



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de la littérature

Une approche phénoménologique de la psychopathologie de l'imagination – EAFI : Évaluation des Anomalies de l'Expérience de l'Imagination[☆]



A phenomenological approach to psychopathology of imagination: Development of a descriptive instrument – Examination of Anomalous Fantasy and Imagination

Andreas Rosén Rasmussen^{a,b}, Helene Stephensen^c, Julie Nordgaard^{b,d}, Josef Parnas^{b,c}, Jérôme Englebert^{e,f}, Florestan Delcourt^{g,*}

^a Mental Health Center Amager, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark

^b Department of Clinical Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, Copenhagen University Hospital, Roskilde, Denmark

^c Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

^d University Hospital Psychiatry East, Psychiatry Region Zealand, Roskilde, Denmark

^e Université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

^f Université catholique de Louvain, Louvain, Belgique

^g École doctorale 450, centre de recherches psychanalyse, médecine et société, université Paris-Cité, Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 4 juillet 2024

Accepté le 16 octobre 2024

Disponible sur Internet le 8 avril 2025

Mots clés :

Phénoménologie

Schizophrénie

Trouble schizotypique

Anomalies de l'imagination

Troubles du soi

Fiabilité

RÉSUMÉ

Cet article est une traduction française de l'Évaluation des Anomalies de l'Expérience de l'Imagination (EAFI), un outil destiné à l'exploration phénoménologique et semi-structurée de la psychopathologie de l'imagination, et ce, particulièrement à l'aune du spectre de la schizophrénie. Dans cet article, nous fournissons une traduction française d'EAFI mêlée à une introduction, laquelle introduit la phénoménologie de l'imagination et ses altérations expérientielles. De plus, cet article contient une étude de fiabilité inter-juges d'EAFI, basée sur un échantillon de 20 patients hospitalisés présentant une hétérogénéité diagnostique. La fidélité inter-juges variait de 0,6 à 1,0, avec un κ moyen de 0,84. La cohérence interne d'EAFI mesurée par le coefficient α de Cronbach était supérieure à 0,88. Nous suggérons que les anomalies de l'imagination explorées par EAFI reflètent une altération de la structure de la conscience et appartiennent à un niveau fondamental et générateur de la psychopathologie. Ces troubles peuvent être pertinents à des fins de diagnostics différentiels, en particulier auprès des jeunes patients confrontés pour la première fois au monde de la psychiatrie.

© 2025 L'Encéphale, Paris.

ABSTRACT

This paper is a French translation of the Examination of Anomalous Fantasy and Imagination (EAFI), an instrument for a semi-structured, phenomenological exploration of psychopathology of imagination, particularly within the schizophrenia-spectrum. In this paper, we provide a French translation of the EAFI together with an introduction about the phenomenology of imagination and its experiential alterations. Furthermore, the paper includes a study of the interrater reliability of the EAFI, which was examined in a diagnostically heterogeneous sample of 20 inpatients. The interrater agreement ranged from 0.6 to 1.0, with an average κ of 0.84. The internal consistency of the EAFI as measured by Cronbach's α was above 0.88. We suggest that the anomalies of imagination explored by the EAFI reflect an alteration of the structure of consciousness and belong to a fundamental, generative layer of psychopathology. These disorders may have relevance for differential diagnostic purposes, especially in first-contact patients.

© 2025 L'Encéphale, Paris.

Keywords:

Phenomenology

Schizophrenia

Schizotypal disorder

Anomalies of imagination

Self-disorders

Reliability

[☆] Cet article est la traduction de deux articles parus en anglais dans *Psychopathology* au mois de mai 2018, sous la référence originale *Psychopathology* 2018;51(3):210–215 ; <https://doi.org/10.1159/000488463> et *Psychopathology* 2018;51(3):216–22 ; <https://doi.org/10.1159/000488464>, avec l'autorisation de l'éditeur (Karger), et destinée au lectorat francophone. ©2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. Avec l'autorisation de l'Éditeur.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : florestan.delcourt@etu.u-paris.fr (F. Delcourt).

1. Introduction

L'imagination, comprise comme la formation d'images ou d'idées de quelque chose de connu qui n'est pas présent aux sens, s'approche de la notion de « vie intérieure ». Les patients rapportent une variété d'expériences appartenant à ce domaine en utilisant des termes comme « images vives », « films intérieurs », « rêves », « obsessions », etc. De telles plaintes sont rapportées dans de nombreux troubles, comme les troubles anxieux, dépressifs, obsessionnels-compulsifs, traumatiques, et les troubles du spectre de la schizophrénie. Ces expériences peuvent avoir une variété de manifestations et de contenus et sont souvent associées à une souffrance subjective et/ou à un fonctionnement altéré. Cependant, le clinicien et le chercheur n'ont aucun cadre conceptuel ou descriptif à leur disposition pour aborder de telles plaintes, autre que leur propre compréhension de ces termes mentaux basée sur le sens commun. Quelques notions psychopathologiques comme la « rumination » et l'« obsession » sont pertinentes dans ce domaine, mais elles sont vaguement définies et ne saisissent que quelques aspects de ces expériences.

Les autres notions d'intérêt comprennent la « pseudo-hallucination » et la « pseudo-obsession ». La pseudo-hallucination a été décrite par Jaspers [1] comme une expérience caractérisée comme une sorte de transition « vive » entre l'imagination et la perception. La notion de pseudo-hallucination a une histoire tortueuse avec une variété de définitions conflictuelles et elle est actuellement hors d'usage [2]. Le concept de pseudo-obsession, listé dans la CIM-10 comme un critère du trouble schizotypique, est une notion d'une pertinence toute particulière pour les troubles du spectre de la schizophrénie. Cette notion a été principalement étudiée et décrite dans les états schizotypiques et dans le contexte des catégories diagnostiques pré-DSM de « schizophrénie pseudo-névrotique » ou de « schizophrénie borderline » [3,4]. La pseudo-obsession est définie comme des ruminations sans résistance interne, souvent avec un contenu sexuel ou agressif, et pouvant être associées à des affects et à de l'anxiété intenses. Ces contenus agressifs ou sexuels peuvent être expérimentés comme de l'imagerie mentale¹.

Selon nous, la clarification et l'articulation phénoménologiques de la psychopathologie de l'imagination sont nécessaires pour plusieurs raisons :

- les notions existantes sont vagues et échouent à fournir un cadre conceptuel et descriptif utile pour explorer et examiner de telles expériences ;
- par conséquent, la signification de tels phénomènes dans l'articulation de la validité d'un état psychiatrique donné n'est pas abordée ;
- les troubles de l'imagination sont voisins des hallucinations et des délires, lesquels sont centraux dans les concepts de psychose et de schizophrénie ;
- des plaintes apparemment chevauchantes à propos d'« images vives », de « ruminations » et d'« obsessions » intrusives et récurrentes peuvent survenir dans de nombreux troubles.

Par conséquent, le domaine de l'imagination est très important pour le diagnostic (primaire et différentiel), et nous le proposons particulièrement auprès des jeunes patients présentant un premier épisode psychotique ou à risque de troubles du spectre de la schizophrénie.

¹ Les auteurs et les traducteurs se sont accordés sur cette traduction du terme *Imagery* dans un souci de clarté clinique et scientifique, et dans le respect de la filiation sartrienne de cet outil [n.d.t.].

Dans cet article, nous présentons les éléments essentiels de l'Évaluation des Anomalies de l'Expérience de l'Imagination (EAFI)² en proposant un récapitulatif de la phénoménologie de l'imagination et des troubles de l'imagination, lesquels sont abordés dans EAFI. En outre, nous fournissons les données de la fiabilité inter-juges et de la cohérence interne. Finalement, cet article inclut la traduction française de l'outil en lui-même. En ce qui concerne les études empiriques impliquant EAFI et les récentes contributions conceptuelles, voir les références [7–9].

2. La phénoménologie de l'imagination

L'« imagination » est un terme avec une longue histoire et une variété de sens. Le récapitulatif de l'expérience imaginaire normale trouvé dans la phénoménologie philosophique [10–12] a ici une importance particulière en tant que cadre destiné à aborder les expériences anormales. La phénoménologie décrit et fournit un récapitulatif de la subjectivité et de la conscience moins focalisé sur le contenu des expériences particulières (le *quoi* de l'expérience) que sur les structures ou les formes de l'expérience (le *comment* de l'expérience) comme la temporalité, l'incarnation, le domaine du soi, et l'intersubjectivité [13]. L'intentionnalité, à savoir le fait que l'expérience d'un sujet est dirigée vers un objet (un contenu), est une structure centrale de la plupart des expériences, incluant l'imagination. La conscience est une expérience de quelque chose. Le même objet peut être intentionnalisés dans différentes modalités d'intentionnalité, par exemple, comme étant perçu, mémorisé, ou imaginé, et chacune de ces modalités a une structure expérientielle spécifique et caractéristique.

