

ÉCOLE DOCTORALE DES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ

Unité INSERM U1114 « Neuropsychologie Cognitive et Physiopathologie de la Schizophrénie »

THÈSE

présentée par

Mélissa ALLÉ

soutenue le **26 octobre 2016**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'Université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : Sciences du vivant/Neurosciences

**EXPLORATION DE LA CONTINUITE DE SOI
DANS LA SCHIZOPHRENIE
AU TRAVERS DES RECITS DE VIE DE PATIENTS**

Membres du jury

Pr Jean-Marie DANION (Directeur de thèse)	Université de Strasbourg
Dr Fabrice BERNA (Co-directeur de thèse)	Université de Strasbourg
Pr Stéphane RAFFARD (Rapporteur externe)	Université de Montpellier
Pr Pierre-Michel LLORCA (Rapporteur externe)	Université de Clermont-Ferrand
Dr Olivier DESPRÉS (Examineur interne)	Université de Strasbourg
Dr Laurent LECARDEUR (Examineur externe)	Université de Caen

REMERCIEMENTS

C'est une belle aventure professionnelle qui se termine à présent. Toutes ces années ont donné lieu à beaucoup de rencontres, de nombreuses collaborations, des échanges stimulants et un apprentissage tout à fait passionnant. C'est avec plaisir que je me lance maintenant dans la rédaction de cette (dernière) partie.

Mes premiers remerciements vont à Jean-Marie Danion grâce à qui tout a commencé. Il y a maintenant plus de 4 ans, vous m'avez ouvert les portes de votre unité, accordé votre confiance et donné ma chance. Merci infiniment. Vous m'avez permis de découvrir la recherche clinique et le passionnant domaine qu'est la mémoire autobiographique. Merci pour vos précieux conseils distillés tout au long de ce travail de thèse.

Je veux ensuite remercier Fabrice Berna. Un grand merci pour tout ce que tu m'as transmis tout au long de mon master et de ce projet de thèse que nous avons mené tous ensemble ! Je souhaite te remercier pour beaucoup beaucoup de choses parmi lesquelles... Ton encadrement constant, bienveillant et passionné ! Pour la confiance que tu m'as accordée, en me laissant communiquer en congrès dès la première année de thèse. Pour l'indépendance que j'ai pu acquérir au fur et à mesure. Tu m'as laissé libre de mener mes propres réflexions et proposer de nouveaux projets, ce fut réellement formateur ! Merci pour les opportunités professionnelles que tu m'as offertes, et je retiens en particulier mon séjour à Con Amore, je te dois beaucoup ! Je crois qu'on a eu la chance de toujours travailler dans une bonne humeur et c'est presque le plus important. Merci.

Je tiens ensuite à remercier Olivier Després, Stéphane Raffard, Pierre-Michel Llorca et Laurent Lecardeur qui me font l'honneur d'accepter de juger mon travail de thèse. Je vous remercie de m'accorder votre temps et votre énergie, et de venir partager vos réflexions à l'occasion de la soutenance.

Merci à tous ceux qui ont accepté de participer aux protocoles de recherche. Plus particulièrement, merci aux patients.

Remerciements

Un grand grand grand merci à l'ensemble des membres de l'unité 1114 pour leur chaleureux accueil initialement, pour le cadre de travail tellement agréable qu'ils ont su créer et pour la bonne humeur qui règne au quotidien au laboratoire ! Merci à Anne G. qui, en tant que directrice de l'unité, donne une belle impulsion à cette énergie positive. Grâce à vous tous, ce fut un réel plaisir de venir travailler au laboratoire. Je garde en mémoire de nombreuses discussions, de belles expériences (de recherche et humaines également), des repas, fous rires, coups de stress, fêtes, etc... que nous avons partagés toutes ces années. Merci à Anna, Anne G., Anne B., Anne-Clémence, Bich-Thuy, Elisabeth, Estelle, Fabrice, Hédi, Isabelle, Jean-Baptiste, Laurence, Liliann, Marc, Maxime, Nadège, Patrick G, Pierre V., Priscille, Sébastien W., sans oublier les anciens étudiants qui nous ont montré la voie et qui ont été une belle source d'inspiration, Bérengère, Céline, Églantine, Gwendo, Jevita et Patrick P.

Merci à tout le personnel de la clinique que j'ai eu le plaisir de côtoyer toutes ces années.

Parce que j'ai eu le plaisir de partager l'aventure de la cotation de récits autobiographiques avec de nombreuses personnes, je tiens à les remercier tout spécialement ! Ce ne fut pas une mince affaire mais l'occasion de partager de nombreux moments en tête à tête ☺ et quelques nocturnes. Le cœur de nos travaux de thèse réside ici, donc merci beaucoup à toute l'équipe de cotateurs : Fabrice, Jevita, Priscille, Marie-Charlotte G., Sébastien K., Laure et Hanna.

Quelques remerciements plus personnalisés...

A Hédi, qui a récemment rejoint l'équipe et j'en suis très contente. Merci pour ton amitié, pour nos discussions passionnées et nos nombreux fous rires ! Et vive la mémoire autobio ☺

A ma collègue de bureau depuis maintenant 3 ans et demi, Anne-Clémence. Travailler face à face tout au long de la thèse ça rapproche ! Je crois qu'une belle complicité est née de ce face à face, en témoignent nos incroyables synchronisations de langage (« c'est Églantinesque ! »). Merci pour ton soutien tout au long de nos aventures, j'espère en avoir fait autant !

A Virginie, avec qui j'ai partagé ma première expérience de tutorat. Merci pour ta grande implication dans l'étude que nous avons réalisée. Je suis très fière du travail que l'on a pu faire ensemble.

Merci aux chercheurs avec qui j'ai eu l'honneur et le plaisir de collaborer à l'occasion de cette thèse.

Christin, Tilmann, I would like to thank both of you. You have initiated an exciting and inspiring work, leading to my Ph D project. I am admiring of the work you've accomplished and you still do. I have learned so much working with you, thank you very much for everything you've shared with me.

Christin, merci pour ton amitié. Tu as été comme une grande sœur pendant cette thèse, m'accompagnant à distance dans mes projets de recherche. Ton énergie, ton optimisme et ta joie de vivre sont absolument incroyables. Merci de m'avoir fait bénéficier des belles opportunités de communication que tu as créées. Merci pour ces belles expériences partagées !

Un grand merci à l'équipe de Lille, Jean-Louis Nandrino, Karyn Doba et Marie-Charlotte Gandolphe. Notre collaboration fut une belle aventure, donnant lieu à un des articles de cette thèse. Les échanges ont toujours été simples et agréables. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous.

Merci à Arnaud d'Argembeau. Merci pour ta générosité professionnelle et pour toutes les réflexions partagées lors de notre collaboration. Je garde aussi en mémoire les très bons moments passés avec l'équipe belge à l'occasion de congrès.

I would like to thank Con Amore, especially Dorthe T. and the Thomsen's Kelly, Tine, Majse and Rigge, you've welcomed me so warmly! Thank you Dorthe T. for all you shared with me (professionally and outside the lab, to show me the city ☺), thank you for your wonderful kindness and generosity. I would like to thank also Tine for all we shared during these 3 months in Aarhus! What a great opportunity we had to know each other and exchange our professional experiences!

Thank you to Dorthe B. for having welcomed me in her research center at this occasion. It has been the started point of a new collaboration between the two of us, leading to a future postdoc. You are an inspiring researcher and I'm very exciting to start working with you soon.

In general, thank you to the entire fantastic team! My first stay in Aarhus was such a formative experience for me... And only the beginning of a bigger adventure.

Merci aussi à tous ceux que j'ai croisés au IC dorm et qui ont participé à faire de ce séjour danois un merveilleux moment. Pour n'en citer que quelques-uns : Heba, Fagr, Veera, Antoine, Anne-Christine, Ling, Arm, Hamdam... et ceux que j'oublie. Nos incroyables repas (avec toujours plus de monde) ont été de beaux moments de partage culturel.

Remerciements

En dehors du milieu professionnel et des rencontres réalisées dans ce cadre, mes premiers remerciements vont bien sûr à mes parents. Je veux les remercier infiniment pour beaucoup de choses mais surtout pour leur soutien constant, leurs encouragements et leur bienveillance, toujours. Merci pour tout ce que l'on partage et pour les belles valeurs que vous m'avez transmises et dont je suis si fière aujourd'hui.

Merci à mes sisters, Viqui et Capu ! Merci d'être fidèle à vous-même et pour le beau trio que l'on forme à chaque fois que l'on est réunies !

Merci à toute ma famille (de sang et de cœur) ! Merci pour tous les bons moments que l'on partage ensemble et pour avoir toujours montré de l'intérêt pour ce que je faisais. Merci à Clacla, Joyce, Bé, tata MG, aux cousins Hans. Merci à mes grands-mères dont je suis fière. Et je pense bien entendu à mes deux grands-pères qui sont dans mon cœur. Merci à la famille Martin, en particulier aux frangins !

Un grand merci à ma Sophie, ma plume trotteuse ! Merci d'abord pour les adorables corrections que tu as apportées à ce manuscrit (même à 18 500 km de distance, tu n'y as pas échappé 😊). Mais merci surtout pour un million d'autres choses ! Pour tout ce que l'on partage (et on partage vraiment tout)... Notre amitié m'est plus que précieuse.

Ma Ijnette, mad'am Laura-Joy, merci pour beaucoup de choses... Les rencontres qui changent une vie se comptent sur les doigts d'une main et tu en fais partie.

