologique (Gross et al., 1987, Schultze-Lutter, 2009). Ainsi, l'équipe allemande se situe dans une orientation théorique plus neutre, à l'exception d'une filiation qui serait plus à rechercher chez Karl Jaspers puis Kurt Schneider. Pour le dire autrement, alors que l'école danoise cherche avec EASE à décrire dans la schizophrénie les *modifications possibles de l'expérience subjective*, l'école de Bonn / Cologne vise plutôt à décrire des *altérations subjectivement vécues*.

Enfin, une troisième influence repose sur un riche matériau clinique, issu de très nombreux entretiens réalisés auprès de larges groupes de patients, dans les années 90 (Parnas et al., 1993, 1998), puis au tout début des années 2000 (Møller et Husby, 2000 ; Parnas et Handest, 2003 ; Matthyse et al., 2004 ; Handest et Parnas, 2005).

Parler d'une échelle clinique en recherche psychiatrique implique, indépendamment de l'orientation théorique, une réflexion sur les paramètres de fiabilité et de validité relatifs à tout outil psychométrique sur un plan strictement méthodologique. L'échelle EASE, avec son inspiration phénoménologique, ne déroge pas à la règle. Comme indiqué précédemment, les simples termes d'« échelle d'inspiration phénoménologique » peuvent ainsi sonner comme un contresens, d'emblée, dans une stricte perspective philosophique.

Ce double statut, assumé par les auteurs, se retrouve aussi à un niveau plus clinique. EASE est souvent présentée comme une « échelle semi-structurée, composée de cinq domaines et regroupant près d'une soixantaine d'*items* cliniques » (Parnas et al., 2005 ; Parnas et Henriksen, 2019 ; Henriksen et al., 2021). Mais il serait plus adéquat de parler de manifestation ou de phénomène clinique, objectivés lors d'un entretien clinique afin de mieux saisir une expérience clinique dans sa globalité et dans son entièreté (une révélation du *trouble générateur* pour reprendre la formulation de Minkowski). Le terme d'item renvoyant plus directement à des faits cliniques isolés, indépendants les uns des autres et du vécu sous-jacent. Les phénomènes cliniques d'altération du sens de soi décrits dans EASE se prêtent ainsi particulièrement bien à la distinction de Tatossian pour qualifier l'autisme schizophrénique : phénomène clinique riche, crucial, et pourtant se révélant être un bien mauvais symptôme dans une lecture catégorielle, athéorique et objectivante (Tatossian, 1979). On retiendra donc la notion de « phénomène

clinique » plutôt qu'items, pour tenter de *tourner autour*, et mieux partager ce qui peut être rencontré dans l'expérience schizophrénique.

EASE : principaux résultats empiriques et perspectives. Une littérature importante s'est donc progressivement constituée, avec de nombreux résultats empiriques convergents, répliqués par différentes équipes, pour représenter aujourd'hui le principal mode d'exploration des troubles du soi dans la schizophrénie, notamment dans ses étapes initiales.

Parmi les résultats les plus francs, on peut distinguer les études portant sur les notions de fiabilité, de spécificité, d'évolution et de liens avec la symptomatologie clinique plus classique (Vollmer-Larsen et al., 2007). La notion de fiabilité (*reliability*, ou comment reproduire avec robustesse une évaluation, entre deux cliniciens, ou au cours du temps) est particulièrement cruciale pour un instrument d'inspiration phénoménologique. On l'a vu, du côté des sciences, l'une des premières critiques pourrait concerner le manque de fiabilité d'une évaluation portant justement sur des aspects éminemment subjectifs : comment prendre en compte, avec rigueur, ce qu'il y aurait de particulièrement subjectif ? Rappelons d'ailleurs qu'au moment de sa parution en 2005, la recherche qualitative restait bien plus marginale que telle que nous la connaissons aujourd'hui. Un premier champ, technique et relativement psychométrique, a donc consisté à montrer que dès lors que l'on se prête à une formation, courte, s'inscrivant dans un champ théorique explicite, on peut retrouver une fiabilité interjuge très satisfaisante, d'un même niveau de robustesse méthodologique que les meilleurs des outils d'évaluation clinique dits objectifs (Vollmer-Larsen et al., 2007 ; Møller et al., 2011 ; Nelson et al., 2012 ; Raballo et Parnas, 2012).

Un deuxième champ de résultats, là aussi non contesté, concerne la relative spécificité schizophrénique des troubles du soi tels qu'explorés par EASE. Parnas et son équipe ont toujours été attentifs à souligner la continuité des types d'expérience décrits dans EASE avec l'expérience dite « normale », non pathologique. Ils se sont de plus toujours montrés réticents à toute perspective d'outil diagnostique, ou de « dépistage » des troubles schizophréniques. Néanmoins, de nombreux résultats ont mis en évidence une spécificité importante des troubles du soi tels qu'explorés par EASE dans les différents troubles du spectre schizophrénique (schizoïdie, schizotypie, schizophrénie), en comparaison avec d'autres troubles sévères tels que des troubles affectifs bipolaires, des paranoïas et des délires chroniques non schizophréniques (Raballo et al., 2011 ; Raballo et Parnas, 2012 ; Haug et al., 2012a ; Raballo et al., 2016). Ces