À l'instar de la perception et de la mémoire, l'imagination a un contenu d'allure sensorielle [10]. Par conséquent, l'imagination est différente des modalités intentionnelles comme la pensée ou le jugement, où l'objet est expérimenté comme un concept ou un « état de fait » dénué de sensorialité et abstrait. Par exemple, un de mes amis pourrait être l'objet intentionnel de mon imagination. J'entretiens des images de mon ami tel que je l'ai vu récemment, ou tel qu'il pourrait apparaître dans son nouvel appartement que je n'ai pas encore vu. Ces images, où mon ami est imaginé selon différents profils et dans différents environnements, sont vécues de manière vague, avec des qualités sensorielles dissipées, pourtant elles sont vécues comme une expérience unifiée. L'objet imaginé est intrinsèquement expérimenté comme irréel — un terme utilisé par Sartre [11] qui implique qu'on est automatiquement et tacitement conscient que l'imagination a un autre « statut de réalité » qu'un objet perceptuel.

Ainsi, l'imagination a une structure expérientielle radicalement différente de la perception. Un objet perceptuel est toujours immédiatement perçu comme étant localisé dans l'espace extérieur et intersubjectif, comme étant « corporellement » présent avec un caractère stable, spatio-temporel (en perspective) [10]. Quand, par exemple, je perçois une personne dans un couloir sombre, cette personne, qui est l'objet intentionnel de ma conscience, n'est pas expérimentée dans sa totalité mais toujours depuis un certain angle

² À l'origine, cette échelle était intitulée Examination of Anomalous Fantasy and Imagination, mais nous l'avons traduit de la sorte pour trois raisons. D'abord, les auteurs de l'échelle ont statué, dans le contexte particulier de ce travail, sur une univocité des termes *Fantasy* et *Imagination*. Puis, le terme *Fantasy* a été retiré du texte et des mots-clés étant donné le risque polysémique de sa traduction française (par exemple fantaisie, fantôme, phantasia, rêverie). Par conséquent, les auteurs et les traducteurs se sont accordés sur l'utilisation exclusive du terme *Imagination*. Enfin, le reste de la traduction du titre renvoie à la traduction française de l'échelle EASE, car l'échelle EAFI s'inscrit dans la méthodologie et l'épistémologie de EASE. De plus, cette traduction française contient de nouveaux exemples et/ou questions suggérés aux items 7, 8 et 12. Enfin, cet article provient de la traduction et de la synthèse de deux articles originaux [5,6] [n.d.t.].

de vue et une certaine distance, avec une possibilité de l'explorer de plus près (peut-être avec l'attente que la personne inconnue soit un visiteur attendu). L'objet a une stabilité, il persiste temporellement avec une myriade de relations possibles à l'arrière-fond perceptuel, et exerce une certaine demande à ma conduite, par exemple, que je m'arrête pour ne pas entrer en collision avec lui. Une perception est un évènement qui m'affecte indépendamment de ma propre volonté et de mon propre désir : l'accident de la route en face de moi ne va pas s'en aller même si je ferme les yeux. Cependant, un objet imaginé irréel est expérimenté comme absent [10], qu'il existe quelque part ailleurs ou non (je peux autant imaginer une licorne que mon ami). Bien évidemment, le contenu de certaines imaginations est lié au monde social (mon ami a-t-il changé depuis la dernière fois que je l'ai croisé ?) mais l'expérience elle-même ne dit rien à propos de la réalité au niveau intersubjectif et social.

Les notions comme l'irréalité et la présence se réfèrent à une expérience préréflexive, à savoir les aspects tacites et intrinsèques de l'imagination et de la perception qui sont normalement à l'extérieur de la conscience thématique ou explicite. Il est important de dire que tous les actes d'intentionnalité sont caractérisés par la conscience de soi préréflexive (affectivité de soi) de l'acte intentionnel [14] : quand j'imagine ou quand je perçois, j'ai immédiatement conscience de la modalité, à savoir que je suis en train d'imaginer ou de percevoir, sans avoir besoin de produire un acte introspectif.

L'irréalité de l'objet imaginé est associée à une « pauvreté essentielle » [11] de l'image. L'imagerie mentale est expérimentée comme instable et vague avec peu de détails et de relations, et comme manquant d'une structure spatiale stable et propre à elle-même. L'image est toujours prise dans ce processus de dissipation, d'imprécision et d'instabilité, et le maintien de sa persistance nécessite un effort. Cette pauvreté essentielle rend impossible le comptage des colonnes quand j'imagine le Panthéon à Paris. Les images sont souvent impliquées dans la mémoire qui a, cependant, sa propre structure intentionnelle spécifique. Le contenu remémoré est expérimenté comme étant passé, à savoir comme quelque chose de précédemment perçu et par conséquent lié à d'innombrables autres expériences passées et d'engagements pratiques avec le monde social partagé (comme lorsqu'on se rappelle la maison de son enfance) [15]. Le fait que nous soyons capables de nous rappeler des endroits ou d'autres contenus spatiaux n'indique pas que de telles images aient généralement un caractère pictural.

Dans la compréhension populaire et parfois aussi dans les sciences cognitives, l'imagerie mentale est comprise comme un objet d'une « perception interne » ou d'une attention comme si une photographie mentale était inspectée avec « l'œil de l'esprit ». Un tel résumé représentationnaliste a été sévèrement critiqué par la phénoménologie et la philosophie contemporaine de l'esprit comme étant une « illusion d'immanence » [11,16,17]. Cette mécompréhension présuppose une compréhension des expériences « internes », telles que l'imagerie mentale ou les pensées, comme étant des entités délimitées dont la personne devient consciente dans une conscience qui préexiste à l'objet imaginé, comme une sorte de conteneur ou de théâtre. Cependant, dans une perspective phénoménologique, nous ne faisons pas l'expérience d'une image mentale comme une image dans le sens d'un objet spatialement étendu. Il n'y a pas de distance dans la conscience entre mon sentiment de soi et mon expérience imaginative, laquelle permettrait à l'imagination d'être observée comme une image sur un mur [13,17–19]. L'objet imaginé n'est pas expérimenté en perspective comme une image perçue. Quand, par exemple, j'imagine un ami, je n'explore jamais mon imagerie mentale dissipée, imprécise et instable pour en saisir le contenu, c'est-à-dire, l'objet imaginé, ni pour savoir ce que je suis en train d'imaginer ou pour en apprendre davantage à son propos. Au contraire, je sais toujours immédiatement que j'imagine mon ami, peu importe à quel point mon imagerie mentale est vague et

instable. La raison pour laquelle je « sais » est que je suis celui qui crée activement l'objet imaginé, ce qui est un aspect nommé « spontanéité » de l'imagination par Sartre [11]. Ainsi, une imagination, même si elle surgit comme quelque chose de non-explicitement intentionnalisé, est imprégnée d'un sentiment d'agentivité et de contrôle. Je peux désirer imaginer quelque chose d'autre ou plutôt commencer à lire un livre.

En résumé, l'imagerie mentale a une structure expérientielle radicalement différente de la structure expérientielle de la perception en perspective et ne devrait pas, au sens phénoménologique, être considérée comme un objet en lui-même. Au contraire, l'imagerie mentale devrait être comprise comme un médium ou une structure immédiate (habitée), non spatiale, et transparente (comme une pensée). Dans l'exemple précédent, mon imagerie mentale est simplement ma conscience quand je fais l'expérience de mon ami comme un objet d'imagination absent [11].

3. Les anomalies de l'imagination et de la vie imaginaire

L'étude de l'imagination anormale fut originellement inspirée par les témoignages des patients participant à une recherche sur les troubles du soi menée par notre groupe de recherche, et s'étendant sur les deux dernières décennies [20]. Certaines de ces expériences sont brièvement mentionnées dans la EASE [21,22], mais le domaine de l'imagination n'est pas spécifiquement abordé par cet outil, ou par les autres outils abordant l'expérience subjective anormale, tels que la Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) [23] ou la EAWE [24]. Il est devenu manifeste qu'une exploration appropriée nécessite une clarification conceptuelle et phénoménologique approfondie de ces perturbations. Récemment, nous avons procédé à la délimitation des traits saillants destinés à être explorés dans une évaluation de l'imagination anormale [2,25]. En nous appuyant sur la phénoménologie, la philosophie de l'esprit [10–12,16,17] et la littérature psychopathologique classique [1,2,4,26,27], nous avons mené 25 entretiens exploratoires en profondeur, lesquels, avec les données issues de la recherche sur les troubles du soi, forment l'arrière-plan empirique du développement d'EAFI. Les items d'EAFI ont été élaborés sur la base de ces études conceptuelles et phénoménologiques sur les troubles de l'imagination [2,25]. Les items 3.1, 8, 10, 11, 12, et 15.1 chevauchent partiellement les items d'EASE [21,22]. La délimitation finale des items fut réalisée après une discussion mutuelle entre les auteurs suivant la cotation exploratoire des entretiens enregistrés.