Merci aussi à Mandine, pour notre belle amitié, forgée sur les bancs de la fac et poursuivie bien au-delà. Si on nous avait dit que l'on soutiendrait notre thèse à la fin de l'année 2016 quand on s'est rencontré à l'IUT de Nancy-Brabois... 😊 !! On a toujours été portés par notre passion commune des sciences et de la recherche, je suis heureuse que l'on ait parcouru ce chemin ensemble.

Merci à JB, mon confident, pour son soutien toutes ses années et pour tout ce que l'on a partagé. Merci pour ton amitié simple et sincère qui compte beaucoup pour moi !

I would like to deeply thank Sarah G. We became really friends in a very short time, I found you. Thank you so much for your inspiring *joie de vivre* and strength, you are such an optimistic, shiny person!

Stéphanie, merci d'avoir été une véritable amie, de m'avoir soutenue et tirée vers le haut.

Je veux ensuite et bien évidemment remercier toute la bande d'amis strasbourgeois (certains délocalisés, mais qui sont strasbourgeois de cœur j'en suis sûre) ! Sacrée équipe que l'on forme ! Et quelle chance de vous avoir à mes côtés ! Merci pour tous les moments partagés, pour notre complicité, pour le soin que l'on porte aux uns et aux autres, pour nos discussions politiques endiablées, pour nos fous rires, pour nos folles virées et pour les soirées à gogo...

Parce qu'avec vous, la vie est une fête ! Merci à Hélène et Orianette pour tout ce que l'on a partagé et échangé ensemble, ces moments me sont très chers. Merci à Alex, parce qu'avec toi, ça pulse ! (et « parfois » ça râle aussi)... Merci à Armandino pour ton enthousiasme à toute épreuve et sans égal ! A Nico et Etza pour votre piquant ;)... Et vive les caballitos (ou pas) ! A Glenn pour ton petit grain de folie si attachant. A Achilou, Angie, Juju, et tous ceux qui participent à cette belle vie collective strasbourgeoise !

Pour finir, un merci plus particulier à Thibaut. Je te remercie pour ta présence et ton soutien, déjà si précieux. Merci pour tout le reste aussi...

LISTE DES ABREVIATIONS

APA	American Psychiatric Association
BDI	Beck Depression Inventory
CDSS	Calgary Depression Scale
CIM	Classification Internationale des Maladies
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EASE	Examination of Anomalous Self-Experience
f-NART	French National Adult Reading Test
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
IDM	Ipsity-Disturbance Model
IPII	Indiana Psychiatric Illness Interview
NCRS	Narrative Coherence Rating Scale
MERIT	Metacognitive Reflective Insight Therapy
MSS	Model of Sense of Self
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PANSS	Positive and Negative Syndrom Scale for Schizophrenia
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
QI	Quotient Intellectuel
SDM	Self Defining Memories
TCC	Thérapies Cognitivo-Comportementales
TEMPau	Test Épisodique de Mémoire du Passé autobiographique
SCD	Schizophrenia Communication Disorder Scale
SDFP	Self-Defining Future Projections
SMS	Self-Memory System
STAND	Scale to Assess Narrative Development
WAIS-III	The Wechsler Adult Intelligence Scale-III

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	27
1^{ERE} PARTIE : DONNEES DE LA LITTERATURE	31
CHAPITRE 1 : LA SCHIZOPHRENIE	33
1. Généralités	37
2. Épidémiologie	38
3. Modèle « Stress-Vulnérabilité »	38
4. Symptomatologie clinique et diagnostic	40
5. Les troubles cognitifs	43
6. Traitement	46
7. Évolution de la maladie	47
CHAPITRE 2 : SELF, SENTIMENT D'IDENTITE ET RECIT DE VIE	49
1. Le <i>self</i> , définitions	51
2. Le modèle du sens de soi	54
2.1. Le <i>self</i> au présent (<i>present self</i>)	55
2.1.1. Le sentiment subjectif d'être soi	56
2.1.2. Les concepts de soi	57
2.2. Le <i>self</i> étendu dans le temps	60
2.2.1. La continuité phénoménologique	60
2.2.1.1. La remémoration autoéotique du passé	60
2.2.1.2. L'imagination autoéotique du futur	62
2.2.2. La continuité sémantique	64
2.2.2.1. Les concepts de soi étendus dans le temps	64
2.2.2.2. La chronologie temporelle sémantique	64
2.2.2.3. La continuité narrative	65
3. Le récit de vie	66
3.1. Cohérence du récit de vie	67
3.1.1. L'organisation temporelle du récit de vie	67
3.1.2. Le raisonnement autobiographique	68
3.1.2.1. Les connexions expliquant un changement	68
3.1.2.2. Les connexions reflétant la stabilité	70
3.2. Acquisition de la cohérence narrative du récit de vie	71
3.3. Évaluation de la cohérence narrative du récit de vie	73
3.4. Récit de vie et psychopathologie des maladies psychiatriques	76

CHAPITRE 3 : LES TROUBLES DU <i>SELF</i> DANS LA SCHIZOPHRENIE	79
1. Descriptions historiques des troubles du <i>self</i>	83
2. Etudes expérimentales qualitatives et quantitatives des troubles du <i>self</i>	85
2.1. Le <i>self</i> au présent (<i>present self</i>)	85
2.1.1. Le sentiment subjectif d'être soi	85
2.1.2. Les concepts de soi	88
2.1.2.1. L'estime de soi	89
2.1.2.2. Les traits de personnalité	90
2.1.2.3. Les images de soi	90
2.1.2.4. Les expériences du pic de réminiscence	91
2.2. Le <i>self</i> étendu dans le temps	92
2.2.1. La continuité phénoménologique	92
2.2.1.1. La remémoration auto-noétique du passé	92
2.2.1.2. L'imagination auto-noétique du futur	94
2.2.2. La continuité sémantique	95
CHAPITRE 4 : OBJECTIFS DES TRAVAUX DE THESE	101
1. Analyse critique de la littérature	103
2. Objectifs des travaux de thèse	103
2.1. Exploration de l'organisation temporelle du récit de vie	103
2.2. Exploration du raisonnement autobiographique au sein de récits de vie	105
2.3. Exploration de la cohérence globale du récit de vie	105
2.4. Exploration de la continuité de soi dans les deux directions temporelles	106
2.5. Exploration des liens entre continuité phénoménologique et sémantique	107
3. Résumé des articles composant nos travaux de thèse	107
2^{EME} PARTIE : CONTRIBUTIONS EXPERIMENTALES	111
CHAPITRE 1 : MATERIELS ET METHODE	113
1. Participants	115
2. Procédure générale d'inclusion	116
3. Evaluations clinique et neuropsychologique	116
4. Echelles d'auto-évaluation	117
5. Recueil des récits de vie	119
6. Cotation des récits	122
6.1. Segmentation en propositions	122
6.2. Cohérence globale des récits de vie	123
6.3. Macrostructure temporelle des récits de vie	125
6.3.1. Elaboration des débuts et fins de récits	126

6.3.2. Déviations de l'ordre temporel	128
6.4. Indicateurs locaux de cohérence globale	129
7. Évaluation du concept culturel de biographie	132
CHAPITRE 2 : APPREHENDER LES MECANISMES DE L'INCOHERENCE NARRATIVE DANS LA SCHIZOPHRENIE : ANALYSE DE LA STRUCTURE TEMPORELLE DES RECITS DE VIE DE PATIENTS	137
1. Rappel des objectifs et hypothèses de l'article 1	139
2. Article 1	141
3. Synthèse des résultats de l'article 1	153
CHAPITRE 3 : EXPLORER LA COHERENCE ET L'UTILISATION DU RAISONNEMENT AUTOBIOGRAPHIQUE AU SEIN DES RECITS DE VIE DE PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE	157
1. Rappels des objectifs et hypothèses de l'article 2	159
2. Article 2	161
3. Synthèse des résultats de l'article 2	173
CHAPITRE 4 : EXPLORER LA CONTINUITE DE SOI A TRAVERS SES DEUX DIMENSIONS PHENOMENOLOGIQUE ET NARRATIVE ET CELA DANS LES DEUX DIRECTIONS TEMPORELLES (PASSE ET FUTUR) DANS LA SCHIZOPHRENIE	175
1. Rappel des objectifs et hypothèses de l'article 3	177
2. Article 3	179
3. Synthèse des résultats de l'article 3	191
3^{EME} PARTIE : DISCUSSION	193
CHAPITRE 1 : LA CONTINUITE DE SOI DANS LA SCHIZOPHRENIE	197
1. La continuité narrative dans la schizophrénie	199
1.1. La structure narrative du récit de vie	199
1.2. La cohérence causale-motivationnelle et thématique	203
1.2.1. Le raisonnement autobiographique	203
1.2.2. La cohérence causale-motivationnelle et thématique globale	206
2. La continuité phénoménologique dans la schizophrénie	208
3. Les continuités phénoménologique et narrative sont-elles liées ou indépendantes ?	209
CHAPITRE 2 : QUELLES PEUVENT ETRE LES EXPLICATIONS DE L'ALTERATION DE LA CONTINUITE DE SOI DANS LA SCHIZOPHRENIE ?	213
1. Hypothèse cognitive de l'altération de la continuité de soi	215