études tendent à suggérer que les troubles du soi décrits par EASE sont aussi particulièrement décrits chez les personnes souffrant de schizotypie, renforçant l'hypothèse d'altérations présentes dans tous les troubles du spectre schizophrénique, sans en attendre les étapes les plus tardives ou les plus sévères. Il est intéressant de rappeler ici combien cette question d'une spécificité schizophrénique se situe à contre-courant des tendances les plus actuelles à explorer telle ou telle manifestation clinique au-delà des catégories diagnostiques usuelles. La littérature croissante sur les hallucinations, dans une approche transdiagnostique telle que définie, par exemple, dans le projet RDoC, en est une illustration criante (Johns et al., 2014). À l'inverse, la spécificité schizophrénique du modèle des troubles du soi telle que défendue par l'école de Copenhague constitue une hypothèse forte, et finalement assez rare, dans le paysage de la recherche psychiatrique actuelle. La question de la spécificité schizophrénique a aussi été étudiée en comparaison avec des personnes souffrant de troubles graves de la personnalité (hors schizoïdie ou schizotypie), mais de façon plus controversée (Nelson et al., 2013 ; Madeira et al., 2017a, 2017b ; Parnas et al., 2017).

Un troisième champ de résultats empiriques porte sur les aspects évolutifs et cliniques, avec la présence précoce des troubles du soi explorés par EASE, dès les étapes les plus initiales de la vulnérabilité schizophrénique. Avec toute l'hétérogénéité que l'on connaît des modes d'entrée et des types de trajectoire évolutive dans la schizophrénie, des troubles du soi peuvent être décrits : schizoïdie et schizotypie, donc, mais aussi sujets à haut risque (que ce risque soit clinique, avec des symptomatologies atténuées, ou qu'il soit génétique, chez des apparentés au premier degré) (Maggini & Raballo, 2004 ; Vaever et al., 2005 ; Raballo et al., 2011), lors du premier épisode (Nelson et al., 2012 ; Nordgaard et al., 2014). Une stabilité plus tardive des troubles du soi est désormais décrite à cinq ans d'évolution et semble se dessiner après dix ans de suivi (Parnas et al., 2016 ; Nordgaard et al., 2017, 2018 ; Raballo et Preti, 2018). Sur un plan plus clinique, plusieurs études ont montré un lien entre troubles du soi et phénomènes délirants ou hallucinatoires, retrait et symptômes négatifs, mais c'est avant tout le lien important entre suicidabilité et phénomènes décrits dans le domaine intitulé *Présence et conscience de soi* (notamment le sentiment d'être fondamentalement différent, ou *Anderssein*) qui mériterait d'être mieux connu des cliniciens (Skodlar et al., 2010 ; Haug et al., 2012b).

Si ces questions de fiabilité, de spécificité clinique et d'évolution liées aux troubles du soi dans la schizophrénie ont pu être étayées par de nombreux travaux depuis une vingtaine d'années, d'autres questions restent moins comprises, voire controversées. Un premier point renvoie à

l'évolution et à la trajectoire schizophrénique : les troubles du soi concernent donc assez clairement une vulnérabilité précoce, liée aux étapes prémorbides les plus distales. Mais pourraient-ils aider à anticiper les moments à risque de transition psychotique vers un premier épisode schizophrénique ? Toujours en termes d'évolution temporelle, l'hypothèse d'une stabilité des troubles du soi au long cours est-elle influencée par des moments d'émergence hallucinatoire, délirante, ou par une évolution plus chronique ou hétérochrone ? Ces points cliniques ou évolutifs méritent d'être explorés par d'autres travaux empiriques à venir, notamment prospectifs³.

II. L'indicible dans EASE

Ces éléments méthodologiques et épistémologiques présentés permettent de cerner l'ampleur de ce qui peut être considéré comme l'un des projets phénoménologiques les plus aboutis dans l'histoire de la psychopathologie. Celui-ci repose sur un paradoxe fondateur qui est d'ailleurs commun à l'approche phénoménologique en clinique. Ce paradoxe peut s'énoncer assez simplement de la façon suivante : alors que ce champ disciplinaire découvre et voue son attention au tacite de l'expérience (le préreflexif), elle demeure « contrainte » de traiter ce matériau de façon langagière (dans le champ réflexif). Comme le soulignent déjà les auteurs dans la publication *princeps* de l'échelle : « [...] beaucoup de ces expériences sont de nature préreflexive. Elles ne font pas l'objet d'une attention thématifiée, mais constituent plutôt l'arrière-fond général de la conscience » (Parnas et al., 2012, p. 122). Les anomalies de l'expérience de soi sont en effet souvent difficiles à verbaliser et beaucoup n'ont peut-être jamais été traduites en mots avant l'entretien. On observera également que de nombreux cliniciens peuvent même ne pas connaître ces expériences spécifiques avant de découvrir EASE et les travaux de la psychopathologie phénoménologique.

Dans une publication consacrée à une utilisation conjointe de l'échelle EASE et de l'échelle EAWÉ administrées à quatre patients (Englebert et al., 2019), nous avons constaté que l'item « perte du sens commun » met particulièrement en évidence ce paradoxe. En effet, il est

³ On ajoutera qu'il existe échelles similaires et réalisées dans une certaine continuité avec EASE (avec des équipes de recherches similaires ou proches). On citera prioritairement l'échelle EAWÉ (*Examination of Anomalous World Experience*) (Sass et al., 2017) et EAFI (*Examination of Anomalous Fantasy and Imagination*) (Rasmussen et al., 2018). Les deux échelles sont en cours de traduction en français.