Il est important que les patients décrivent une « vivacité » de l'imagerie mentale qui dévie spécifiquement de la phénoménologie normale de l'imagination. Nous avons précédemment désigné ceci comme une perceptualisation de l'imagerie mentale [2,25] étant donné que les patients décrivent des images et des imaginations ayant acquis des aspects expérientiels caractérisant normalement l'expérience perceptuelle. Cependant, les patients expérimentent ces « imaginations vives » comme leur propre esprit, non comme appartenant d'une quelconque manière à leur environnement perceptif actuel, et ils les identifient comme étant des imaginations. Ils décrivent le fait que certaines « images vives », certains « films intérieurs », « scénarios dans la tête », etc. ont une constance spatio-temporelle. Ils décrivent la structure de l'imagerie mentale comme étant durable et fixe, avec des relations stables entre les entités imaginées ou la sensation de profondeur, comme étant fréquemment riche en détails, et évoquant souvent des expressions telles que « c'est comme voir des choses dans le monde réel. C'est juste à l'intérieur de ma tête ». Il peut y avoir une exploration active de l'image en se focalisant sur un détail, puis sur la scène entière, et puis sur un autre détail, tandis que l'image reste stable comme un

tout. La plupart du temps, cette stabilité est entremêlée avec une sensation de développement ou de flux autonome de l'imagerie mentale (« le film défile par lui-même »), comme si elle était indépendante des intentions du patient, peut-être comme se répétant elle-même de manière stéréotypée. Ce phénomène peut être accompagné d'une distance expérientielle : « j'observe mon imagination se développer comme si c'était de loin », « je regarde mes images intérieures afin de savoir ce que je pense ». Dans une expérience normale, lorsque je m'imagine dans une situation, il y a une sensation d'unité, de totalité subjective en dépit du décalage manifeste de soi. L'image peut également être spatialement localisée dans une partie spécifique de la tête. Fréquemment, de telles images sont imprégnées d'affects intenses, ressemblant à la réponse affective que l'on a face à un objet perceptuel. En résumé, l'imagination perceptualisée a acquis le caractère d'une exploration en perspective d'un objet spatio-temporel. Par conséquent, cette structure expérientielle pourrait également être décrite comme une spatialisation de l'imagination. La conscience devient un objet à soi-même, avec des images stables et picturales se développant indépendamment des intentions de la personne et étant plus inspectées que vécues.

Cette perceptualisation ou spatialisation de l'imagerie mentale a une similarité phénoménologique avec le phénomène d'« écho de la pensée » (*Gedankenlautwerden*). Ici, le patient suit ou écoute ses propres pensées afin de saisir ce qu'il pense. Ce phénomène implique un écart entre la personne et sa pensée, laquelle donne la sensation d'être un signe linguistique d'allure objectale.

La perceptualisation de l'imagerie mentale semble s'articuler avec une perturbation de la structure de la conscience — les images, qui sont normalement tacitement habitées comme une part de soi-même, comme la subjectivité, deviennent expérimentées avec des propriétés s'apparentant à des choses dans une conscience spatialisée, avec une qualité s'apparentant à celle d'un conteneur, ou d'un théâtre [25]. Ce changement structurel de la conscience est entremêlé avec d'autres perturbations de l'articulation normalement cohérente du cours de la conscience, à l'instar d'un champ unifié. Les patients décrivent l'apparition d'images qui semblent déconnectées de la ligne principale de la pensée, peut-être manquant de « mienneté » ou avec une sensation d'être « étrangères » ou « d'ailleurs », ou les imaginations apparaissent dans des séquences rapides dénuées de thème unifiant. Par conséquent, une certaine anonymisation du champ expérientiel semble prendre place et impliquer l'apparence d'une distance expérientielle.

Les patients peuvent décrire une variété de perturbations de la discrimination préréflexive de l'imagination du monde social partagé (irréalité). Par exemple, ils confondent les imaginations avec les souvenirs ou ils expriment qu'il faut un bref effort réflexif pour être conscient de ce qu'une expérience est « juste une imagination ». D'autres patients rapportent être occupés à corriger ou à arranger les éléments de l'imagerie mentale (« l'imagination doit être correcte »), à avoir des inquiétudes à propos de l'imagerie mentale qui sont normalement pertinentes face aux objets perçus et socialement partagés. Quelques imaginations peuvent brièvement acquérir une intensité micropsychotique durant l'expérience, où la personne est inconsciente du fait que le contenu n'est pas la réalité.

Plusieurs de ces perturbations de l'imagination semblent être des aspects de diverses perturbations d'une même relation soi-monde préréflexive, plus profonde et sous-jacente, comprenant la structure de fond du soi dans sa syntonie incarnée et préréflexive au monde [28,29]. Par exemple, un patient est obligé d'imaginer à répétition les événements de la journée « pour savoir qui je suis », ou certains contenus obsessionnels ou imaginaires ne sont plus immédiatement identifiés par les patients comme absurdes ou dénués de pertinence. Pareillement, quelques imaginations

avec un contenu existentiel-ontologique paraissent engendrer une transformation fondamentale des hiérarchies métaphysiques et de « l'être-au-monde » tacite du soi. Par exemple, des imaginations prolongées à propos de la condition de l'âme après la mort, à propos d'avoir une centralité dans le destin du monde, ou à propos du fait d'être en contact avec une réalité plus profonde via la vie imaginaire. Au final, la vie imaginaire peut, pour quelques patients, devenir une préoccupation chronophage qui, jusqu'à un certain point, remplace l'engagement interpersonnel.

4. L'ordre de la liste des items

EAFI est constituée de 16 items, dont certains sont divisés en sous-types, et chacun d'eux contient une définition du phénomène évalué en tenant compte de la délimitation de l'item par rapport aux plaintes et aux exemples prototypiques issus de la description que les patients font d'eux-mêmes. Les items identifient certains aspects anormaux de la structure expérientielle que les patients peuvent verbaliser avec un vocabulaire différent. Des questions sont suggérées pour chaque item, mais si un enquêteur décide d'utiliser certaines de ces questions, elles doivent être modifiées en fonction du contenu, du contexte et du déroulement de l'entretien. Nous soulignons ce point car cet entretien permet de cibler des expériences qu'il est impossible d'explorer dans le cadre d'un entretien structuré, comme cela a pu être détaillé ailleurs [30,31]. Par conséquent, une exploration valide présuppose que l'enquêteur se soit familiarisé avec la définition des items et l'utilisation de cet outil. Nous avons inclus une vue d'ensemble des items et des sous-types dans le [Tableau 1](#), lequel peut servir de support lors de l'entretien.

Il est extrêmement important que ces éléments ne soient pas des symptômes mutuellement indépendants. Ce sont des aspects interdépendants et entrecroisés d'une perturbation sous-jacente de la structure de l'expérience imaginative, doués de caractéristiques d'allure gestaltiste, concentrique et identifiable selon une certaine forme. Par conséquent, une description plus longue d'une expérience particulière correspondra souvent à la définition de plusieurs items, lesquels devront alors tous être cotés. Ce principe est illustré par les exemples figurant dans EAFI.

Dans notre propre recherche, les 16 éléments principaux ont été cotés sur la base de la vie entière. La notation des sous-types gonflera inévitablement le score. Ainsi, il est toujours nécessaire d'indiquer si seuls les items principaux ou les sous-types ont été inclus dans le score total. Certains items d'EAFI chevauchent partiellement certains items de la EASE [21,22], de la BSABS [23], ou de la EAWE [24]. Nous avons résumé ces chevauchements dans le [Tableau 2](#).

5. Recommandations pour l'entretien

L'évaluation des phénomènes listés dans EAFI est similaire aux recommandations pour les entretiens semi-directifs d'orientation phénoménologique portant sur les troubles du soi [21,22] ou sur la psychopathologie en général [32]. Nous recommandons de commencer l'entretien en abordant l'histoire sociale et liée à la pathologie des patients, car cela fournit fréquemment une entrée naturelle vers certains items d'EAFI. EAFI peut être intégrée à d'autres outils d'entretien visant des domaines généraux ou plus spécifiques de la psychopathologie.

La qualité préréflexive des expériences abordées dans cet entretien est une préoccupation fondamentale. Ces expériences ne sont généralement pas au centre de l'attention thématique. Dès

Tableau 1

Liste des items de l'Évaluation des Anomalies de l'Expérience de l'Imagination (EAFI).

1	Constance spatio-temporelle	8.4	Sous-type 4: pseudo-obsessions
1.1	Sous-type 1 : stabilité spatio-temporelle	8.5	Sous-type 5 : ruminations/obsessions avec rituels/compulsions
1.2	Sous-type 2 : explorabilité de l'imagerie mentale	9	Perturbation du contrôle
2	Autonomie	9.1	Sous-type 1 : manque de contrôle – persistance involontaire de l'expérience
3	Localisation et sensation de distance expérientielle	9.2	Sous-type 2 : manque d'activité de la volonté
3.1	Sous-type 1 : localisation de l'imagerie mentale	10	Perte de l'ipséité
3.2	Sous-type 2 : sensation de distance expérientielle entre l'imagerie mentale et le soi	11	Interférence de l'image
4	Affects intenses	12	Pression de l'image
5	Perceptualisation multimodale de l'imagination	13	Réorientation existentielle dans l'imagination
6	Expérience imaginaire vive et anormale, non spécifiée	14	Préoccupation pour la vie imaginaire
6.1	Sous-type 1 : imagerie mentale brève et intense	15	Perturbations de l'irréalité
6.2	Sous-type 2 : expérience imaginative anormale, autre type	15.1	Sous-type 1 : érosion de l'irréalité
7	Contenu violent, macabre, ou bizarre	15.2	Sous-type 2 : relation à l'imagerie mentale comme à un objet perceptuel (corriger, être surpris)
7.1	Sous-type 1 : expérimenté comme intrusif, désagréable, et non désiré	15.3	Sous-type 3 : épisode micropsychotique
7.2	Sous-type 2 : volontairement provoqué ou entretenu	15.4	Sous-type 4 : imagination influençant les choix ou le comportement
8	Ruminations – obsessions	16	Manque d'insight
8.1	Sous-type 1 : ruminations primaires	16.1	Sous-type 1 : manque d'insight durant l'expérience
8.2	Sous-type 2 : ruminations secondaires	16.2	Sous-type 2 : manque durable d'insight réflexif
8.3	Sous-type 3 : vraies obsessions		

Tableau 2

L'Évaluation des Anomalies de l'Expérience de l'Imagination (EAFI) comparée à l'Évaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi (EASE), la Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) et la Examination of Anomalous World Experience (EAWEx).