1.1. Au regard de la continuité narrative	215
1.2. Au regard de la continuité phénoménologique	216
2. Hypothèse métacognitive de l'altération de la continuité de soi	220
2.1. Au regard de la continuité narrative	220
2.2. Au regard de la continuité phénoménologique	221
3. Hypothèse de l'impact de la trajectoire de vie et des évènements traumatiques vécus par les patients	223
3.1. Au regard de la continuité narrative	223
3.2. Au regard de la continuité phénoménologique	226
3.3. Place des évènements traumatiques et des évènements liés à la maladie dans nos travaux	227
4. Perspective neurodéveloppementale des altérations de la continuité narrative	229
4.1. La moindre cohérence narrative des patients est-elle due à un défaut d'apprentissage socio-culturel ?	230
4.2. La moindre cohérence narrative des patients est-elle due à un défaut de maturation ou une diminution des capacités cognitives ?	231
5. Hypothèse d'une dysconnexion en le <i>self</i> et la mémoire autobiographique dans la schizophrénie	232
CHAPITRE 3 : QUELLES SOLUTIONS APPORTER AUX TROUBLES DE LA CONTINUITÉ DE SOI DANS LA SCHIZOPHRENIE ?	235
1. Le récit de vie comme outil thérapeutique	237
1.1. Récit de vie et santé mentale	237
1.2. Les psychothérapies narratives	239
2. Remédiation cognitive du voyage mental dans le temps	243
CHAPITRE 4 : ANALYSE CRITIQUE DES TRAVAUX	247
1. Le rôle des troubles de langage dans la narration du récit de vie	251
2. Le rôle des capacités narratives générales dans la moindre cohérence du récit de vie des patients	252
3. La véracité des souvenirs racontés par les patients	254
4. L'altération de la continuité de soi est-elle spécifique de la schizophrénie ?	257
CHAPITRE 5 : PERSPECTIVES DE RECHERCHE	261
1. Questions en suspens au regard de nos études	263
2. Questions en suspens au regard du modèle du sens et de soi et des troubles du <i>self</i> dans la schizophrénie	264
3. Questions en suspens au regard de la recherche en mémoire autobiographique dans la schizophrénie	267

3.1. Les troubles de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie sont-ils la conséquence de perturbations de l'encodage en mémoire des événements ?	267
3.2. Comment préciser le rôle du dysfonctionnement exécutif dans les troubles de la mémoire autobiographique et du <i>self</i> dans la schizophrénie ?	267
CONCLUSION	271
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	277
ANNEXES	309

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Récapitulatif des méthodes d'évaluation de la cohérence narrative du récit de vie
(Habermas et al 2008 ; Köber et al. 2015)
- Tableau 2 : Echelle de cotation de la cohérence temporelle globale
- Tableau 3 : Echelle de cotation de la cohérence causale-motivationale globale
- Tableau 4 : Echelle de cotation de la cohérence thématique globale
- Tableau 5 : Datation et élaboration des débuts de récits de vie
- Tableau 6 : Datation et élaboration des fins de récits de vie
- Tableau 7 : Tableau résumant les indicateurs locaux de cohérence temporelle, causale-motivationale et thématique analysés dans les récits de vie
- Tableau 8 : Récapitulatif des analyses effectuées sur les récits de vie collectés à Lille et à Strasbourg
- Tableau 9 : Evènements constituant le schéma de vie culturel selon une cohorte de 103 participants occidentaux ainsi que la fréquence de citation au sein de la cohorte
(Berntsen & Rubin, 2004)

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle du Sens de Soi (*Model of Sense of Self*, Prebble et al. 2013)

Figure 2 : Présentation des relations hypothétiques entre les différents éléments du Modèle du Sens de Soi et la mémoire autobiographique

Figure 3 : Modèle du Sens de Soi (*Model of Sense of Self*, Prebble et al. 2013)

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Echelle d'Estime de Soi

Annexe 2 : Questionnaire de Pratiques Biographiques

Annexe 3 : Questionnaire d'Orientation de Vie

Annexe 4 : Evaluation des évènements de vie

Annexe 5 : Evaluation des évènements futurs

INTRODUCTION

La schizophrénie est une maladie mentale complexe et sévère, d'évolution variable. Malgré une apparente hétérogénéité clinique, de nombreux psychiatres considèrent qu'un socle de symptômes communs pourrait sous-tendre le *groupe des schizophrénies* (Bleuler, 1911). Pour certains, ce fondement pourrait prendre corps dans les troubles de la conscience de soi.

Pendant très longtemps, la schizophrénie était perçue comme une maladie chronique, d'évolution défavorable, avec un mauvais pronostic et très peu d'améliorations possibles. La stabilité des patients était alors le but ultime des soins thérapeutiques qui leur étaient apportés, avec comme critères principaux la stabilité des symptômes schizophréniques et l'absence de rechute ou d'hospitalisation. Cependant, depuis peu, la stabilité clinique des patients est de plus en plus considérée comme une étape vers un rétablissement plus profond (Davidson, 2003; Spaniol, Wewiorski, Gagne, & Anthony, 2002). Ce changement de perspective a soulevé certaines limites des traitements pharmacologiques. Bien qu'ils soient d'une importance primordiale au moment des phases aiguës de la maladie, notamment pour contrebalancer les symptômes psychotiques des patients et permettre leur stabilisation, ils restent insuffisants dans l'accompagnement des patients vers un réel rétablissement. Afin de tendre vers ce but, il semble aujourd'hui évident que l'approche thérapeutique doit être combinée et comprendre à la fois des traitements pharmacologiques et des interventions de psychothérapie et de réhabilitation pour aider au mieux les patients qui souffrent de schizophrénie.

La notion de rétablissement dans la schizophrénie n'est pas encore tout à fait claire. Toutefois, un consensus semble émerger sur l'existence de deux dimensions complémentaires du rétablissement. La dimension objective du rétablissement, qui inclut des changements concrets et facilement identifiables tels qu'un emploi à plein temps, une absence de symptômes ou encore le temps passé à s'occuper de sa famille, est distinguée de la dimension subjective. Cette dernière correspond d'une part, à l'évaluation personnelle que fait le patient de ses propres conditions de vie et des opportunités présentes ou futures qui s'offrent à lui. Dans une dynamique de rétablissement, il les considère généralement comme rassurantes, confortables, agréables, positives. Cette dimension est tournée vers les indices externes que perçoit le patient. D'autre part, la dimension subjective du rétablissement intègre le ressenti et l'expérience interne du patient. Cette étape consiste,

pour celui-ci, à retrouver une expérience et une continuité de soi cohérentes et ancrées dans le monde (Koenig-Flahaut, Castillo, & Blanchet, 2012). Pour de nombreux cliniciens, une des clés du rétablissement subjectif dans la schizophrénie réside dans la prise en charge, l'amélioration et la compensation des perturbations identitaires ressenties par les patients, en travaillant notamment sur la mise en récit de leur histoire de vie (France & Uhlin, 2006; Paul H. Lysaker, Dimaggio, et al., 2010; Paul H. Lysaker & Lysaker, 2010; Paul H. Lysaker, Ringer, Maxwell, McGuire, & Lecomte, 2010; Roe & Davidson, 2005; Saavedra, Cubero, & Crawford, 2009). En réalité, les troubles de l'identité sont vastes dans la schizophrénie. Ils englobent des sensations de perte de contrôle de ses propres actions ou de ses propres pensées, ou encore des impressions subjectives de ne plus être la même personne que dans le passé.

Bien que décrits très tôt dans l'histoire de cette maladie, leur observation et leur étude ont été délaissées par les approches scientifiques plus récentes, notamment en raison des difficultés à les définir précisément, à les objectiver et à les mesurer. Ces difficultés sont principalement dues au caractère éminemment subjectif des troubles de l'identité, à leur grande hétérogénéité, et à la complexité et l'étendue des champs conceptuels utilisés pour les décrire allant de la philosophie aux neurosciences en passant par la psychologie et la sociologie.

Le modèle du Sens de Soi développé par Prebble et collaborateurs (2013) distingue deux facettes de la conscience de soi : l'unité de soi et la continuité de soi, et offre une perspective intéressante permettant de comprendre les troubles de l'identité personnelle comme provenant d'anomalies de la mémoire autobiographique.

Constamment, à chaque instant, nous pensons, nous ressentons, nous agissons, nous décidons, nous percevons. Nous avons, à un certain degré, conscience de nos états mentaux, nos sentiments, nos émotions, nos croyances, nos souvenirs, nos sensations, etc. Cette conscience que nous avons de nous-mêmes nous procure une sensation d'unité de soi, nous permettant de savoir que nous sommes auteurs de nos pensées et de nos actions et que nous sommes des êtres distincts de l'environnement. Au-delà de cette sensation singulière, immuable et instinctive d'unité personnelle, nous ressentons un sentiment de continuité de soi attestant que nous demeurons la même personne au cours du temps. La conscience de

soi, englobant ces dimensions d'unité et de continuité, résulte pour une part, de processus automatiques et inconscients mais également de constructions réflexives et raisonnées. Cette conscience de soi correspond à une sensation ou une construction omniprésente de ne former qu'un, à chaque instant et à travers le temps qui passe. C'est le sentiment le plus profond et le plus fondamental qui caractérise la vie humaine. A travers la pathologie schizophrénique, c'est précisément cette conscience de soi qui, dans ses différentes facettes, semble être perdue, altérée, perturbée ou bouleversée chez les patients.

La nature et les mécanismes de l'altération de la continuité de soi dans le temps restent peu connus dans la schizophrénie. Dans le but de mieux les caractériser et de mieux les comprendre, nous avons basé nos réflexions et nos travaux sur le modèle du Sens de Soi (Prebble, Addis, & Tippett, 2013). La littérature sur les troubles de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie met en avant une fragilisation importante d'une première composante de la continuité de soi dans le temps ; la continuité phénoménologique. Les patients ont des difficultés à accéder à la composante expérientielle et subjective de leurs souvenirs autobiographiques, et donc à revivre consciemment des évènements passés ou anticiper des évènements futurs. Il en découle une altération sévère du voyage mental dans le temps dans la schizophrénie. En parallèle, certaines études ont fait le constat que des aspects plus sémantiques et raisonnés de la continuité de soi étaient déficitaires chez ces patients. Ces premiers résultats laissent penser que la construction de la continuité narrative, second composant de la continuité de soi, serait également affaiblie dans la schizophrénie. Toutefois, ayant exploré uniquement une partie de cette continuité narrative et cela au sein d'évènements ponctuels et isolés, ces études ne permettent pas réellement de conclure quant à l'altération de la continuité de soi dans la schizophrénie.