fréquent que des sujets semblant, depuis le point de vue du clinicien, incontestablement présenter ce type d'anomalie de l'expérience indiquent que ce type d'expérience ne les concerne pas (dans notre échantillon, les quatre sujets apparaissaient aux yeux des examinateurs comme présentant un trouble du sens commun et seulement une des participantes l'a verbalisé durant l'entretien considérant que cette expérience faisait partie de son vécu). Comme le suggère Elizabeth Pienkos, « sans une connaissance implicite, relative au sens commun, de ce qui correspond à une expérience ordinaire et de ce qui pourrait être inhabituel ou étrange, un sujet peut être dans l'incapacité de cataloguer ou de discuter d'expériences particulièrement inhabituelles » (2014, p. 31). Il est en effet cohérent de penser que certains éléments de l'expérience apparaissent davantage dans la forme des réponses (une sorte de gestalt expérientielle) et peut-être moins dans le contenu. Il s'agit là d'une limite inhérente à la perspective en première personne discutée dans Englebert (2021) et qui suggère d'intégrer à une psychopathologie phénoménologique centrée sur le discours expérientiel, une approche située tenant compte des contextes et de l'expression environnementale du vécu (Englebert, 2013 ; Pienkos et al., 2023).

Ce paradoxe du dicible met en évidence un écart entre le discours sur l'expérience et l'expérience en tant que telle. Elle évoque une double polarité ou, mieux encore, l'hypothèse de deux mondes ou deux univers : celui de l'expérience et du vécu, et celui du discours pouvant être produit à leur sujet. Si Kurt Schneider nous disait déjà que « l'expérience psychotique est un signe ou un message d'un autre monde » (1950, p. 106), il reste à savoir et discuter avec nuance dans quel monde est le sujet schizophrène ? Est-il dans celui qu'il nomme (selon une acceptation renouvelée d'un « sens commun » qui précisément échappe à la définition du sens commun) ou dans celui qu'il ne nomme pas⁴ ?

De nombreux travaux contemporains cernent ce phénomène par la notion de *double bookkeeping* qui consiste à vivre dans deux univers, à répondre à deux logiques expérientielles différentes⁵ (Parnas et al., 2021 ; Henriksen & Parnas, 2014 ; Stephensen & Parnas, 2018 ;

⁴ Précisons que, d'un certain point de vue, cette interrogation quant au lieu de l'expérience et à sa racine subjective se pose autant pour le sujet indemne de psychose : nous exprimons-nous le monde que nous construisons par nos appropriations langagières ou sommes-nous plutôt les sujets d'une expérience spontanée qui serait préalable à la mise en mots ?

⁵ Bien qu'il y ait des nuances importantes à apporter, l'on constatera d'un certain point de vue la proximité de cette description avec la notion de clivage psychotique proposée par la psychanalyse.

Stephensen et al., 2023 ; Sass, 2014)⁶. Citons à ce propos deux patients issus d'autres contributions de l'École de Copenhague :

« Quand je suis avec les autres, il y a deux je : le je qui est parmi les autres, et le je qui regarde objectivement le premier. Peu importe combien je suis absorbé dans quelque chose, il y a toujours un je qui regarde de l'extérieur de façon désengagée. Ce je extérieur est toujours en train de me gérer et de me contrôler. Même lorsque je parle avec d'autres, le soi extérieur écoute leurs paroles et les rapporte au soi intérieur. Après l'avoir écouté, le soi intérieur commence à parler » (patient de Nagai, 1991, cité par Stephensen et Parnas, 2018, p. 242).

« Il y a deux mondes. Il y a le monde irréel, qui est le monde dans lequel je suis et dans lequel nous sommes. Et puis il y a le monde réel. La seule chose qui est réelle dans le monde irréel est mon propre soi » (patient cité dans Parnas et Henriksen, 2016, p. 83).

Comme le suggèrent Stephensen et Parnas, cette caractéristique de l'expérience (qui n'est au fond que très difficilement verbalisable dans un strict discours en première personne) est probablement une dimension structurante du vécu schizophrénique et il est raisonnable de penser qu'« un bon nombre, si ce n'est la majorité, des patients atteints de schizophrénie semblent vivre simultanément dans deux mondes différents ou dans deux dimensions ontologiques différentes » (2018, p. 248).

Sans entrer dans le détail d'une argumentation différentielle subtile⁷, une hypothèse proche consiste à penser que, plus qu'être face à deux mondes que le sujet souffrant de schizophrénie fixerait et investirait alternativement, ce dernier serait surtout un individu désitué⁸, c'est-à-dire « situé » en dehors de l'expérience sociale qu'il semble contempler (et analyser) en usant de son hyper-réflexivité. Laurent, lors d'un entretien EASE, précise ceci :

⁶ Nous remercions Philippe Cabestan pour son éclairante conférence « Josef Parnas et le phénomène de comptabilité en partie double (*double bookkeeping*) » prononcée le 6 mai 2023 à la journée d'étude consacrée aux travaux de Josef Parnas organisée par l'École Française de Daseinsanalyse. [Intégrer la référence de Philippe dans le volume ?](#)

⁷ Nous renvoyons pour cela à Englebert (2020, *In press*).

⁸ Concept que l'on retrouve discrètement dans l'œuvre de Sartre (1971).

« Vous savez, il y a plusieurs réalités, plusieurs univers... Il y a la réalité de la pensée et il y a la réalité de l'existence... [Vous avez le sentiment d'être dans l'une au détriment de l'autre ?] ... (silence)... Mais personne ne peut être dans les deux réalités. Soit on est spectateur, soit on est acteur... Depuis ma schizophrénie, je suis souvent spectateur. Un peu en dehors de l'univers où sont tous les autres... Là où tous les autres habitent. Ce n'est pas que je ne les comprends pas, je les comprends mieux ».