EAFI		EASE	BSABS	EAWEx
3.1	Localisation de l'imagerie mentale	1.8		
8	Ruminations- Obsessions	1.6	C.1.2 (en partie) B.3.2. (en partie)	
10	Perte de l'ipséité	1.2 2.2.1		
11	Interférence de l'image	1.1	C.1.1	
12	Pression de l'image	1.3	C.1.3	
15.1	Érosion de l'irréalité	1.10 (en partie)	C.1.15 A.6.2 (en partie)	5.7.1 (en partie)

En règle générale, EAFI vise un sous-groupe d'expériences qui est inclus dans des items plus larges issus des autres outils. Cependant, les définitions peuvent ne pas être exactement identiques.

lors, l'évaluateur doit encourager le patient à acquérir une attitude introspective et maintenir la qualité conversationnelle de l'entretien, permettant ainsi au patient de réfléchir aux perturbations des aspects tacites et intrinsèques de la conscience. Les symptômes mentaux ne sont pas des notions prédéfinies et clairement délimitées, d'ores et déjà définies dans la conscience du patient et prêtes à être obtenues à la suite de questions spécifiques, à l'instar des données à la troisième personne [33]. Ceux-ci vont plutôt émerger de manière identifiable selon une certaine forme et dans l'interaction entre le récit du patient et les élaborations et clarifications de l'enquêteur. Ce dernier doit suspendre ses hypothèses naturelles afin de pouvoir explorer fidèlement l'articulation de tout objet d'enquête. Il est particulièrement important de chercher à aller derrière les formulations standards que le patient pourrait utiliser, comme « rêverie », « imagination » ou « scénarios intérieurs ». Il est fréquent que l'utilisation par le patient de termes comme « obsession » ou « flashback » soit différente de la manière dont ces termes sont compris en psychopathologie. Fréquemment, les patients s'expriment d'eux-mêmes à l'aide de métaphores, lesquelles, à défaut de n'être « que des métaphores », peuvent être une

manière significative et concrète de verbaliser de telles expériences anormales.

Idéalement, l'entretien prend la forme d'une réflexion mutuelle et interactive entre l'enquêteur et le patient [21,22]. L'évaluateur pose (généralement) une question ouverte à laquelle le patient tente une réponse menant à d'autres questions par le clinicien, peut-être en proposant un exemple, lequel est ensuite clarifié par les propres mots et les propres exemples du patient. Les items ne doivent jamais être cotés sur la base d'un simple « oui », mais ils doivent toujours être basés sur les propres descriptions et les propres exemples du patient. Un « non » initial répondant à un domaine d'exploration peut aussi être fréquemment remplacé par de riches descriptions plus loin dans la conversation, quand les mêmes sujets sont abordés avec d'autres questions ou dans un contenu thématique différent.

Évidemment, l'entretien est difficile à mener auprès de patients présentant des troubles psychotiques sévères avec une attention et une cognition globalement perturbées. Dans ce cas, il est conseillé de reporter l'entretien et d'attendre une amélioration clinique.

6. L'étude de fidélité inter-juges³

La fidélité inter-juges d'EAFI a été étudiée dans l'étude séparée suivante. Vingt patients hospitalisés ont été inclus : 7 patients avec un diagnostic de schizophrénie selon la CIM-10 (âge moyen : 26,9 ans ; ratio femme-homme : 5/2), 8 patients avec un trouble schizotypique (âge moyen : 23,9 ans ; ratio femme-homme : 3/5), et 5 patients avec d'autres diagnostics cliniques (âge moyen : 35 ans ; ratio femme-homme : 3/2). Les diagnostics dans le dernier groupe étaient : le trouble dépressif récurrent ($n=2$), le trouble affectif bipolaire ($n=1$), l'état de stress post-traumatique ($n=1$) et l'état hallucinatoire organique ($n=1$). Les critères d'exclusion

³ Au moment de cette étude, A.R.R. était interne en psychiatrie avec 5 ans d'expérience clinique. Avec un psychiatre expérimenté (J.P.), il a conduit les entretiens exploratoires, une revue de la littérature sur l'imagination, et le travail conceptuel [6,19] qui a servi au développement d'EAFI. H.S. est titulaire d'un Master de philosophie, elle a travaillé conceptuellement sur la psychopathologie, et a pris part aux discussions finales abordant la démarcation des items. H.S. n'avait aucune expérience préalable de l'évaluation clinique systématique. La cotation fut précédée de 15 entretiens d'entraînement conjoints.

comprenaient : l'utilisation actuelle de drogues et de substances psycho-actives, la forme sévère d'un trouble de la pensée, un état d'agitation et une admission involontaire. Les évaluateurs connaissaient le diagnostic clinique mais n'avaient aucune autre information psychopathologique.

Le κ de Cohen et l' α de Cronbach furent calculés avec SPSS 23. La fiabilité inter-juges des principaux items individuels a montré une concordance allant de substantielle à parfaite avec des valeurs du κ de Cohen entre 0,6 et 1,0. Le κ moyen était de 0,84. Ainsi, dans un dispositif de recherche cette étude a montré une très bonne fidélité inter-juges des phénomènes de l'imagination abordés par l'EAFI. La liste des items a montré une cohérence interne allant de bonne à excellente avec des valeurs de l' α de Cronbach supérieures à 0,88. L'échantillon était trop petit pour tester la structure factorielle d'EAFI.

7. Liste et description des items d'EAFI

Constance spatio-temporelle

Le patient décrit une structure stable et quasi spatiale de l'image qui subsiste comme un objet persistant dans le temps, c'est-à-dire que l'imagerie mentale est expérimentée avec des localisations fixes et des relations entre ses éléments ou un sens de la profondeur (i.e., on peut décrire ce qui est au-dessus, en dessous, à gauche, distant ou proche, etc.). L'imagerie mentale peut subsister plusieurs minutes, mais elle peut aussi être très brève ou même fulgurante, et pourtant toujours avec une articulation spatiale claire. En général, les patients décrivent également une richesse de détails dans l'imagerie mentale, mais cela n'est pas nécessaire pour coter cet item.

Souvent, les patients décrivent qu'ils sont capables d'explorer l'imagerie mentale d'une manière qui paraît similaire à l'exploration d'un objet perçu. Par exemple, le patient peut se focaliser sur la partie inférieure gauche de ce qui est imaginé, basculer son attention sur une autre partie, et revenir à la précédente tandis que l'imagerie mentale conserve sa stabilité pendant l'expérience (sous-type 2). L'explorabilité chevauche souvent une sensation de distance expérientielle (item 3.2).

Une telle perceptualisation de l'imagerie mentale [2] peut être associée à l'imagination, aux souvenirs, aux anticipations ou à la lecture. Il est donc pertinent d'explorer si les obsessions, les ruminations, ou les idées suicidaires/paranoïdes possèdent une telle structure de perceptualisation.

Sous-type 1 : stabilité spatio-temporelle.

Sous-type 2 : explorabilité de l'imagerie mentale.

Exemples

- « J'ai eu la même séquence de manière répétée dans la tête : Dans les moindres détails, je vois quelqu'un se mettre sur la route devant ma moto, et je le renverse. Le film se déroule en permanence, la localisation des choses est très claire. C'est comme regarder un film ou assister réellement à un événement. Je peux voir la femme que je renverse et toutes les personnes à l'arrière-plan, toutes les voitures de l'autre côté de la route » (coter les items 1.1, 2 et 8.4).
- Elle a peur des bactéries, et regarde des films entiers dans sa tête sur la façon dont la nourriture a été exposée à des choses dégoûtantes. Par exemple, que de la viande crue ait contaminé son bol de soupe dans le lave-vaisselle. Elle peut être complè-

tement perdue pendant plusieurs minutes et examine en détail tout ce qu'elle a touché la dernière heure. Ce sont de très claires images qui sont stables pendant plusieurs minutes et qui, en quelque sorte, zooment sur les détails. Mais elle ne l'évoque pas elle-même. Ça arrive, tout simplement (coter les items 1.1, 1.2 et 2).

Questions suggérées

Avez-vous des imaginations très vives ou des images intérieures ? Pouvez-vous décrire ce que vous imaginez alors ?

Pouvez-vous richement détailler ces images intérieures ? Pouvez-vous décrire un exemple de tels détails ?

Imaginez-vous clairement ce qui est localisé vers le haut, vers le bas, à gauche et à droite ?

Y a-t-il une sensation de profondeur ? Y a-t-il quelque chose plus proche que d'autres ? Ces images sont-elles comme tridimensionnelles ? Pouvez-vous faire cela ?

Pouvez-vous explorer les détails et changer de focalisation alors que le reste de l'imagination reste stable ? Comme lorsqu'on étudie une peinture ? Pouvez-vous la décrire plus en détail ?