Le manque de compréhension des troubles de l'identité dans la schizophrénie associé à l'importance de la reconstruction identitaire à travers le récit de soi dans la dynamique de rétablissement des patients nous ont conduits à explorer la cohérence des récits de vie de patients schizophrènes stabilisés. Après une description clinique de la schizophrénie, une présentation du modèle du sens de soi et une revue de la littérature portant sur les troubles de l'identité dans cette pathologie, nous tenterons d'apporter des réponses aux questions soulevées. Nous présenterons, dans un premier temps, nos travaux réalisés sur

l'organisation temporelle des récits de vie de patients. Puis nous reprendrons les résultats de l'évaluation de la cohérence globale des récits de vie, directement liée aux réflexions identitaires du narrateur. Enfin, les résultats de l'exploration et de la comparaison des continuités phénoménologique et narrative dans les deux dimensions temporelles, passé et futur, seront présentés dans un 3^{ème} temps. Nos travaux seront discutés dans la dernière partie de ce manuscrit. Les perspectives cliniques et de recherche découlant de nos études seront également abordées.

1^{ERE} PARTIE

DONNEES DE LA LITTERATURE

CHAPITRE 1

LA SCHIZOPHRENIE

Sommaire

1. Généralités
 2. Épidémiologie
 3. Modèle « Stress-Vulnérabilité »
 4. Symptomatologie clinique et diagnostic
 5. Troubles cognitifs
 6. Traitements
 7. Évolution de la maladie
-

« Je vais commencer par la maladie du 21 novembre 92 à 19h, quand je suis tombée malade. J'ai eu un délire, je me suis mise à entendre des voix, et les voix elles parlaient de moi, elles étaient méchantes. Je pensais que la terre s'était arrêtée de tourner et que l'on parlait de moi constamment. Je voyais des gens qui parlaient : ça y est, on parle de moi ; des gens qui riaient : on se fout de moi. J'avais 15 ans à l'époque. Ça a commencé une nuit, je me suis mise à hurler même dans la rue : « Arrêtez ! Arrêtez de parler ! ». Ça ne s'arrêtait pas. Alors mes parents ont eu très peur, ils ont téléphoné à un médecin. Le médecin est venu. »

Début du récit de vie de SC., collecté à Strasbourg en 2012.

1. Généralités

La schizophrénie est une maladie mentale sévère appartenant à la catégorie des psychoses. Elle se caractérise par une distorsion des pensées et/ou de la perception conduisant à une perte de contact avec la réalité. Les premières descriptions de la maladie sont rapportées par Kraepelin (1856-1926) en 1899 et regroupées sous le terme de « Démence précoce ». En 1911, c'est le psychiatre Eugène Bleuler (1857-1937) qui introduisit pour la première fois le terme de « schizophrénie » pour qualifier cette maladie. Il provient de la contraction des mots grecs *schizo* (« séparé ») et *phrên* (« esprit »).

Contrairement à ce qui participe aux idées reçues sur cette maladie, la schizophrénie n'est pas un dédoublement de personnalité, même si elle altère de façon profonde l'identité même du sujet qui en souffre. En revanche, elle se caractérise par une alternance entre des épisodes aigus associant hallucinations, délire et troubles du comportement et des phases de rémission avec une persistance de symptômes chroniques constituant un handicap au quotidien pour les patients. De manière générale, la schizophrénie débute à la fin de l'adolescence, début de l'âge adulte. Les phases d'entrée dans la maladie diffèrent fortement d'un patient à l'autre, rendant le diagnostic parfois compliqué à établir. Généralement, les symptômes s'installent progressivement sur plusieurs années, cela correspond à la phase prodromique de la maladie (Tandon, Nasrallah, & Keshavan, 2009). Durant cette période, le plus souvent l'adolescence, on note des changements comportementaux qui s'installent lentement et sournoisement (bien que ces changements puissent apparaître beaucoup plus rapidement dans certains cas). Parmi ces signes, on peut observer un retrait social, des difficultés scolaires ou professionnelles, des bizarreries comportementales, une réduction de la capacité à planifier des actes ou à mener des actions à leur terme. On retrouve également une sensibilité émotionnelle très accentuée, l'apparition d'une attirance pour l'alcool ou la drogue, une forte anxiété associée, des préoccupations somatiques et des épisodes de dépersonnalisation (vécus d'irréalité, changements de la perception, perte d'identité ou encore sensations de transformation corporelle). Cette phase prodromique dure plusieurs semaines ou plusieurs mois. Ensuite, l'entrée dans la maladie se fait soit par un accès aigu soit de manière plus insidieuse. L'accès aigu a souvent lieu après un événement facilement identifiable qui est qualifié de stressant par le patient.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2001) classe la schizophrénie parmi les 10 maladies les plus invalidantes du fait de l'importante désocialisation et précarité qui y sont associées, surtout chez les patients jeunes. En outre, l'espérance de vie des patients schizophrènes est en moyenne inférieure de 10 ans à celle de la population normale, ceci étant dû principalement au fort risque suicidaire associé à la maladie (40% des patients souffrant de schizophrénie tentent de se suicider et 10% des patients mettent fin à leurs jours).

2. Épidémiologie

La prévalence d'une maladie correspond au nombre de cas pathologiques observés à un moment donné ou sur une période définie, dans une population donnée. Celle de la schizophrénie se situe en moyenne entre 0.7% et 1,3% de la population (McGrath et al., 2004). Cela correspond à 600 000 personnes touchées en France.

L'incidence d'une maladie est le nombre de nouveaux cas pathologiques apparus dans une population donnée, pour une période donnée. On observe, pour la schizophrénie, 15.2 nouveaux cas sur 100 000 personnes chaque année (McGrath et al., 2004) ce qui représente 10 000 nouveaux cas par an en France. La méta-analyse de McGrath et collaborateurs (2004) montre que l'incidence de la maladie varie selon plusieurs facteurs de risque tels que l'urbanisation, l'immigration et le sexe (avec une probabilité supérieure chez les hommes) présents chez des personnes susceptibles de développer une psychose.

3. Modèle « Stress-Vulnérabilité »

La schizophrénie est une pathologie complexe dont l'expression symptomatique est très variée et les facteurs étiologiques multiples. Les nombreuses données issues des dernières décennies de recherche sur la question permettent à l'heure actuelle de faire émerger un modèle intégratif « stress-vulnérabilité ». Il prend en compte les hypothèses génétique, neuro-développementale mais également socio-environnementale et psychologique afin de comprendre et expliquer l'apparition de la schizophrénie (van Os,

Kenis, & Rutten, 2010). En effet, en plus des facteurs prédisposants à la maladie (qui confèrent une vulnérabilité à l'individu), des facteurs précipitant tels que des stress sociaux, psychologiques ou environnementaux jouent un rôle essentiel dans le déclenchement de la schizophrénie. Ainsi, ce serait la combinaison et la résultante de ces deux types de facteurs associés qui conduiraient à l'émergence des symptômes psychotiques chez un individu.

Concernant l'influence des facteurs génétiques, bien que les 2/3 des cas de schizophrénie apparaissent de manière sporadique, avoir un membre de sa famille touché par la maladie augmente les risques de développer une psychose. De plus, des études portant sur des jumeaux ont permis d'apporter de solides arguments soutenant l'hypothèse génétique de la maladie. Il a été montré chez les jumeaux homozygotes (qui partagent 100% de gènes en commun) que lorsque l'un des jumeaux est touché par la maladie le second a entre 40 et 50% de risque de développer une schizophrénie également (Gottesman, McGuffin, & Farmer, 1987; Sullivan, Kendler, & Neale, 2003). Toutefois, bien que des causes génétiques aient longtemps été recherchées et le soient toujours actuellement (Shields, Gottesman, & Slater, 1967; Wu, Yao, & Luo, 2016), aucune mutation génétique n'a été montrée suffisante ou nécessaire pour développer la maladie. La communauté scientifique s'accorde à dire que la schizophrénie n'est pas due à une ou plusieurs mutations génétiques mais est de cause multifactorielle.

Au-delà des facteurs génétiques, l'hypothèse neuro-développementale apporte un éclairage supplémentaire sur les éventuelles causes de la maladie. En effet, des perturbations ou stress (telles que des infections virales ou bactériennes) ayant eu lieu *in utero* pendant la grossesse, ou encore une grossesse ou un accouchement compliqués sont autant de facteurs prédisposant à la symptomatologie schizophrénique (Brown et al., 2004; Huttunen & Niskanen, 1978; Susser et al., 1996; van Os & Selten, 1998). Des facteurs socio-environnementaux entrent également en ligne de compte, puisqu'un environnement urbain (Eaton, Mortensen, & Frydenberg, 2000), une migration (à modérer avec les facteurs socio-économiques) (Hjern, Wicks, & Dalman, 2004) ou bien un bas niveau socio-économique (Boydell, van Os, McKenzie, & Murray, 2004) augmentent la probabilité de développer une schizophrénie. D'autres facteurs environnementaux (Mäki et al., 2005) telles que les infections virales ou bactériennes dans les premières années de vie, l'exposition aux métaux lourds (Opler et al., 2004) ou bien encore les traumatismes crâniens (AbdelMalik, Husted,

Chow, & Bassett, 2003) sont également associés à une probabilité augmentée de schizophrénie à l'âge adulte.