Dès lors, l'hypothèse du *double bookkeeping* peut sans doute être enrichie ou précisée en suggérant que le patient, plutôt que confronté à un choix d'univers, alternant entre celui de la folie et celui du *commun* des mortels⁹, est surtout en dehors de la situation. Moins que d'être face à deux mondes et de s'y investir en alternance, le sujet avec schizophrénie est peut-être prioritairement en dehors de la situation mondaine dont les caractéristiques sont la spontanéité de l'expérience, un vécu prioritairement préreflexif et en accord avec autrui. Le lieu de la désituation, quant à lui, apparaît comme un monde qui ne connaît pas cette insouciance du vécu et dominé par l'interrogation réflexive (l'hyper-réflexivité) du monde situé qui lui échappe en quelque sorte. Le sujet souffrant de schizophrénie peut alors être compris comme un individu confronté à une impasse expérientielle caractérisée par le fait d'être, d'une certaine manière, plus riche en monde que le sujet qui est épargné par ces questionnements. Cette interrogation apparaît magistralement mise en œuvre par la remarque suivante de Marcel Proust, interrogeant le clinicien sur la possibilité de combler l'intervalle qui semble obséder ou contraindre la personne vivant avec une schizophrénie :

« Nous sentons dans un monde, nous pensons, nous nommons dans un autre, nous pouvons entre les deux établir une concordance mais non combler l'intervalle » (Proust, 1944, p. 50).

III. Après EASE : comment combler l'intervalle

Il est intéressant de s'interroger, outre les apports pour la recherche et la contribution à la connaissance de la subjectivité schizophrénique, sur l'apport pour le patient de l'administration de l'échelle EASE. Il est fréquent d'entendre les personnes souffrant de schizophrénie indiquer

⁹ On comprend d'ailleurs peut-être mieux ainsi pourquoi certaines personnes souffrant de schizophrénie peuvent être convaincues de leur immortalité.

après un entretien EASE qu'on ne les avait jamais interrogées sur ces aspects qu'elles estiment pourtant très importants, et évoquer un soulagement de savoir qu'ils ne sont pas seuls à vivre ces expériences et que celles-ci ont déjà été décrites par d'autres :

« Ça m'a fait du bien, c'est bien de parler comme ça, vous savez elles ne sont pas bizarres vos questions. Enfin pas pour moi quoi. En fait on ne m'a jamais demandé ces choses-là. Ça m'aide parce que les questions que vous vous posez, je me les pose aussi » (Samiah)¹⁰.

« Je ne suis pas schizophrène, j'en ai toujours été convaincu... Mais, ce dont vous me parlez à travers vos questions, cette perte de l'évidence et cette hyper-attention aux choses du monde, la grande sensibilité dont nous parlons, cela correspond à ce que je vis. Si c'est ça la schizophrénie, je veux bien en rediscuter » (Attila)¹¹.

Pour le clinicien, être familier avec ces aspects significatifs de l'expérience du patient renforce la relation thérapeutique et permet aux deux protagonistes reliés par cet entretien de coconstruire un savoir à propos du vécu schizophrénique. Nous pourrions toutefois suggérer qu'en plus de découvrir différentes subtilités expérientielles, EASE permet plus fondamentalement au clinicien de montrer au sujet souffrant de schizophrénie qu'il est en mesure de le comprendre, qu'il a les outils pour rencontrer le degré de complexité de son existence, que son vécu peut être appréhendé par autrui et que cela a déjà été fait pour d'autres patients.

Cela dit, savoir ce que les patients font des anomalies de leur expérience, comment ils composent avec, reste une question entière¹². Notre proposition consiste à porter intérêt au rapport au monde et aux objets du monde et à se demander ce qu'il en est du rapport technique que la personne entretient avec son environnement. Pour le dire avec des ressources comme celles de Marcel Mauss (1936) à propos des techniques du corps, ou de François Sigaut (2007, 2009) à propos des outils, il apparaît inévitable que notre expérience préreflexive du monde soit inséparable d'une sollicitation technique de celui-ci¹³.

¹⁰ Exemple issu de Englebert et Valentiny (2017).

¹¹ Exemple issu de notre pratique clinique.

¹² Nous allons, pour la suite de cette contribution, nous inspirer de différents savoirs anthropologiques qui s'inscrivent dans les propositions contemporaines de Tim Ingold (2013) qui esquisse une anthropologie du faire, se demandant comment le sujet « fait avec ce qu'il est ».

¹³ Il s'agit d'une hypothèse que nous avons particulièrement développée dans Cormann et Englebert (2021).

Pour rencontrer cette expérience technique de l'éprouvé dans le champ de la schizophrénie, nous proposons de nous référer à la notion de « truc », concept que nous empruntons, au départ, à Sami-Ali¹⁴, en tant que modalité d'adaptation ou de suradaptation au monde environnant par un recours à des modalités techniques permettant au sujet de s'ancrer pratiquement dans le monde. On remarquera d'emblée que l'item de EASE « Sentiment amoindri du soi de base » (EASE, item 2.1.) répond en partie à cette définition puisqu'il est décrit comme « un sentiment envahissant de vide intérieur, d'absence d'un centre interne et d'une identité, sensation d'être anonyme. Le patient se sent comme n'existant pas ou comme profondément différent des autres. Ce phénomène peut s'accompagner d'un *sentiment subjectif de suradaptation* qui consiste à *s'adapter à l'opinion ou au point de vue des autres* » (Parnas et al., 2005, p. 129, nous mettons en italique).