Autonomie

L'imagerie mentale acquiert son propre flux, sa propre séquence, ou son propre développement, « comme un film », indépendamment de la volonté de la personne. La personne peut également décrire une sensation de réception passive de ces images qui « défilent par elles-mêmes ».

L'autonomie de l'imagerie mentale n'exclut pas l'explorabilité (item 1.2), car le patient peut explorer les images s'écoulant indépendamment. De plus, l'autonomie ne doit pas être confondue avec l'involontarité (item 9). La personne peut initier une image, laquelle s'articule ensuite de manière autonome, ou la personne peut réussir à supprimer l'image à travers un effort intense pour diriger son attention ailleurs.

Exemples

- « Les images défilent par elles-mêmes. Je ne les contrôle pas mais en quelque sorte j'observe ce qui se passe » (coter les items 2 et 3.2).
- Elle s'est imaginée assise au cinéma lors d'une sortie normalement prévue plus tard dans la journée : « Oui, c'est très vif, presque comme un film. Il se répète lui-même. Il recommence si je concentre mon attention ailleurs. Les choses sont détaillées si je me concentre, mais je peux changer ma concentration et les autres choses pour ainsi dire restent là. Alors je peux revenir et l'examiner plus tard. . . Le film est juste derrière mes yeux. C'est vraiment comme être là soi-même, c'est juste là à l'intérieur (elle pointe sa tête) » (coter les items 1.2, 2, 3.1 et 3.2 sur la base de cette description).
- Parfois, il essaie de déclencher des imaginations en pensant intensément à un sujet et « soudainement une image surgit et, pour ainsi dire, continue par elle-même. »

Questions suggérées

Est-ce que votre imagination procède et se développe par elle-même ? Comme si elle avait son propre flux indépendant de votre volonté ?

Localisation et sensation de distance expérientielle

Chevauche l'item 1.8 d'EASE.

L'imagerie mentale est expérimentée comme étant spécifiquement localisée dans la tête ou les images possèdent des relations spatiales mutuelles ou sont en mouvement (sous-type 1).

Le sous-type 2 décrit une profonde sensation de distance expérientielle entre l'expérience de l'imagerie mentale et le sentiment de soi. Le patient décrit observer ou inspecter son imagerie mentale « de loin » comme un objet intérieur. Parfois, le patient observe son objet imaginaire afin de savoir ce qu'il imagine.

Normalement, les imaginations sont expérimentées selon une perspective en première personne comme imprégnées du sentiment de subjectivité : mon imagination coïncide avec mon sentiment de soi. En d'autres termes, la conscience n'a pas de structure spatiale, et les images ne sont pas observées comme un objet de nature perceptive. Au contraire, on connaît immédiatement le contenu d'une imagination sans aucune distance entre la personne et l'imagerie mentale.

Sous-type 1 : localisation de l'imagerie mentale.

Sous-type 2 : sensation de distance expérientielle entre l'imagerie mentale et le soi.

Exemples

- Il « voit » toujours les images devant sa tête au-dessus des yeux (il montre l'emplacement avec ses mains) (sous-type 3.1).
- « En fait je vois souvent plusieurs films qui défilent en même temps : Il peut y avoir aussi des images de moi à vélo en train de me faire écraser ou d'être renversé par un camion. Ils défilent simultanément comme plusieurs voies ferrées, et je garde un œil sur chacun d'eux » (sous-type 3.2 ; coter également l'item 2).
- Elle a de nombreuses images dans la tête et elle les observe afin de savoir ce à quoi elle est en train de penser. Ces deux dernières semaines, il y a souvent eu beaucoup trop d'images et de films déconnectés. Elle ne peut pas repousser ces images et elle devient confuse (sous-type 3.2 ; coter également les items 9.1 et 12).

Questions suggérées

- Faites-vous l'expérience de ce que les images ont un emplacement dans votre tête ou votre esprit ?
- Avez-vous déjà fait l'expérience d'une sorte de distance entre vous et vos imaginations ? Comme si vous étiez en train de regarder une photo ?
- Vous a-t-il déjà été nécessaire d'observer vos images intérieures pour savoir ce à quoi vous êtes en train de penser ?

Affects intenses

Intense anxiété, colère, étonnement, joie, ou autres affects pendant l'imagination — l'anxiété ou le malaise liés aux souvenirs d'événements spécifiques et perturbants survenus dans la vie personnelle, tout comme à l'anxiété phobique, ne doivent pas être cotés.

Normalement, les affects dans l'imagination sont pauvres, imités, et superficiels puisque nous focalisons notre attention sur un objet irréel et absent [11]. Mon inconfort lorsque j'imagine un accident de la route ne correspond pas à ma peur lorsque je suis réellement témoin d'un tel événement. Dans le cas des troubles phobiques, la différence entre l'anxiété d'anticipation du stimulus phobique en pensées ou dans l'imagerie mentale et l'anxiété éprouvée lors de l'exposition réelle est clairement préservée [25].

Exemples

- « Les émotions sont en moi, pas dans l'imagination. Alors ce que je pouvais ressentir dans l'imagination, je le ressens réellement. Les émotions peuvent être aussi fortes dans l'imagination que dans la réalité. J'ai imaginé une dispute avec mon amie — qu'elle était très en colère et que tout un tas de choses allaient se produire. J'ai pu ressentir ça très fortement et je suis devenu très triste et déprimé, même si ça n'était jamais arrivé. »

Questions suggérées

Devenez-vous très émotif pendant l'imagination ? Vous êtes-vous senti très anxieux (en colère/triste/euphorique [selon le contexte]) ?

Perceptualisation multimodale de l'imagination

Les contenus imaginaires perceptualisés par l'imagerie mentale sont accompagnés de l'activation d'autres modalités sensorielles telles qu'une qualité acoustique ou tactile. Par exemple, la personne décrit qu'elle « entend » des sons ou ressent des sensations (e.g. « comme si elle était touchée ») dans l'imagination.

Exemples

- Il a entendu une autre patiente raconter comment elle s'est cassé les ongles. Pendant ce temps, il a eu ces images désagréables de ce qu'elle racontait, et il l'a ressenti presque lui-même dans son propre doigt.

Questions suggérées

Est-ce presque comme entendre des sons pendant les imaginations ? Ou comme si vous étiez touché ?

Expérience imaginaire vive et anormale, non spécifiée

Sous-type 1 : imagerie mentale brève et intense.

« Flashs » intenses et intrusifs ou très brefs épisodes d'« images vives » anormales et perturbantes — ne doit pas être coté si l'on a déjà coté l'un des items 1–3.

Sous-type 2 : expérience imaginative anormale, autre type.

Cet item vise les descriptions d'anomalie dans les imageries mentales ou les imaginations que l'enquêteur trouve aberrantes mais qu'il est incapable de coter n'importe où dans la liste des items.

Persistance ou récurrence habituellement perturbante de certains contenus intrusifs de la conscience (e.g., pensées, images, ou impulsions) — les ruminations peuvent être associées à un événement passé ou avoir la forme d'une récapitulation méticuleuse des événements ou des conversations remémorés et survenus dans la journée. Les phénomènes obsessionnels peuvent avoir des contenus variés comme l'agression, la contamination, les thèmes sexuels, la religion (e.g., sacrilège), la symétrie, ou le comptage, etc.

Exemples

- Si son petit ami utilise le mot « couteau », elle se sent mal à l'aise. Ce mot déclenche des flashs courts où elle se voit elle-même en train de se couper. Le papier peut déclencher le même phénomène (il est possible de se couper le doigt sur la tranche d'une feuille de papier).

Contenu violent, macabre, ou bizarre

Imaginations avec un contenu élaboré à caractère explicitement violent, macabre, ou sexuellement bizarre — ce phénomène peut être associé à des images vives, mais il peut aussi être décrit comme de plus vagues images, pensées, ou ruminations, etc.

Sous-type 1 : expérimenté comme intrusif, désagréable, et non désiré.

Sous-type 2 : volontairement provoqué ou entretenu.

Exemples

- Il a des sentiments bizarres qu'il garde pour lui. Ces sentiments concernent le meurtre d'autres personnes, c'est-à-dire ceux qui font du mal aux autres, comme les violeurs et les agresseurs d'enfants. Il sait que ces pensées sont mauvaises, mais d'une certaine manière elles l'attirent. Ce qui se passe, c'est que, pendant un certain temps, il est ailleurs, il disparaît en quelque sorte dans des images dans la tête et commence à être préoccupé par elles. Il peut ressentir une rage ou une haine énorme pendant ces rêveries. Il peut aussi s'agir de fantasmes où il bat son père, où il se sent sur le point d'exploser sous le coup de ces émotions (sous-type 7.2 et item 4).

Questions suggérées

Le contenu de votre imagination peut-il être violent ? Ou autrement macabre ? Accepteriez-vous de décrire cela plus en détail ?

Est-ce que ces imaginations apparaissent de manière involontaire ? Ou est-ce qu'il vous semble en quelque sorte nécessaire de les explorer d'une manière plus active ?

Ruminations – obsessions

Équivalent à l'item 1.6 d'EASE.

Il y a 5 sous-types, lesquels peuvent coexister. Les phénomènes décrits ici (en particulier 8.4) peuvent également chevaucher les items 1–7. Dans les deux cas, il faut coter tous les items pertinents.