A travers les cultures, l'adolescence est une période de la vie connue pour ses changements majeurs tant au point de vue biologique que psychologique (Durston & Casey, 2006; Giedd et al., 1999). Durant cette période charnière, le cerveau subit une maturation importante entraînant des changements anatomiques et fonctionnels. Ces modifications fragilisent l'équilibre neurologique et psychologique de chacun et favorisent l'apparition de nombreuses maladies psychiatriques dont la schizophrénie (Giedd, Keshavan, & Paus, 2008). C'est donc suite à cette période, généralement à la fin de l'adolescence, début de l'âge adulte, que la schizophrénie émerge. Chez un individu dit vulnérable (de par la présence de facteurs génétiques, sociaux ou environnementaux), un stress sévère, vécu lors de cette période de maturation et de changements cérébraux, entraînera le développement d'une schizophrénie. Ce stress peut être d'origine psychologique (e.g. rupture amoureuse, licenciement, échec important, perte d'un proche) ou bien toxicologique (e.g. consommation de cannabis). Dans les 3 mois précédant le premier épisode aigu de la maladie, 50% des patients décrivent avoir vécu un événement de vie particulièrement stressant (Norman & Malla, 1993). Une récente méta-analyse a montré que les patients schizophrènes avaient été exposés en moyenne à 2,72 fois plus d'événements traumatiques au cours de leur vie que des sujets non malades (Varese et al., 2012).

Au travers de ces différentes études, on réalise la complexité étiologique de cette maladie. Actuellement, le modèle intégratif « Stress-Vulnérabilité » expliquant l'évolution de la maladie en plusieurs étapes, semble faire consensus. Cependant, nous pouvons noter que les mécanismes de cette interaction stress-vulnérabilité restent encore peu compris.

4. Symptomatologie clinique et diagnostic

Au départ, les descriptions hétérogènes de la schizophrénie ont mené à diagnostiquer cette maladie en se rapportant aux différentes catégories que proposaient les classifications internationales. Puis, la limite de cette approche et l'observation d'un continuum symptomatologique entre différentes maladies mentales d'une part et entre le

normal et le pathologique d'autre part ont conduit à considérer la schizophrénie selon une approche clinique dimensionnelle. En effet, des études rapportent une prévalence importante des expériences hallucinatoires et délirantes dans la population générale (entre 10 et 15%) (Verdoux & van Os, 2002). De plus, des études épidémiologiques ont montré que 10 à 39% des personnes présentent des symptômes psychotiques au cours de leur vie (Johns & van Os, 2001). La majorité des expériences psychotiques (75-90%) seraient en réalité transitoires et disparaîtraient dans le temps (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2009). La transformation des expériences psychotiques en symptômes persistants puis en troubles psychotiques chroniques serait la conséquence de l'interaction stress-vulnérabilité décrite précédemment (van Os et al., 2009). Certains auteurs soutiennent qu'il n'existe pas de frontière stricte entre le normal et le pathologique (Bentall, Jackson, & Pilgrim, 1988) mais que les symptômes schizophréniques diffèrent uniquement de façon quantitative (et non qualitative) d'expériences et de comportements retrouvés dans la population normale.

L'approche clinique dimensionnelle caractérise la schizophrénie selon 3 dimensions psychopathologiques relativement indépendantes et qui s'expriment à différents degrés d'un patient à l'autre. La première dimension est caractérisée par la transformation ou la distorsion délirante de la réalité, elle s'exprime au travers d'hallucinations ou de pensées délirantes. Ces symptômes sont dits positifs ou productifs car ils correspondent à l'excès ou la distorsion de fonctions normales. La deuxième dimension correspond à un appauvrissement affectif et psychomoteur. Les symptômes qui en découlent sont dits négatifs (en référence à la diminution ou la perte de fonctions normales) et correspondent à l'émoussement affectif, le repli social, l'apathie-avolition ou encore l'anhédonie. Enfin, la désorganisation, troisième dimension psychopathologique de la schizophrénie, se caractérise par des troubles de la pensée, du langage ou encore du comportement.

Afin de permettre une unification du langage sur la schizophrénie et une compréhension internationale de ce trouble, deux classifications font aujourd'hui référence : la classification DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^{ème} version, APA, 2013) et CIM-10 (Classification International des Maladies, 10^{ème} version, OMS, 1993).

Voici les critères diagnostiques de la schizophrénie tels qu'ils sont proposés actuellement par le DSM-5 (APA, 2013) :

*Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). **Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 :***

1. *Idées délirantes*
2. *Hallucinations*
3. *Discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)*
4. *Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique*
5. *Symptômes négatifs (c.-à-d., **réduction de l'expression émotionnelle, aboulie**)*

B. *Pendant une partie significative du temps depuis la survenue du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, incapacité à éteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).*

C. *Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromique et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère A présents sous une forme atténuée (e.g. croyances bizarres, perceptions inhabituelles).*

D. *Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit 1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, soit 2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.*

E. *La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.*

F. En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

Remarque : Les parties mises en caractères gras correspondent aux changements introduits par rapport au DSM IV-TR¹

Outre les symptômes que nous venons de décrire et qui sont inclus dans les classifications internationales, les patients souffrent de déficits cognitifs. Ces derniers s'expriment de manière hétérogène mais sont de première importance au regard du handicap fonctionnel qu'ils engendrent. En outre, les patients expriment des troubles de l'identité qui, bien que faisant partie des premières descriptions de la maladie et observés chez une grande proportion de patients, ne sont plus inclus dans les critères diagnostiques actuels. Nous y reviendrons de manière plus détaillée dans le chapitre 3 qui leur est consacré.

5. Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs ont été décrits très tôt dans l'histoire de la schizophrénie, dès la fin du XIXe siècle. A cette époque, Kraepelin (1899) définissait déjà la « démence précoce » comme étant un désordre cognitif associé à un déclin fonctionnel et intellectuel d'évolution défavorable. Il décrivait des déficits cognitifs touchant l'attention, la motivation, l'apprentissage ou encore la résolution des problèmes. Bleuler (1911) avait également décrit ces troubles comme étant au cœur de la maladie. Il distinguait les symptômes fondamentaux (présents chez tous les patients et à tous les stades de la maladie) des symptômes accessoires (non spécifiques de la schizophrénie et non présents chez tous les patients). Les symptômes fondamentaux rassemblaient pour Bleuler, la symptomatologie négative et les

¹ Tous les patients ayant participé aux protocoles de recherche de notre thèse ont été diagnostiqués selon les critères du DSM IV-TR.

déficits cognitifs. Par la suite, ces troubles cognitifs sont un peu tombés dans l'oubli à la faveur des symptômes positifs plus saillants chez les patients, et au cœur de l'évolution de leur prise en charge à travers l'apparition des neuroleptiques.

Toutefois, depuis quelques décennies, on observe un regain d'intérêt pour l'étude des déficits cognitifs dans la schizophrénie et les nombreuses recherches menées au cours de ces dernières années ont permis de caractériser la schizophrénie comme étant une pathologie de la cognition (Aleman, Hijman, de Haan, & Kahn, 1999; Barch & Ceaser, 2012; Frith, 1995). Les déficits cognitifs touchent 85% des patients schizophrènes (Palmer et al., 1997) et seraient même plus répandus en comparaison des autres symptômes schizophréniques. De plus, il a été montré que ces troubles étaient présents dès le premier épisode psychotique (Saykin et al., 1994) et même, chez certains patients, présents avant le début des symptômes psychotiques. Les déficits cognitifs affectent également les personnes à risque de développer une schizophrénie (Giuliano et al., 2012; Lencz et al., 2006). A ce propos, Barch et collaborateurs (Barch, Cohen, & Csernansky, 2014) ont récemment mis en évidence que les frères et sœurs de patients schizophrènes avaient des performances diminuées dans les tâches évaluant la mémoire de travail, la mémoire épisodique et les fonctions exécutives. Enfin, il a été montré que le fonctionnement cognitif des patients souffrant de schizophrénie était l'un des facteurs les plus importants déterminants la qualité de vie des patients, en comparaison aux symptômes schizophréniques plus classiques tels que les hallucinations ou le délire (Nuechterlein et al., 2011). Parmi l'ensemble des déficits cognitifs, les troubles de la mémoire déclarative, de la mémoire de travail, des fonctions exécutives et de l'attention soutenue seraient les plus prédictifs d'une évolution fonctionnelle défavorable à la fois lors de la phase prodromique (Bilder et al., 2000; Cornblatt & Erlenmeyer-Kimling, 1985; Silverstein, Mavrolefteros, & Close, 2002) mais également lorsque la maladie est installée (M. F. Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000; D. I. Velligan, Bow-Thomas, Mahurin, Miller, & Halgunseth, 2000).

De manière plus détaillée, le déficit exécutif toucherait 40 à 95% des patients (D. I. Velligan & Bow-Thomas, 1999). La méta-analyse de Johnson-Selfridge et Zalewski (2001) montre une réduction significative du fonctionnement exécutif dans la schizophrénie avec une taille d'effet importante (-1.41 comparativement aux volontaires sains). En clinique, ce déficit cognitif s'exprime chez les patients par une difficulté d'adaptation face à de nouvelles

situation, un manque de flexibilité mentale et d'inhibition, une perte de la capacité d'abstraction et par des comportements erronés et persévérants (en reproduisant la même action même si elle est vouée à l'échec et ce malgré des capacités intellectuelles préservées).