Le « Truc » face à une anomalie de l'expérience (Lori Schiller)

Un exemple concret de ce que nous appelons « truc » apparaît dans la biographie de Lori Schiller qui, après de longues années d'expérience de la maladie, finit par trouver des « trucs » pour « répondre » aux symptômes de la schizophrénie. Pour se « ramener » à la réalité, elle utilise tous ses sens :

« Quand j'entends les Voix, je me ramène à la réalité en utilisant tous mes sens. Si je suis dans le train pour revenir à Manhattan, par exemple, je me concentre sur le goût du Coca light et sur l'odeur du parfum que je porte. Je regarde le paysage changeant par la fenêtre, et j'écoute attentivement le son du conducteur qui collecte les billets. Je sens mon propre ticket qui bascule d'avant en arrière entre mes doigts » (Schiller, 1994, p. 265).

¹⁴ On remarquera que Sami-Ali confère à la notion de truc une lecture plus péjorative que la nôtre puisqu'il observe ce mécanisme chez des sujets mettant de telles stratégies en place pour maintenir une réduction de l'expérience imaginaire (ce qu'il appelle le banal) : « [...] prenant appui sur des points de fixation particuliers, une structure caractérielle se forme peu à peu : fragile et lacunaire, elle doit constamment faire appel à des mécanismes de compensation (des "trucs") pour combler un vide originel » (Sami-Ali, 1974, p. 195) ou encore : « [...] le banal donne ici la mesure de ce que l'adaptation exige socialement de l'individu, à savoir qu'au prix d'une modification caractérielle durable, des "trucs" sont mis au point pour compenser des lacunes n'existant que relativement aux normes [...]. Le "truc" n'est cependant rien d'autre qu'une règle purement technique qui [...] rend possible un fonctionnement autrement impossible. Il est solidaire d'un ensemble de règles lesquelles, extérieures au sujet, ne s'appliquent pas moins au champ entier de l'adaptation » (Sami-Ali, 1980, p. 114). Le recours au truc est considéré comme « [...] une attitude pseudo obsessionnelle [qui impose] une limite à l'illimité » (Sami-Ali, 1998, p. 56). Sami-Ali traite également des trucs des gauchers contrariés en mettant en évidence que Freud a lui-même eu recours à cet aménagement de l'expérience en devant, par exemple, faire le geste d'écrire pour différencier la gauche de la droite.

Merleau-Ponty semble d'accord, puisqu'il écrit – bien avant, il est vrai, les trajets de Lori Schiller vers Manhattan : « La conscience est l'être-à-la-chose par l'intermédiaire du corps » (Merleau-Ponty, 1945, p. 173), insistant sur le caractère concret et matériel de l'expérience.

Le « Truc » face à une anomalie de l'expérience (Fabien)

Fabien présente un vécu schizophrénique marqué par le domaine 5 de EASE « Réorientation existentielle » à travers des expériences d'allure solipsiste, des phénomènes primaires de référence à soi et un sentiment de centralité. Il pense que l'on parle de lui à la télévision, peut avoir le sentiment d'être unique au monde, ou seul véritable terrien :

« Quand je délirais, je pensais que j'étais le seul à venir de la Terre. Tout le reste du monde venait d'une autre planète, la planète Krypton. J'étais le seul terrien et les autres étaient des genres d'Aliens ».

Face à ces vécus qui l'angoissent beaucoup, il a comme « truc » d'agripper un imposant porte-clés avec plusieurs clés qu'il a constamment dans sa poche et dont les clés semblent n'ouvrir aucune porte. Fabien explique se concentrer alors sur la « *géométrie des clés* » pour se rassurer et « *calmer l'angoisse* » (selon ses mots). Nous l'interrogeons alors en lui demandant s'il prend alors de la distance par rapport à ses croyances. Il répond :

« D'une certaine manière oui... ça reste des croyances, elles sont là, mais je prends de la distance, c'est tout à fait ça. *Je ne sais pas pourquoi je fais ça, mais je dois le faire* » (nous mettons en italique).

Le « Truc » face à une anomalie de l'expérience (Séraphine)

Séraphine nous confie :

« Pour moi, traverser la rue est bien plus difficile que pour tout le monde car, à chaque instant, je me pose toutes les questions qu'il est possible de se poser. Je m'interroge sans cesse, je passe ma vie à m'interroger » (on reconnaîtra notamment l'item de EASE Hyper-réflexivité, 2.6.).

Pour parvenir à traverser la rue (la porte d'entrée de sa maison donne directement sur la rue à deux mètres d'un passage pour piétons avec des feux de signalisation), Séraphine développe un

« truc » qui consiste à se focaliser sur les plaques d'immatriculation des voitures qui passent afin d'échapper à tous les autres stimuli auxquels, sinon, elle ne peut renoncer.

Ces différentes courtes séquences cliniques, relativement communes pour un clinicien confronté à la psychose, indiquent qu'au moyen d'expériences banales, étranges voire folkloriques, trouvées par hasard ou par erreur, les patients semblent récupérer un sentiment d'ipséité plus fort et retrouver l'accès à un sens de soi plus satisfaisant en mettant en place des *trucs* pour *faire avec* (les anomalies de) leur expérience quotidienne.