Sous-type 1 : ruminations primaires.

Le patient est incapable de trouver une raison à sa tendance aux états mentaux d'allure obsessionnelle. Il repense et revit simplement ce qui est arrivé dans la journée ou dans le passé — apparemment non motivé par la perplexité, l'attitude paranoïde ou la sensation de vulnérabilité ou d'infériorité (comme dans le sous-type 2).

Sous-type 2 : ruminations secondaires.

Les états d'allure obsessionnelle apparaissent comme une conséquence d'une perte de l'évidence naturelle, de la perturbation du sentiment basique de soi, ou de l'hypermotivité [34], ou ils paraissent être causés par des phénomènes paranoïdes primaires (e.g. suspicion ou autoréférence) ou un état dépressif.

Sous-type 3 : vraies obsessions.

Égodystonique (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif) : le patient considère ses obsessions comme stupides et/ou étranges en raison de leur contenu et de leur intrusion involontaire avec une résistance interne permanente, et d'un contenu qui n'est ni horrifique ou macabre.

Sous-type 4 : pseudo-obsessions.

Phénomènes d'allure obsessionnelle, lesquels paraissent plutôt égosynchrones (absence de résistance ou seulement une résistance occasionnelle), fréquemment à caractère imaginaire pictural et avec un contenu qui est directement agressif, sexuellement pervers, ou autrement bizarre — peut être anxiogène et associé à des affects intenses.

Sous-type 5 : ruminations/obsessions avec rituels/compulsions.

N'importe lequel des quatre phénomènes décrits ci-dessus, auquel s'ajoutent les rituels ou les comportements compulsifs.

Exemples

- Elle spéculé toujours, lorsqu'elle essaie de s'endormir, et parfois elle se relève du lit, parce qu'elle a beaucoup trop de pensées. Elle peut, par exemple, spéculer sur quelque chose qu'elle a dit durant la journée, sur ses dépenses et ses économies, ou sur ses projets pour la journée à venir. Même si les projets pour le lendemain sont déjà établis, elle doit en quelque sorte les répéter, le déroulement prévu de la journée, etc., encore et encore (sous-type 8.1).
- Il se reproche beaucoup de choses. Il se demande « pourquoi je ne suis pas assez bon, pourquoi j'ai fait ceci et pas cela ». Cela dure continuellement et le rend triste et en colère envers lui-même (sous-type 8.2).
- Elle spéculé tout le temps à propos de « moi-même et de ma vie », et de « ce qu'il va advenir de moi, qui suis-je, qu'est-ce que je

ressens ? Parce que, parfois, je ne sais pas ce que je ressens ». Il en est ainsi depuis de nombreuses années (sous-type 8.2).

- Pendant plusieurs mois, avant de se coucher, il était incertain quant au fait d'avoir éteint la plaque de cuisson. Ce doute l'empêchait de dormir, il devenait agité et se sentait contraint d'aller dans la kitchenette et de regarder quinze fois la plaque de cuisson. Il a dû répéter cette action presque toute la nuit. Il était absolument certain d'avoir éteint la plaque de cuisson, et pourtant, en même temps, cette connaissance était minée par un doute « et si ce n'était pas le cas ». Il sentait que toute l'idée et le rituel étaient absurdes et ridicules, mais il était incapable de résister à la compulsion de retourner à la cuisine et de vérifier à nouveau (sous-type 8.3).
- Elle craint que ses parents, ses neveux ou elle-même ne meurent si elle n'arrive pas à suivre ses systèmes qui impliquent des nombres et des séquences d'actions spécifiques. Ces systèmes sont, par exemple, le fait qu'elle doit changer de doigts, les alterner d'une façon spécifique sur l'écran lorsqu'elle envoie des messages, ou que les vêtements doivent être pliés et rangés d'une manière spécifique. Tout au long de la journée, elle a quelques vagues images mentales de ses parents allongés dans un cercueil, ce qui la remplit d'effroi. Lorsqu'elle en parle aux médecins, elle voit bien que c'est de la folie. Mais lorsqu'elle est préoccupée par ses pensées à la maison, elle est convaincue que ses proches mourront si elle échoue à suivre ces systèmes. Supprimer ou ignorer ces pensées est impossible et cela ne lui vient pas à l'esprit (sous-type 8.4 et 8.5).

Questions suggérées

Avez-vous déjà fait l'expérience de pensées ou d'images intérieures qui reviennent sans cesse ou auxquelles vous devez penser volontairement de manière répétée ? Il peut s'agir de quelque chose de désagréable, mais aussi de choses triviales comme des événements ou des conversations passés ?

Perturbation du contrôle

Sous-type 1 : manque de contrôle – persistance involontaire de l'expérience.

Incapacité ou seulement capacité occasionnelle à détourner son attention ou autrement à réprimer des expériences imaginaires ou d'allure obsessionnelle non désirées par un effort de la volonté — la personne fait l'expérience d'une perturbation de sa capacité à exercer un contrôle sur sa conscience thématique, c'est-à-dire, le contenu qu'elle choisit comme objet d'attention. Ce phénomène inclut les cas dans lesquels l'expérience persiste involontairement dans la conscience bien que le patient, dans une certaine mesure, puisse simultanément diriger son attention ailleurs.

Sous-type 2 : manque d'activité de la volonté.

Les patients décrivent qu'ils ne font jamais ou rarement d'efforts pour supprimer de telles expériences ; cette possibilité ne leur vient tout simplement pas à l'esprit. Cet item ne doit pas être coté si le patient entretient volontairement des imaginations à cause de la fascination ou du plaisir (par exemple comme dans l'item 7.2).

Exemples

- Parfois elle peut se reprendre et supprimer ces films, mais c'est impossible s'il s'agit de viande crue ou de bactéries (sous-type 1).
- Il est absorbé dans ses imaginations et il ne réalise pas qu'il pourrait les arrêter (sous-type 2).

Questions suggérées

Avez-vous déjà été incapable de repousser, peut-être seulement pour un court instant, ces imaginations ou de détourner votre attention ? Les images continuent-elles même si vous vous concentrez sur autre chose ?

Perte de l'ipséité

Compris dans l'item d'EASE 1.2, Perte de l'ipséité de la pensée.

Sentiment que certaines imageries mentales peuvent paraître comme dépourvues de l'étiquette de mienneté. L'imagerie mentale donne le sentiment d'être anonyme ou autrement indescriptiblement étrange mais pas principalement dans le sens du contenu, peut-être car elle semble déconnectée du soi du patient ou comme si elle n'était pas générée par le patient. Pourtant, le patient a la conviction rationnelle que ces images sont générées en lui et qu'il est leur origine.

Il est important de comprendre que le phénomène de base en question, qui se trouve être perturbé, est l'ipséité, c'est-à-dire la mienneté automatique ou la perspective à la première personne [21,22,34]. Dans le cas où les pensées ou les idées surgissent soudainement dans l'esprit (« Einfall »), ou d'obsessions, la sensation d'ipséité immédiate ou préreflexive ne se remet jamais en question.

Exemples

- « Je ne ressens pas que les images de ma famille en train d'être blessée soient de moi-même. Je sais que c'est ma propre tête, mais c'est comme si une photo s'intercalait dans ma tête. »

Questions suggérées

Avez-vous déjà fait l'expérience de ce que les images (ou « rêverie », « scénario », ou « films intérieurs », etc.), d'une certaine manière, donnaient le sentiment d'être étrangères, ou autrement d'être différentes ? Presque comme si elles n'étaient pas de votre propre imagination ? Pourrait-on dire que c'est comme si les imaginations ne sont pas imaginées par vous mais plutôt en vous ?

Interférence de l'image

Compris dans l'item d'EASE 1.1, Interférence de la pensée.

Exemples

- Il peut avoir des imaginations agréables d'un paysage magnifique et bienheureux, mais alors il peut soudainement venir une image du même paysage paraissant brûlé et horripilant. Comme quand une diapositive se superpose à la précédente.

Les imaginations sémantiquement déconnectées de la ligne de pensée principale paraissent involontairement (pas nécessairement rapidement ou nombreuses), elles font irruption dans la ligne de pensée principale et elles interfèrent avec elle. L'imagerie mentale est souvent, mais pas toujours, émotionnellement neutre et n'a pas besoin d'avoir un sens spécial ou extraordinaire.

Questions suggérées

Avez-vous déjà fait l'expérience de quelques nouvelles, étranges ou surprenantes imaginations ou images paraissant, de manière inattendue, avec un contenu complètement nouveau et qui perturbe vos pensées ? Que quelques imaginations paraissent ne pas s'accorder avec le fil de vos pensées ?

Pression de l'image

Compris dans l'item d'EASE 1.3, Pression de la pensée.

Une sensation de nombreuses images liées à des sens/contenus qui leur sont différents, sans liens, ou éloignés, et qui surgissent et disparaissent dans des séquences rapides sans que le patient soit capable de supprimer ou de guider cette apparition/disparition de contenus de conscience toujours nouveaux. Alternativement, toutes ces images semblent, pour le patient, se produire au même moment, simultanément. Ce symptôme implique un manque de contrôle, de nombreuses images changeantes, mais aussi un manque d'un thème commun, et donc une perte de cohérence ou de sens pour le patient. Le contenu sémantique de l'imagerie mentale peut susciter de la détresse mais il peut aussi être neutre ou même trivial, sans aucune signification personnelle spéciale.