Les fonctions mnésiques sont parmi les fonctions les plus touchées dans la schizophrénie. Toutefois, ces altérations ne se retrouvent pas de manière globale puisque la mémoire procédurale est peu touchée voire intacte (J. M. Danion, Peretti, Gras-Vincendon, & Singer, 1992; Kern, Hartzell, Izaguirre, & Hamilton, 2010) tandis que les systèmes de mémoire de travail, sémantique et épisodique sont les plus couramment perturbés chez les patients (Cirillo & Seidman, 2003; J. M. Danion, Meulemans, Kauffmann-Muller, & Vermaat, 2001; Feinstein, Goldberg, Nowlin, & Weinberger, 1998; Javitt, Doneshka, Grochowski, & Ritter, 1995; McKay et al., 1996). Au-delà des déficits en mémoire épisodique mis en évidence par des tests de laboratoire ou des épreuves normées, des troubles de la mémoire autobiographique sont également observés chez les patients souffrant de schizophrénie (Berna, Potheegadoo, et al., 2016). Ce système de mémoire concerne essentiellement les souvenirs que nous avons des événements personnellement vécus et étroitement lié à l'identité personnelle (Conway, 2005). Les déficits observés chez les patients concernant ce système de mémoire sont de plus en plus étudiés et présentent un intérêt indéniable de recherche. En effet, une récente étude de Mehl et collaborateurs (2010) a montré que les difficultés des patients à rappeler des souvenirs autobiographiques spécifiques et détaillés étaient de meilleurs prédicteurs du fonctionnement social que l'intensité des symptômes ou les déficits cognitifs. En outre, ils sembleraient que ces perturbations soient liées aux troubles de l'identité des patients (Bennouna-Greene et al., 2012; Berna, Potheegadoo, et al., 2016). Pour cette dernière raison, nous détaillerons de manière exhaustive les troubles de la mémoire autobiographique observés chez les patients dans le chapitre 3 consacré à leurs troubles de l'identité.

Enfin, la cognition sociale, qui fait référence à des processus psychologiques impliqués dans la perception, l'encodage, le stockage, le rappel, et la régulation d'informations nous concernant et concernant les gens qui nous entourent, se trouve également fortement altérée dans la schizophrénie (pour revue, Green, Horan, & Lee, 2015).

6. Traitements

L'apparition des neuroleptiques (dès 1952) a permis une amélioration considérable de la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie. Les asiles psychiatriques se sont transformés petit à petit en service hospitalier plus classique où le dialogue avec les patients est devenu possible et d'autres thérapies de soutien, au-delà des traitements pharmacologiques, ont pu être développées. En effet, il apparaît nécessaire d'apporter en supplément une assistance non pharmacologique aux patients souffrant de schizophrénie, dans le but de favoriser l'observance thérapeutique, d'améliorer leur vie quotidienne et de participer à leur réhabilitation psycho-sociale. Différentes formes de soutien et de psychothérapie sont maintenant proposées aux patients : les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), la psychoéducation ou encore la réhabilitation et remédiation cognitive. Les TCC ont pour objectif de remplacer le comportement inadapté par celui que souhaite obtenir le patient et ce à travers un nouvel apprentissage soutenu par le thérapeute. Ces thérapies ont montré leur efficacité en termes de réinsertion sociale, de prévention des rechutes à court et moyen termes et de réduction des symptômes (Parker, Wells, & Morrison, 2014). Puisque la sévérité et la chronicité de la schizophrénie sont aussi dues à un manque de conscience des troubles des patients (encore appelé anosognosie ou défaut d'*insight*) et à une mauvaise observance thérapeutique, la psychoéducation a montré toute son importance et son efficacité en aidant les patients et leur famille à mieux connaître la maladie et ainsi en prévenir les rechutes (Pilling et al., 2002). Enfin, diverses méthodes de réhabilitation cognitive ont été proposées (Benedict & Harris, 1989; Brenner, Hodel, Roder, & Corrigan, 1992). D'une part, les thérapies d'adaptation cognitive visent les déficits cognitifs de manière indirecte en mettant en place des stratégies et processus compensatoires permettant aux patients d'éviter de se retrouver en difficultés et ainsi contourner leurs déficits (Velligan, Bow-Thomas, Huntzinger, et al., 2000; Velligan et al., 2008). D'autre part, les thérapies de remédiation cognitive ciblent directement les déficits cognitifs en les retravaillant par la pratique d'exercices cognitifs répétés (Jaeger, 1999).

C'est l'association de ces différentes formes de traitement et de soutien qui a permis l'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie au cours de ces dernières années.

7. Évolution de la maladie

Pendant longtemps, la schizophrénie était considérée comme une pathologie avec un mauvais pronostic où la stabilité (combinant la stabilité des symptômes et une absence de rechute ou d'hospitalisation) était le but ultime des soins thérapeutiques apportés aux patients. Depuis quelques années maintenant, la stabilité des patients est considérée comme une des étapes d'un processus de rétablissement plus profond (Davidson, 2003; Liberman, Kopelowicz, Ventura, & Gutkind, 2002; Spaniol et al., 2002) et il est établi que la majorité des patients connaissent une évolution favorable (Rabinowitz, Levine, Haim, & Häfner, 2007). Le rétablissement peut être envisagé selon deux points de vue. Le premier est fondé sur des critères objectifs, reflétant une évolution symptomatique et fonctionnelle. Il est davantage considéré par le personnel soignant. Ces critères se définissent selon trois composantes (Liberman et al., 2002) : une rémission symptomatique établie, une amélioration du fonctionnement psychosocial tenant compte de l'autonomie et des relations sociales et familiales des patients ainsi qu'une inscription dans le temps de ces améliorations (sur au moins deux années consécutives). La deuxième perspective du rétablissement est basée sur des critères subjectifs, indépendamment de la présence ou de l'absence des symptômes de la maladie. Elle est principalement portée par le ressenti des patients et permet une distinction entre rémission et rétablissement. Ce second point de vue reflète un processus actif au travers duquel les patients se reconstruisent et font l'objet d'une transformation identitaire dans laquelle les expériences de la maladie seront intégrées (Koenig-Flahaut et al., 2012). La question de l'identité est centrale dans ces modèles de rétablissement (Andresen, Oades, & Caputi, 2003) avec un accent fort mis sur les récits d'expérience en première personne (c'est-à-dire des récits autobiographiques). Il en découle que de plus en plus d'approches de psychothérapie intégrative se focalisent sur la mise en jeu des compétences narratives des patients, et encouragent une reconstruction positive par la narration de leur parcours de vie. Ces méthodes ont pour but de leur permettre de recréer un sentiment de cohérence et de continuité de soi (France & Uhlin, 2006; Paul H. Lysaker & Lysaker, 2010; Paul H. Lysaker, Ringer, et al., 2010; Roe & Davidson, 2005; Saavedra et al., 2009; Smorti, Risaliti, Pananti, & Cipriani, 2008).

CHAPITRE 2

SELF, SENTIMENT D'IDENTITE ET RECIT DE VIE

Sommaire

1. Le *self*, définitions
 2. Le modèle du sens de soi
 - 2.1. Le *self* au présent (*present self*)
 - 2.1.1. Le sentiment subjectif d'être soi
 - 2.1.2. Les concepts de soi
 - 2.2. Le *self* étendu dans le temps
 - 2.2.1. La continuité phénoménologique
 - 2.2.1.1. La remémoration auto-noétique du passé
 - 2.2.1.2. L'imagination auto-noétique du futur
 - 2.2.2. La continuité sémantique
 - 2.2.2.1. Les concepts de soi étendus dans le temps
 - 2.2.2.2. La chronologie temporelle sémantique
 - 2.2.2.3. La continuité narrative
 3. Le récit de vie
 - 3.1. Cohérence du récit de vie
 - 3.1.1. L'organisation temporelle du récit de vie
 - 3.1.2. Le raisonnement autobiographique
 - 3.1.2.1. Les connexions expliquant un changement
 - 3.1.2.2. Les connexions reflétant la stabilité
 - 3.2. Acquisition de la cohérence narrative du récit de vie
 - 3.3. Évaluation de la cohérence narrative du récit de vie
 - 3.4. Récit de vie et psychopathologie des maladies psychiatriques
-

1. Le *self*, définitions

Le *self* est un terme anglais qui se réfère à un concept plus large que la notion d'identité personnelle en englobant l'ensemble des processus de référence à soi. Il n'a pas de réelle traduction en langue française. Ainsi, nous garderons le terme anglais *self* dans l'ensemble du manuscrit lorsque nous nous y référerons.

Le concept de *self* est une construction complexe et culturelle, et en trouver une définition consensuelle s'avère être une tâche délicate. En réalité, il existe pratiquement autant de définitions du *self* que de personnes qui s'y sont intéressées. De nombreuses disciplines étudient le *self* de différentes manières, avec des approches et des buts distincts. Par exemple, si les philosophes phénoménologiques focalisent leurs travaux sur la description de l'essence, du contenu ou de la perception des états mentaux, les sociologues se poseront la question de la définition de l'individu par rapport aux autres et de sa place dans la société. Ainsi l'étude du *self*, et de ses perturbations dans notre cas, passe une contextualisation théorique essentielle de nos recherches.

En science cognitive, on peut tenter de définir le *self* comme étant lié à la fois au concept de conscience de soi et à celui d'identité, certains auteurs parlant volontiers de sens de soi (« *sense of self* ») pour exprimer l'interaction de ces deux concepts. Le sentiment même d'être soi est une caractéristique essentielle de l'être humain. Il naît d'un ensemble de processus, inconscients pour beaucoup, qui nous procure un sentiment de singularité, de cohérence, d'unité et de continuité nous définissant comme être humain vivant et unique, différent d'autrui (Damasio, 2003).