Pour une clinique du truc (pour combler l'intervalle)

Dans l'introduction à l'œuvre de Marcel Mauss qu'il signe pour le recueil du volume *Sociologie et anthropologie*, Lévi-Strauss fait une analyse du « Mana » (concept incontournable de l'œuvre de Mauss) qu'il définit comme le : « symbole à l'état pur, donc susceptible de se charger de n'importe quel contenu symbolique. [...] ce serait simplement une valeur symbolique zéro » (Lévi-Strauss, 1950, p. L). Lévi-Strauss en fait l'équivalent « du truc » ou « du machin » (p. XLIV). S'il nous permet d'ancrer la notion de « truc » dans une filiation anthropologique intéressante, Lévi-Strauss propose également, douze ans plus tard dans *La Pensée sauvage*, une réflexion sur ces modalités expérientielles pouvant de prime abord apparaître comme déconcertantes en réfléchissant à propos d'« [...] une science que nous préférons appeler "première" plutôt que primitive : c'est celle communément désignée par le terme de *bricolage* » (1962, p. 30, nous mettons en italique). Lévi-Strauss nous semble décrire une pratique expérientielle tout à fait similaire à celles que nous observons chez les patients avec schizophrénie (et dont nous formulons l'hypothèse qu'elles sont très fréquentes chez la plupart d'entre eux). Lévi-Strauss met de façon convaincante en lumière l'apport de ces conduites qui, sans rapport à un projet précis, permettent un ancrage contingent qui s'apparente sans doute à la capacité de combler l'intervalle entre désituation et situation que nous mettons en évidence avec Proust :

« [...] la règle [du] jeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord" [...] parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment, ni d'ailleurs avec aucun projet particulier, mais est le résultat contingent de toutes les occasions qui se sont présentées de renouveler ou d'enrichir le stock, ou de l'entretenir avec les résidus de constructions et de destructions antérieures » (1962, p. 31).

La lecture que nous faisons du sujet souffrant de schizophrénie est donc celle d'une personne faisant avec les « moyens du bord » et ayant recours aux notions, que l'on retrouve dans le monde cinématographique, de « trucage », marquant un procédé employé au cinéma pour produire une illusion (un effet spécial) et de « bruitage », reconstruisant artificiellement des sons non apparents qui devraient accompagner l'action pour la rendre plus vraisemblable¹⁵. Cette lecture de la schizophrénie est relativement inédite¹⁶ car elle suggère que ce n'est pas que le clinicien qui bricole (comme le suggère avec à propos la psychothérapie institutionnelle) mais que le patient aussi procède par différents « trucs » et est d'emblée acteur de son trouble. Nous sommes loin de l'hypothèse dégénérative de la démence précoce mais plutôt résolu à l'hypothèse d'un patient qui s'adapte à son expérience en tenant compte des conséquences sociales de celle-ci. Insistons également sur le fait qu'il s'agit plutôt, à nos yeux, d'une pratique du « truc » (en tant qu'expérience préreflexive et naïve) que d'une stratégie de coping (dimension cognitive, intentionnelle et causale) qui serait peut-être plus facilement appréhendable (et reproductible) mais qui s'écarterait de l'expérience véritable de la personne.

Le recours au « truc » est une piste thérapeutique (en quelque sorte toujours déjà présente) offrant des pistes pour combler l'intervalle. Restent entières les questions qui consistent à se demander s'il faut provoquer les « trucs », les rechercher, les questionner ? Ce champ d'investigation reste à explorer mais il est raisonnable de penser (et d'insister à ce propos) que bricoler avec trop de maîtrise et de façon trop protocolisée, ce n'est probablement plus bricoler...¹⁷.

Conclusion : EASE en tant qu'instrument

Nous souhaitons achever ce parcours dans EASE (échelle narrative vouée à interroger des phénomènes en partie indicibles) et ses paradoxes par une suggestion quant à la considération de cette échelle. Outre l'*outil* qu'elle représente (source de nombreux apports scientifiques

¹⁵ Toutefois, le terme de trucage implique l'idée d'une facticité. Nous préférons ainsi conserver le terme de « truc », décrivant mieux l'aspect pragmatique de ces « moyens du bord » et renvoyant moins à une artificialité qui serait trop réductrice du *faire avec* de l'expérience schizophrénique.

¹⁶ Il s'agit d'une conception de la psychose qui est défendue et argumentée dans le livre *Le roi sans royaume* (Englebert, *in press*).

¹⁷ Tout comme on pourrait suggérer que certains trucs peuvent probablement être source de nouvelles difficultés chez le patient. Citons, pour le clin d'œil, la remarque suivante de Minkowski à ce propos : « Je rappelle ici aussi un malade décrit par le docteur Robin, qui tirait des coups de revolver sur sa montre pour tuer, comme il disait, le temps » (Minkowski, 1929, p. 592).

essentiels à l'évolution des connaissances et à la valorisation de la perspective phénoménologique dans le champ de la psychopathologie), nous voudrions insister sur la nécessité de penser EASE également comme un *instrument*. Ce dernier présentant la particularité d'être un objet, filant la métaphore musicale, dont on *joue* ouvrant la voie à une pratique relationnelle du *truc* face aux nombreux aspects de la réalité.