Exemples

- De nombreuses images surgissent et se bousculent dans sa tête. Par exemple, elle peut penser à la cuisine, à un commentaire de son petit ami, et ensuite à une chose banale qui s'est produite il y a 20 ans. La plupart de ces clichés, de ces instantanés visuels n'ont pas vraiment de sens.

Questions suggérées

Avez-vous déjà fait l'expérience d'avoir plusieurs images en même temps ou qui basculent rapidement ? Sans liens entre elles ? Des images que vous ne pouvez pas contrôler ?

Réorientation existentielle dans l'imagination

Exemples

- Depuis qu'il est adolescent, il a eu des rêves diurnes, souvent pendant plusieurs heures par jour. Ça pouvait être à propos de gagner à la loterie, mais aussi à propos de choses plus grandioses comme être Superman ou bien avoir des pouvoirs surnaturels. Il pouvait imaginer être le maître du monde et sentir parfois être comme le centre du monde. Ou ça pouvait être plus dramatique ou bizarre

La vie imaginaire exprime un changement fondamental de la vision métaphysique du monde et/ou de la hiérarchie des valeurs et des intérêts. Bien évidemment, les questions métaphysiques sont un thème fréquent dans la pensée humaine, mais ici ces thèmes engendrent une perturbation basique et expérientielle de la relation entre le soi et le monde [34].

Les thèmes fréquents sont les imaginations donnant accès aux niveaux cachés de la réalité, à la nature de la conscience et de l'esprit, au sens de l'existence, aux phénomènes surnaturels, au mysticisme et à la religion (particulièrement orientale), à l'éternité et à la transcendance, aux conflits du bien et du mal, à la paix universelle, au destin de l'humanité, aux traditions ou aux rituels profonds et anciens, ou à une compréhension alternative de la science, de la nature, de la psychologie ou de la santé, etc.

Fréquemment, de telles imaginations semblent liées aux troubles du soi tels que le sentiment amoindri du soi de base, le manque de sens commun ou les expériences solipsistes [21,22,34]. Pour être cotées, ces imaginations doivent être fréquentes et ne pas être des épisodes isolés de réflexion sur des « questions fondamentales ». Ne pas coter en cas d'état hypomaniaque ou maniaque.

comme quand il a imaginé faire exploser la Terre entière depuis un vaisseau spatial (coter les items 13 et 14).

- Elle lit et regarde beaucoup de manga (dessins animés japonais) et chaque soir pendant quelques heures elle prend plaisir à imaginer des développements alternatifs de l'intrigue. Elle croit que lorsqu'on meurt, on entre dans le monde de l'imagination. On peut alors choisir quel univers habiter dans l'au-delà. Interrogée à propos de ses propres préférences, elle dit qu'elle n'a pas encore décidé. Elle envisage de nombreux univers de manga existant et de nouveaux apparaissent chaque année (noter le thème solipsiste ; coter les items 13, 14 et 16.2).
- Il ne sait pas si ces souvenirs sont réellement arrivés ? Les images sont très claires, mais pas lui-même dans les images. Il peut avoir des doutes à propos de ce qu'est le nouveau moi et de ce qu'est l'ancien moi ? Il ne sait pas quelle est la propre définition de lui-même et essaye de repenser tous ses souvenirs afin d'être plus au clair à propos de ça (coter les items 8.2, 13, et 15.1. Son occupation ruminative avec de possibles souvenirs paraît secondaire à un sentiment troublé du soi de base [EASE 2.1]).

Questions suggérées

Avez-vous déjà eu des rêves éveillés ou des imaginations à propos de questions existentielles ? À propos de thèmes religieux, philosophiques ou surnaturels ? Ou à propos de votre identité, de qui vous êtes vraiment ?

Préoccupation pour la vie imaginaire

Exemples

- Elle évite d'être présente dans l'instant et entretient plutôt des rêves éveillés sur le fait de devenir mariée, d'avoir des enfants, ou d'acheter une belle voiture. Elle peut aussi élaborer sur quelque chose qu'elle a lue et inventer des histoires entières. À propos d'être mince ou de rencontrer des personnes célèbres. . . Elle peut avoir de telles imaginations plusieurs fois dans la journée mais en particulier la dernière heure avant d'aller se coucher. À vrai dire, elle devient stressée si cette heure est interrompue.
- Il a des images récurrentes et vives de lui-même couché dans un cercueil, incapable d'en sortir. Bien qu'il se sente terrifié, il est aussi curieux, et habituellement il n'essaye pas de détourner son attention. Il spéculait continuellement sur si, une fois mort, il aura

Le patient passe une quantité excessive de temps et d'énergie à imaginer ou à avoir des rêves diurnes (seuil suggéré : plus d'une heure par jour) et/ou certaines imaginations ont une valeur idiosyncratique et une importance existentielle.

Le contenu peut inclure des préoccupations ou des intérêts particuliers et surévalués (peut-être coté sous l'item 13) mais aussi des thèmes existentiels plus communs issus de l'identité personnelle du patient comme ses relations, ses ambitions professionnelles, son statut social, ou ses peurs, ses espoirs, ses valeurs centrales. Cependant, le patient semble s'engager dans ces questions tout autant ou peut-être plus dans sa vie imaginaire que dans le monde social partagé. Ce phénomène est souvent accompagné d'un retrait à degrés variables face aux interactions sociales.

vraiment l'expérience d'être enfermé dans un cercueil et s'il fera l'expérience de la décomposition de son corps. Il a essayé de se rassurer avec plusieurs points de vue religieux, mais il ne peut pas échapper à la pensée que cela pourrait se passer « comme je le vois en imagination » (coter les items 4, 7.1, 8.4, et 14).

Questions suggérées

Avez-vous des imaginations agréables ? Avez-vous des imaginations ou des rêves éveillés particuliers que vous provoquez volontairement ?

Ces imaginations peuvent-elles avoir beaucoup d'importance pour vous ? Pouvez-vous passer pas mal de temps à avoir des rêves diurnes ?

Perturbations de l'irréalité

L'irréalité indique que l'image est « juste une image » et par conséquent elle n'évoque pas de réponse émotionnelle, cognitive ou comportementale de la même manière qu'un objet perceptif [2,10,11]. Dans l'acte d'imagination, nous sommes immédiatement (auto-)conscients que nous sommes en train d'imaginer et que nous n'avons pas à réfléchir sur cet acte pour l'identifier comme de l'imagination [34].

Sous-type 1 : érosion de l'irréalité.

Lié à l'item d'EASE 1.10, Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité.

Le patient a de brèves occasions ou des périodes plus longues avec des difficultés dans la conscience immédiate de la modalité expérientielle de l'expérience imaginaire (i.e., le fait que c'est une imagination). Ce phénomène inclut l'expérience où le patient est incertain quant à savoir si son expérience est une imagination, un souvenir ou une perception. Une telle conscience, normalement implicite, de la modalité de l'acte intentionnel peut être temporairement retardée ou elle peut nécessiter un (court) effort de réflexion pour se déterminer.

Exemples

- « Je sais que mon imagination n'est pas réelle, mais je peux en douter. Je dois fermer les yeux quelques secondes ou me pincer le bras pour être sûr ».
- « Je sais que c'est ma propre imagination. . . Je veux dire, quand je suis dedans, c'est parfois très intense. Mais dès que c'est terminé, je sais au moins que c'était une imagination. D'autres fois, j'ai ces scénarii durant une conversation ordinaire ; alors je sais tout du long que c'est de l'imagination ».

Questions suggérées

Pouvez-vous douter du fait qu'il ne s'agit là que de simples imaginations ? Devez-vous, en quelque sorte, être attentif ou faire un effort pour clarifier ça ?

Pouvez-vous être incertain de ce que quelque chose dans votre esprit soit un souvenir ou une imagination ?

Sous-type 2 : relation à l'imagerie mentale comme à un objet perceptuel (corriger, être surpris).

La personne a certaines attitudes et réactions face à l'imagerie mentale qui sont normalement seulement pertinentes face aux objets perçus et socialement partagés. Ce phénomène inclut la préoccupation quant à déterminer si certains détails de l'imagerie mentale sont « corrects », « réalistes » ou « comme je veux que ça soit », ou une expérience d'une très claire sensation de surprise durant une expérience imaginative.

Exemples

- « Si je sais que quelque chose dans l'imagination n'est pas correct, pas comme je me souviens de cette pièce, alors j'essaie de la corriger. Je détourne mon attention, je me focalise sur quelque chose de différent, et alors je force presque une image à l'intérieur, et quand je me focalise encore sur elle, c'est comme ça devrait être ».
- « Parfois, quand je me perds dans mes pensées, quelque chose arrive dans l'imagination et j'ai un choc et je reviens à moi. Je sais que ces images défilent dans ma tête, mais de toute façon je pourrais être effrayé ».

Questions suggérées

Est-ce que le fait d'imaginer des choses d'une manière correcte peut vous préoccuper ? Essayez-vous parfois de corriger quelques images ? Pouvez-vous ressentir une sensation de surprise à propos de quelque chose que vous imaginez ?

Sous-type 3 : épisode micropsychotique.