En neurosciences, le *self* est considéré comme une fonction supérieure résultant du traitement des stimuli faisant « référence à soi » par les structures corticales médianes. De nombreux processus sont impliqués dans le traitement particulier de ces stimuli tels que la perception, la conscience, les émotions et la mémoire autobiographique (Northoff & Bermpohl, 2004). Ces processus se développent tout au long de l'enfance et de l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte. Ils peuvent se trouver altérés, perturbés ou absents chez certaines personnes atteintes de troubles neurologiques ou psychiatriques.

Dans ce chapitre, nous développerons et présenterons le Modèle du Sens de Soi, récemment développé par Prebble et collaborateurs (2013) et qui propose une conception du *self* comme résultant de l'intégration de la conscience de soi, de l'identité personnelle et de la mémoire autobiographique. Plus précisément, nous verrons à quel niveau ces fonctions interviennent et comment elles interagissent entre elles pour faire émerger le *self*.

Historiquement, les liens étroits entre l'identité personnelle et la mémoire autobiographique ont été décrits et admis depuis longtemps. Déjà en 1689, John Locke (1632-1704) décrivait dans son livre *Essais sur l'entendement humain* que « L'identité personnelle n'est rien sans la mémoire », et que c'est en nous basant sur nos souvenirs personnels que nous sommes capables de répondre à la question « Qui suis-je ? ». La mémoire et les souvenirs personnels dont parle John Locke font partie du système de mémoire autobiographique. Ce système complexe nous permet de collecter des informations, des événements et des expériences que nous avons vécus. Il organise conceptuellement, thématiquement et temporellement les informations autobiographiques (Williams, Conway & Cohen, 2008) et cela à différents niveaux d'abstraction : depuis les détails sensoriels, perceptifs, émotionnels et conceptuels de ce que nous avons vécu dans le passé, jusqu'à des niveaux d'organisation plus complexes résumant des périodes de vie entières et contenant les connaissances et les croyances que nous avons sur nous-mêmes et le monde (Conway, 2005; Tulving, 1985). Cette double organisation permet de distinguer la mémoire autobiographique épisodique de la mémoire autobiographique sémantique. La première s'appuie sur la remémoration consciente et vivace d'épisodes ou d'expériences vécues dans le passé. Elle met en jeu ce que Tulving a appelé la conscience auto-néotique (1985), c'est-à-dire la capacité de chacun à se projeter mentalement dans le passé et dans le futur. La seconde est une sémantisation des expériences vécues. Dans ce cas, le système de mémoire autobiographique a transformé ces expériences personnelles en un savoir et des connaissances que nous avons sur nous-mêmes. Ces connaissances sont stables et pérennes dans le temps.

C'est le psychologue américain William James (1842-1910) qui théorisa pour la première fois les liens entre l'identité personnelle et mémoire autobiographique en distinguant, dans son ouvrage *Principes de Psychologie* (1890), deux dimensions de l'identité : le *I-self* qui est un *self* expérientiel, et le *Me-self* qui correspond au *self*

conceptuel. Cette distinction apparaît essentielle et semble aujourd'hui faire consensus dans de nombreux travaux et modèles théoriques décrivant le *self*. On notera toutefois certaines variations conceptuelles dans l'appellation ou la définition de ces deux dimensions.

Ainsi, on peut définir la première dimension, correspondant au *I-self* de James, comme étant la conscience et l'expérience phénoménologique que l'on a de soi. Dans ce cas, le soi est sujet de l'expérience. Cette dimension donne lieu au sentiment subjectif d'être soi (Damasio, 2003; Gallagher, 2000; Singer, 1995). La seconde dimension, appelée *Me-self* par James, correspond à la représentation mentale que l'on a de soi-même, dans laquelle le sujet est pris comme objet de la connaissance et de la conscience. Cette dimension est basée sur des processus réflexifs d'intégration et de traitement cognitif de ce que l'on perçoit tout en faisant appel à nos connaissances et croyances personnelles. Elle concerne le contenu, la substance de soi (D'Argembeau, Feyers, et al., 2008; Kihlstrom, Beer, & Klein, 2003; Oyserman, 2001). Dans sa forme la plus achevée et la plus complexe, cette seconde dimension correspond au *self* narratif (Gallagher, 2000), c'est-à-dire aux récits que l'on fait de soi-même à soi-même ou aux autres et qui permettent d'intégrer le passé, le présent et le futur dans une unité temporelle (Ricoeur, 1990).

En résumé, on distingue dans la littérature un *self* sujet, agent de la réflexion et un *self* objet, contenu de cette réflexion. Cette distinction a toute son importance puisque, bien que ces dimensions interagissent et travaillent de concert pour faire émerger le *self*, elles sont sous-tendues par des processus distincts. Ainsi, elles peuvent être traitées et étudiées séparément.

Récemment et sur la base de cette distinction conceptuelle et de leurs précédents travaux (Addis & Tippett, 2008), Prebble, Addis et Tippett (2013) ont proposé un modèle intégré expliquant l'émergence du *self* (ou sens de soi) par les relations et les interactions de la conscience de soi, de l'identité personnelle et de la mémoire autobiographique, à la fois au moment présent mais également à travers le temps. En intégrant les précédentes théories, le Modèle du Sens de Soi (MSS, *Model of Sense of Self*; Prebble et al. 2013) explore les différentes composantes du sentiment même d'être soi.

2. Le modèle du sens de soi (Figures 1 et 2)

Le sens de soi repose sur un ensemble de processus qui intègre des expériences diverses et variées, différents niveaux de conscience, des comportements, des fonctions cognitives et des représentations mentales dans un tout cohérent et unifié. Le MSS reprend la distinction faite précédemment entre le *self* subjectif, autrement dit l'expérience même d'être soi, et le *self* conceptuel ; la représentation mentale que l'on a de soi. De plus, il introduit et prend en compte la dimension temporelle du *self* en analysant les processus permettant son expression au moment présent, à chaque instant de notre existence, mais aussi de manière étendue dans le temps par remémoration du passé et imagination du futur.

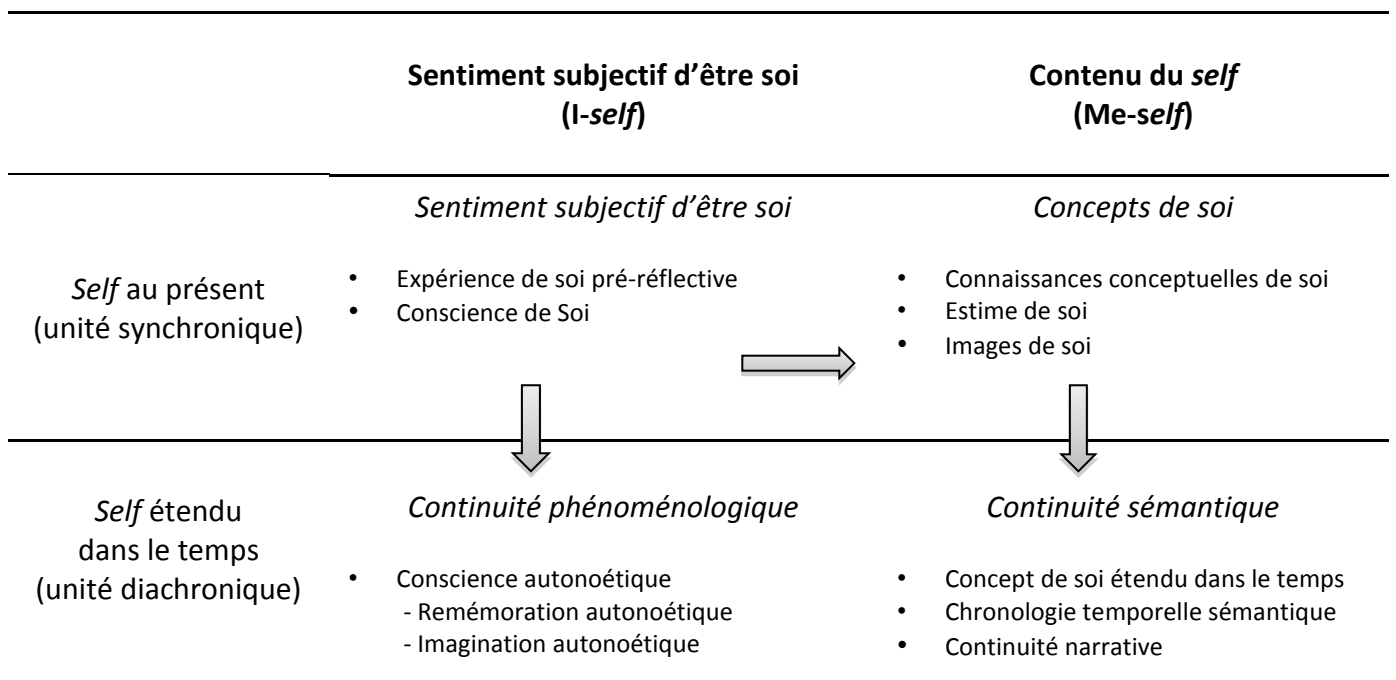


Figure 1 : Modèle du Sens de Soi (*Model of Sense of Self*, Prebble et al., 2013)

Les flèches indiquent les relations hypothétiques entre les différents aspects du sens de soi, avec le postulat que les fonctions les plus basiques sont nécessaires aux fonctions plus complexes.

	Mémoire autobiographique épisodique	Mémoire autobiographique épisodique et sémantisée
	Sentiment subjectif d'être soi (I-Self)	Contenu du Self (Me-Self)
Self présent (unité synchronique)	Hypothèse : le sentiment subjectif d'être soi au moment présent est nécessaire à la mémoire autobiographique épisodique	Hypothèse : les mémoires autobiographiques épisodique et sémantisée sont importantes pour un self-conceptuel cohérent au moment présent
Self étendu dans le temps (unité diachronique)	Hypothèse : la mémoire autobiographique épisodique est essentielle pour la continuité phénoménologique	Hypothèse : la mémoire autobiographique sémantisée est essentielle pour la continuité sémantique

Figure 2 : Présentation des relations hypothétiques entre les différents éléments du Modèle du Sens de Soi et la mémoire autobiographique.