Références :

- Cermolacce M, Giersch A, Martin B. Dialogue entre phénoménologie et neurosciences : quelques pistes issues de la recherche sur la schizophrénie. *Klesis* 2021 ; 51. <https://www.revue-klesis.org/pdf/klesis-51-psychiatrie-01-cermolacce-giersch-martin-dialogue-phenomenologie-neurosciences-schizophrenie.pdf>
- Cormann G, Englebert J. Une reprise de l'objet transitionnel. *Revue Philosophique de Louvain* 2021 ; 118(4) : 619-639.
- Englebert J. *Psychopathologie de l'homme en situation*. Paris : Hermann, 2013, 2017.
- Englebert J. *Psychopathologie de l'homme en désituation*. *Bulletin d'analyse phénoménologique* 2020 ; 16(2) : 194-209.
- Englebert J. Le « soi territorial » : propositions théoriques à partir d'une compréhension phénoménologique de la schizophrénie. *Évolution Psychiatrique* 2021 ; 86(4) : 693-702.
- Englebert J. *Le roi sans royaume : Folie, territoire et liberté*. Paris : Hermann, In press.
- Englebert J, Monville F, Valentiny C, Mossay F, Pienkos E, Sass L. Anomalous experience of self and world: Administration of EASE and EAW scales to four subjects with schizophrenia. *Psychopathology* 2019 ; 52(5) : 294-303.
- Englebert J, Valentiny C. *Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité*. Bruxelles : De Boeck, 2017.
- Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. *Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS; Bonn scale for the assessment of basic symptoms)*. Berlin : Springer, 1987.
- Handest P, Parnas J. Clinical characteristics of 50 first-admitted ICD-10 schizotypal patients. *Br J Psychiatry Suppl* 2005 ; 48 : 49-54.
- Henriksen M.G, Parnas J. Self-disorders and schizophrenia: a phenomenological reappraisal of poor insight and noncompliance. *Schizophrenia bulletin* 2014 ; 40(3) : 542-547.

- Henriksen MG, Raballo A, Nordgaard J. Self- disorders and psychopathology: a systematic review. *Lancet Psychiatry* 2021 ; 8(11) : 1001-12.
- Haug E, Lien L, Raballo A, Bratlien U, Øie M, Andreassen OA, et al. Selective Aggregation of Self-Disorders in First-Treatment DSM-IV Schizophrenia Spectrum Disorders. *J Nerv Ment Dis* 2012 ; 200(7) : 632-6.
- Haug E, Melle I, Andreassen OA, Raballo A, Bratlien U, Øie M, et al. The association between anomalous self- experience and suicidality in first-episode schizophrenia seems mediated by depression. *Compr Psychiatry* 2012 ; 53(5) : 456-60.
- Ingold T. *Making : Anthropology, Archaeology, Art and Architecture*. London : Routledge, 2013.
- Jack AI, Roepstorff A. Why thrust the subject? *Journal of Consciousness Studies* 2003 ; 10(9-10) : 5-10.
- Johns LC, Kompus K, Connell M et al. Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophr Bull* 2014 ; 40 (4) : S255-64.
- Lévi-Strauss C. Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss. In Mauss M., *Sociologie et Anthropologie*. Paris : PUF, 1950, 2010.
- Lévi-Strauss C. *La pensée sauvage*. Paris : Plon, 1962.
- Madeira L, Carmenates S, Costa C, Linhares L, Stanghellini G, Figueira ML, et Sass. Basic self-disturbances beyond schizophrenia: discrepancies and affinities in panic disorder - an empirical clinical study. *Psychopathology* 2017 ;5 0 : 157-168.
- Madeira L, Carmenates S, Costa C, Linhares L, Stanghellini G, Figueira ML, Sass L. Rejoinder to commentary: “Panic, self-disorder, and EASE research: methodological considerations”. *Psychopathology* 2017 ; 50(3) : 228-230.
- Maggini C, Raballo A. Subjective experience of schizotropic vulnerability in siblings of schizophrenics. *Psychopathology* 2004 ; 37(1) : 23-8.
- Matthysse S, Holzman PS, Gusella JF, Levy DL, Harte CB, Jørgensen Å, Møller L, Parnas J: Linkage of eye movement dysfunction to chromosome 6p in schizophrenia: additional evidence. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2004 ;128 : 30-36.
- Mauss M. *Les techniques du corps*, in *Sociologie et Anthropologie*. Paris : PUF, 1936, 2010.
- Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard, 1945.
- Møller P, Haug E, Raballo A, Parnas J, Melle I. Examination of anomalous self-experience in first-episode psychosis: interrater reliability. *Psychopathology* 2011 ; 44(6) : 386-90.
- Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: Searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull* 2000 ; 26 : 217-32.

- Mishara A. Is minimal self preserved in schizophrenia? A subcomponents view. *Consciousness and Cognition* 2007 ; 16(3) : 715-21.
- Nordgaard J, Handest P, Vollmer-Larsen A, Sæbye D, Pedersen JT, Parnas J. Temporal persistence of anomalous self-experience: A 5years follow-up. *Schizophr Res* 2017 ; 179 : 36-40.
- Nordgaard J, Nilsson LS, Sæbye D, Parnas J. Self- disorders in schizophrenia-spectrum disorders: a 5-year follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2018 ; 268(7) : 713-8.
- Nordgaard J, Parnas J. Self-disorders and the Schizophrenia Spectrum: A Study of 100 First Hospital Admissions. *Schizophr Bull* 2014 ; 40(6) : 1300-7.
- Nelson B, Thompson A, Chanen AM, Amminger GP, Yung AR. Is basic self-disturbance in ultra-high risk for psychosis ('prodromal') patients associated with borderline personality pathology? *Early Interv Psychiatry* 2013 ; 7(3) : 306-10.
- Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra-high risk for psychosis "prodromal" population. *Schizophr Bull* 2012 ; 38(6) : 1277-87.
- 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.
- Parnas J, Carter J, Nordgaard J. Premorbid self- disorders and lifetime diagnosis in the schizophrenia spectrum: a prospective high-risk study. *Early Interv Psychiatry* 2016 ; 10(1) : 45-53.
- Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2003 ; 44 : 121-34.
- Parnas J, Henriksen M.G. Mysticism and schizophrenia: A phenomenological exploration of the structure of consciousness in the schizophrenia spectrum disorders. *Consciousness and Cognition* 2016 ; 43 : 75-88.
- Parnas J, Henriksen MG. Selfhood and Its Disorders. In: Stanghellini G, Broome M, Raballo A, Fernandez AV, Fusar-Poli P, Rosfort R, éditeurs. *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford : Oxford University Press, 2019 : 464-474.
- 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.
- Parnas J, Møller P, Kircher, T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, Zahavi, D. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 2005 ; 38(5) : 236-258.