La conscience normalement implicite que l'expérience imaginaire est irréalité et privée (discriminée du monde social partagé) est absente pendant une courte durée (secondes ou minutes) — souvent, le patient manque de conscience sur son environnement.

Exemples

- Il a des surgissements de manière quotidienne, récurrente et involontaire, des « visions intérieures très vives » dans lesquelles

il frappe la tête d'un inconnu gisant sans défense sur le sol jusqu'à ce que sa tête soit séparée du corps. Il se sent en colère durant l'expérience mais honteux après. Il devient « emporté » sans aucune envie de résister et oublie le monde autour de lui. Durant sa « vision » et les secondes qui suivent, il semble que c'est « comme si ces événements arrivent réellement ». Immédiatement après, cependant, il réalise que c'était cette imagination familière et absurde (coter les items 4, 7.1, 8.4, 9.2, 15.3, et 16.1).

- Lors d'une période de pensées suicidaires, elle a eu un épisode de quelques images pendant qu'elle se tenait sur le quai d'une gare. Elle s'imaginait elle-même depuis l'extérieur sautant en face d'un train entrant en gare. Lorsqu'un train est réellement arrivé, elle est revenue à elle-même et était pendant quelques secondes convaincue qu'elle avait réellement sauté.

Questions suggérées

Avez-vous réellement pensé qu'une imagination ou que quelques images étaient réelles pendant que vous les expérimentiez ?

Sous-type 4 : imagination influençant les choix ou le comportement.

Des choix sont faits et/ou des actions sont entreprises sur la base d'imaginations. Si le comportement peut être classé comme des compulsions (étant répétitif et basé sur un contenu obsessionnel), cet item ne doit pas être coté.

Exemples

- Une patiente décrit une spatialisation de l'imagerie mentale d'une sortie planifiée au cinéma (voir l'item 2). Elle ajoute qu'elle n'est, de toute façon, pas allée au cinéma parce que dans cette imagerie mentale anticipatoire, elle paraissait distraite et ne pas faire attention au film. Alors il n'y avait aucune raison d'y aller.
- Elle a souvent exactement la même imagination de son père étant blessé dans un accident de la route. Généralement, elle sait que c'est une imagination — elle a appris avec son thérapeute à l'ignorer, puisqu'elle ne peut pas la supprimer. Mais parfois le film « réécrit » ses propres pensées, et elle est incertaine quant à déterminer si c'est réellement arrivé durant l'expérience. Une fois, c'était tellement puissant qu'elle a dû téléphoner à son père pour se rassurer du fait qu'il était vivant (coter les items 8.4, 9.1, 15.1, et 15.4).

Questions suggérées

Avez-vous pris des décisions ou entrepris une action en raison de vos imaginations ?

Manque d'insight

Sous-type 1 : manque d'insight durant l'expérience.

Dans le cas d'un insight apparent, il faudrait explorer si le patient a un tel insight immédiatement, c'est-à-dire durant l'expérience obsédante ou imaginaire (i.e., si l'insight est intact, l'item n'est pas coté), ou si l'insight a seulement été acquis après la fin de l'expérience, quand le patient peut prendre une posture réflexive face à son expérience passée dans un état plus calme.

Le patient ne considère pas que les anomalies de l'expérience imaginative soient absurdes, excessives ou non pertinentes. Ou il n'identifie pas le contenu comme étant perturbé (i.e., comme un phénomène non commun ou indiquant la maladie).

L'insight se réfère à une évaluation ou un jugement immédiat qui identifie une expérience (généralement obsessionnelle) comme insensée (égodystonique), et par conséquent le patient essaye d'ignorer ou de supprimer de telles pensées ou images (résistance). L'item est coté si le patient manque d'insight dans l'un des phénomènes couverts par EAFI, et ce même s'il montre un plein insight dans d'autres expériences.

Sous-type 2 : manque durable d'insight réflexif.

Manque d'insight au moment de l'entretien ou pendant une plus longue période après l'expérience.

Exemples

- Quand elle a imaginé ces scènes à propos d'être attaquée par cet inconnu, elle a réellement senti qu'elle était en danger. Mais quelques minutes plus tard, ces idées semblaient bien lointaines (item 16.1).
- Il passe une bonne partie de la soirée à récapituler tout ce qui est arrivé durant la journée. Il lui a toujours semblé que c'était une bonne chose de ne pas oublier quoi que ce soit d'important. Mais dernièrement, il a commencé à penser que les autres personnes n'en font apparemment pas un problème (items 8.1 et 16.2).

Questions suggérées

Ces choses (contenu obsessionnel) pourraient-elles réellement arriver ? Que pensez-vous de ça durant l'expérience ? Pensez-vous que ces imaginations soient raisonnables ? Que pensez-vous du fait que ces rêves éveillés sont si importants pour vous ?

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs et les traducteurs remercient Annick Urfer-Parnas et Philippe Cabestan pour leurs conseils et leurs relectures scientifiques et philosophiques.

Références

- [1] Jaspers K. General psychopathology. Chicago: University of Chicago Press; 1963.
- [2] Rasmussen AR, Parnas J. Pathologies of imagination in schizophrenia spectrum disorders. Acta Psychiatr Scand 2015;131:157–61.
- [3] Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatr Q 1949;23:248–76.
- [4] Vanggaard T. Borderlands of sanity: neuroses, schizophrenic borderline states, atypical endogenous depression – clinical pictures, psycho-dynamics. København: Munksgaard; 1979.
- [5] Rasmussen AR, Stephensen H, Nordgaard J, et al. A phenomenological approach to psychopathology of imagination: development of a descriptive instrument – examination of anomalous fantasy and imagination. Psychopathology 2018;51:210–5.
- [6] Rasmussen AR, Stephensen H, Parnas J. EAFI: Examination of Anomalous Fantasy and Imagination. Psychopathology 2018;51:216–26.
- [7] Rasmussen AR, Saebye D, Parnas J. Anomalies of imagination in the schizophrenia-spectrum: empirical findings. Schizophr Res 2019;206:458–9.

- [8] Rasmussen AR, Raballo A, Preti A, et al. Anomalies of imagination, self-disorders, and schizophrenia spectrum psychopathology: a network analysis. *Front Psychiatry* 2021;12:808009.
- [9] Rasmussen AR. Anomalies of imagination and development of psychosis: a phenomenological account. *Schizophr Res* 2024;264:204–10.
- [10] Husserl E. *Phantasy, image consciousness, and memory, 1898–1925* (Husserliana: Edmund Husserl – Collected Works). Dordrecht: Springer; 2005.
- [11] Sartre J-P. *The imaginary: a phenomenological psychology of the imagination*. London: Routledge; 2010.
- [12] Casey ES. *Imagining: a phenomenological study: studies in phenomenology and existential philosophy*. Bloomington: Indiana University Press; 1976.
- [13] Gallagher S, Zahavi D. *The phenomenological mind*. 2nd ed. London: Routledge; 2012.
- [14] Henry M. *The essence of manifestation*. The Hague: Nijhoff; 1973.
- [15] De Warren N. *Husserl and the promise of time: subjectivity in transcendental phenomenology – modern European philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- [16] Jansen J, Husserl. In: Kind A, editor. *The Routledge handbook of philosophy of imagination*. London: Routledge; 2016.
- [17] Thompson E. *Mind in life: biology, phenomenology, and the sciences of mind*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press; 2007.
- [18] Parnas J, Sass LA. Varieties of “phenomenology”: on description, understanding, and explanation in psychiatry. In: Kendler K, Parnas J, editors. *3. Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology, ed. 1 – international perspectives in philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- [19] Bennett MR, Hacker PMS. *Philosophical foundations of neuroscience*. Malden: Blackwell; 2003.
- [20] Parnas J, Henriksen MG. Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harv Rev Psychiatry* 2014;22:251–65.
- [21] Parnas J, Møller P, Kircher T, et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 2005;38:236–58.
- [22] Parnas J, Møller P, Kircher T, et al. EASE : Évaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi#. *Encéphale* 2012;38:S121–45.
- [23] Gross G, Huber G, Klosterkötter J, et al. *Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*. Berlin: Springer; 1987.
- [24] Sass L, Pienkos E, Škodlar B, et al. EAWE: Examination of Anomalous World Experience. *Psychopathology* 2017;50:10–54.
- [25] Rasmussen AR, Parnas J. Anomalies of imagination and disordered self in schizophrenia spectrum disorders. *Psychopathology* 2015;48:317–23.
- [26] Ey H. *Traité des hallucinations*. Paris: Masson; 1973.
- [27] Janet P. *Les obsessions et la psychasthénie : travaux du laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière*. Paris: Alcan; 1903.
- [28] Stanghellini G. Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophr Bull* 2000;26:775–87.
- [29] Fuchs T. Corporealized and disembodied minds: a phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philos Psychiatr Psychol* 2005;12:95–107.
- [30] Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D, et al. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry* 2012;11:181–5.
- [31] Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013;263:353–64.
- [32] Jansson L, Nordgaard J. The psychiatric interview for differential diagnosis. Zürich: Springer; 2016.
- [33] Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* 2013;39:270–7.
- [34] Parnas J, Sass L. The structure of self-consciousness in schizophrenia. In: Gallagher S, editor. *The Oxford handbook of the self*. Oxford: Oxford University Press; 2011, p. 521–546.