- Parnas J, Møller P, Kircher, T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P Zahavi, D. EASE : Évaluation des Anomalies de l'Expérience de soi (traduit par M. Cermolacce et P. Bovet). *L'Encéphale* 2012 ; 38 : 121-145.
- Parnas J, Nordgaard J, Henriksen MG: Panic, self-disorder, and ease research: methodological considerations. *Psychopathology* 2017 ; 50 : 169-170.
- Parnas J, Urfer-Parnas A, Stephensen H. Double bookkeeping and schizophrenia spectrum: divided unified phenomenal consciousness, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2021 ; 271 : 1513-1523.
- Pienkos E. *The unmooring of the world: A qualitative investigation of anomalous world experiences in schizophrenia*. Rutgers The State University of New Jersey, Graduate School of Applied and Professional Psychology, 2014.
- Pienkos E, Englebert J, Feyaerts J, Ritunnano R, Sass L. Situating Phenomenological Psychopathology. *Frontiers in Psychology* 2023 ; 14 : 1204174.
- Proust M. *Le Côté de Guermantes I, in À la recherche du temps perdu*. Paris : Gallimard, 1944.
- Raballo A, Pappagallo E, Dell'Erba A, Lo Cascio N, Patane M, Gebhardt E, et al. Self-Disorders and Clinical High Risk for Psychosis: An Empirical Study in Help-Seeking Youth Attending Community Mental Health Facilities. *Schizophr Bull* 2016 ; 42(4) : 926-32.
- Raballo A, Parnas J. Examination of anomalous self-experience: initial study of the structure of self-disorders in schizophrenia spectrum. *J Nerv Ment Dis* 2012 ; 200(7) : 577-83.
- Raballo A, Preti A. The Self in the Spectrum: A Closer Look at the Temporal Stability of Self-Disorders in Schizophrenia. *Psychopathology*. 2018 ; 51(4) : 285-9.
- Raballo A, Sæbye D, Parnas J. Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: an empirical study. *Schizophr Bull* 2011 ; 37(2) : 344-51.
- Rasmussen A.R, Stephensen H, Parnas J. EAFI: examination of anomalous fantasy and imagination. *Psychopathology* 2018 ; 51(3) : 216-226.
- Sami-Ali. *L'espace imaginaire*. Paris : Gallimard, 1974.
- Sami-Ali. *Le banal*. Paris : Gallimard, 1980.
- Sami-Ali. *Corps réel, Corps imaginaire*. Paris : Dunod, 1998.
- Sartre J.-P. *L'Idiot de la famille, Tome III*. Paris : Gallimard, 1971.
- Sass L. Delusions and double bookkeeping. In Stanghellini G, Fuchs T (eds.), *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford, UK : Oxford University Press, 2014 : 125-147.
- Sass L, Pienkos E, Skodlar B, Stanghellini G, Fuchs T, Parnas J, Jones N. EAWE: examination of anomalous world experience. *Psychopathology* 2017 ; 50(1) : 10-54.

- Schiller L, Bennett A. *The quiet room : a journey out of the torment of madness*. New York : Grand Central Publishing, 1994, 2011.
- Schneider K. *Klinische Psychopathologie*, Stuttgart : Thieme Verlag, 1950.
- Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept. *Schizophr Bull* 2009 ; 35(1) : 5-8.
- Sigaut F. Les outils et le corps. *Communications* 2007 ; 81 : 9-30.
- Sigaut F. Techniques, technologies, apprentissage et plaisir au travail. *Techniques & Culture* 2009 ; 52-53 : 40-49.
- Skodlar B, Parnas J. Self-disorder and subjective dimensions of suicidality in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2010 ; 51(4) : 363-6.
- Stephensen H, Parnas J. What can self-disorders in schizophrenia tell us about the nature of subjectivity? A psychopathological investigation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 2018 ; 17 : 629-642.
- Stephensen H, Urfer-Parnas A, Parnas J. Double bookkeeping in schizophrenia spectrum disorder: an empirical-phenomenological study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2023 : 1-11.
- Tatossian A. *Phénoménologie des Psychoses*. Paris : Le Cercle Herméneutique, 1979, 2002.
- Vaever MS, Licht DM, Møller L, Perl D, Jørgensen A, Handest P, Parnas J. Thinking within the spectrum: schizophrenic thought disorder in six Danish pedigrees. *Schizophr Res* 2005 ; 72 (2-3) : 137-49.
- Vollmer-Larsen A, Handest P, Parnas J. Reliability of measuring anomalous experience: the Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms. *Psychopathology* 2007 ; 40(5) : 345-8.