2.1. Le *self* au présent (*present self*)

Le *self* au présent supporte l'unité synchronique de l'individu, autrement dit le sentiment de ne former qu'une seule et même personne à chaque instant. Au moment présent, l'unité synchronique repose 1) sur le sentiment subjectif d'être soi, une impression peu ou non consciente de notre corps et de nos états mentaux et 2) sur les concepts de soi, qui sont des représentations sémantiques que l'on a de soi-même.

2.1.1. Le sentiment subjectif d'être soi

Bien que la littérature montre l'existence d'une multitude de niveaux de conscience, Prebble et collaborateurs (2013) en distinguent deux principaux donnant lieu au sentiment subjectif d'être soi.

Ils appellent *l'expérience de soi pré-réflexive* le niveau minimal de conscience de soi qui implique et traite notre expérience sensorielle et perceptive au moment présent et ce de manière continue dans le temps (Christoff, Cosmelli, Legrand, & Thompson, 2011; Gallagher, 2000; Vandekerckhove & Panksepp, 2009). Cette expérience pré-réflexive de soi est inconsciente et généralement considérée comme une représentation basique de notre être vivant, physique, dans le monde. Elle est aussi appelée « proto *self* » (du grec *premier* ou *antérieur*) ou « *self* essentiel » (Damasio, 1999). Elle serait le résultat d'un ensemble de circuits neuronaux assez étendus répondant aux stimuli extéroceptifs, intéroceptifs et proprioceptifs (Craig, 2003; Damasio, 2003; Northoff et al., 2006). Toutefois, la question reste encore de savoir comment ces divers réseaux sont intégrés dans une représentation unitaire qu'est le *self* corporel et peuvent générer un sentiment subjectif de soi. Un modèle récent de la conscience de soi pré-réflexive suggère que le cortex insulaire pourrait être le support de cette fonction (Craig, 2009).

Le second niveau de conscience contribuant au sentiment subjectif d'être soi correspond à la *conscience de soi*. Elle fait appel à processus métacognitifs explicites, focalisés et dirigés vers la vie interne du sujet et non vers l'environnement extérieur. Ces processus permettent l'introspection du sujet sur ses propres états mentaux, comportements et expériences. Dans le modèle MSS, la conscience explicite de soi au moment présent traduit des capacités de méta-représentation qui utilisent le contenu des expériences conscientes de manière flexible, et cela à des fins variées (souvenir, connaissance, réflexion, prédiction, croyance, sentiment, etc.).

Les auteurs postulent que ces deux niveaux de conscience seraient des prérequis à la conscience auto-néotique et à la mémoire autobiographique épisodique. En effet, le sentiment subjectif d'être soi, sous-tendu par un flux continu d'informations conscientes et non-conscientes au moment de l'expérience initiale, serait encodé par les lobes temporaux

médians. Ce sentiment subjectif deviendrait une partie intégrante du souvenir épisodique. De cette façon, une certaine forme d'expérience subjective de soi au moment présent serait nécessaire à la mémoire autobiographique épisodique, et en permettrait une remémoration consciente lors du rappel en mémoire (Moscovitch, 1995).

2.1.2 Les concepts de soi

Parallèlement à l'expérience subjective de soi que nous venons de décrire, le *self* à chaque instant présent est également l'objet de la réflexion et de la connaissance. En effet, de la même manière que nous avons des connaissances conceptuelles et sémantiques sur ce que sont les plantes ou les océans, nous disposons de concepts et d'idées à propos de nous-mêmes : les concepts de soi (Brewer, 1986; Martin A. Conway, 2005; Leary & Tangney, 2003; Neisser, 1988). Cet aspect conceptuel du *self* n'est pas synonyme de « personnalité ». En réalité, c'est un concept qui englobe des notions plus variées tels que les jugements émotionnels ou affectifs que nous avons de nous-mêmes (l'estime de soi), nos représentations sensorielles, perceptives et cognitives (les images de soi), nos aspirations ou motivations personnelles (nos buts de vie), nos schémas comportementaux, nos traits de personnalité, ainsi que notre place dans la société (Conway, 2005; Mcadams, 2001; Singer, 1995).

De nombreuses études suggèrent que la mémoire autobiographique contribue à la fois à la formation des concepts de soi et à leur maintien dans le temps (Addis & Tippett, 2008; Martin A. Conway, Meares, & Standart, 2004; Rathbone, Moulin, & Conway, 2008; Rose Addis & Tippett, 2004). Plus particulièrement, Conway (2005) suggère que les souvenirs d'évènements vécus à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (entre 10 et 30 ans), regroupés sous l'appellation « pic de réminiscence », sont le support des connaissances que l'on a de soi. Le pic de réminiscence est un phénomène robuste de la mémoire autobiographique et a été retrouvé dans de nombreux travaux de recherche (Martin A. Conway, 2005; Copeland, Radvansky, & Goodwin, 2009; Janssen & Murre, 2008). Il concerne principalement les évènements vécus à la fin de l'adolescence, début de l'âge adulte car c'est à cette période que l'identité sociale et personnelle se construit (Erikson, 1968).

Parallèlement au développement identitaire, le pic de réminiscence peut être subdivisé en deux sous-périodes (Holmes & Conway, 1999). La première période entre 10 et 20 ans, correspond à la formation de l'identité sociale, l'individu se reconnaît alors comme faisant partie d'un groupe social avec qui il partage des influences culturelles, sociales, politiques ou encore religieuses. Les événements qui composent cette période sont à la fois vécus personnellement et partagés socialement (e.g. participation à la manifestation du 13 mai 1968) et en lien avec les premières idées politiques, religieuses, l'influence des groupes musicaux, etc. La seconde période se situe entre 20 et 30 ans et correspond à la formation de l'identité personnelle, les événements qui y sont inclus sont hautement personnels (e.g. une rencontre amoureuse, une promotion professionnelle, la naissance d'un enfant). Et c'est parce que les événements composant le pic de réminiscence sont directement liés à la formation de l'identité que leurs souvenirs seraient hautement accessibles en mémoire (par effet de référence à soi ; Rogers, Kuiper, & Kirker, 1977). Ainsi, l'importante accessibilité des souvenirs d'événements ayant construits et forgés notre identité sociale et personnelle participerait au maintien du *self* conceptuel.

Il existe d'autres souvenirs distinctifs qui participent à l'articulation de la mémoire autobiographique avec le *self*, en supportant notamment la formation des concepts de soi. Il s'agit des souvenirs définissant le soi (*Self Defining Memories, SDM*; Singer & Moffitt, 1992) et des souvenirs liés aux images de soi (Rathbone et al., 2008). En étant directement liés à des concepts de soi comme les traits de personnalité, les valeurs personnelles ou bien les buts de vie, ils permettent une compréhension et une stabilité des concepts de soi.

Toutefois, même si les concepts de soi émergent et sont consolidés sur la base de souvenirs autobiographiques prégnants et importants pour l'identité, il a été montré que certains de ces concepts, comme les traits de personnalité, pouvaient être formés et conservés indépendamment de la mémoire épisodique (Klein & Lax, 2010).

En décrivant les différentes composantes du *self* et leurs interactions, le MSS tente de répondre à une question paradoxale du *self*. Comment pouvons-nous connaître tant de pluralité, de variations, de facettes différentes et en même temps *nous vivre* de manière cohérente, unifiée et unique ?

Les deux premières dimensions que nous venons de décrire : le sentiment subjectif de soi ainsi que le *self* conceptuel, permettent de répondre en partie à cette question. Elles le font en interagissant à chaque instant, de manière inconsciente souvent, mais aussi explicite parfois, afin de permettre aux individus d'intégrer leurs différents niveaux de conscience, ce qu'ils perçoivent, ce qu'ils savent, leurs comportements et leurs représentations mentales. Ici, de nombreux processus cérébraux interviennent et agissent ensemble pour créer cette incroyable unité de nous-mêmes que l'on éprouve à chaque instant. On appelle cette cohérence de soi : « **unité synchronique** ».

Cependant, si cette unité est nécessaire, elle n'est pas suffisante pour rendre compte du concept de *self* dans son entièreté. En effet, il apparaît maintenant essentiel de comprendre comment cette unité de soi se maintient à travers le temps et indépendamment des nombreux changements qu'un individu peut vivre. Le philosophe Paul Ricoeur (1913-2005) (*Temps et récits III*, 1985) nous le rappelle très justement en disant « C'est parce qu'il y a du temps qui passe que la notion d'identité, pour un même objet, peut être discutée ». Dans ses écrits, il explique que le déroulé temporel est nécessairement porteur de changement, de vieillissement, d'accroissement, etc. Ainsi, le temps est « facteur de dissemblance, d'écart, de différence » (Ricoeur 1990, p 142).

Pour répondre à cette question, Prebble et collaborateurs proposent le concept de *self* étendu dans le temps. Il s'agit en fait du prolongement temporel des deux dimensions du *self* que nous venons de décrire. Le sentiment subjectif d'être soi donne lieu à la continuité phénoménologique à travers le temps, alors que les concepts de soi prennent la forme de continuité sémantique. Par ces deux processus, que nous allons décrire ensuite, un individu peut se percevoir comme étant continuellement la même personne à travers le temps qui passe, et cela en dépit des changements et des transformations inhérents à l'existence. On appelle cette continuité de soi : « **unité diachronique** ».

2.2 Le *self* étendu dans le temps

2.2.1 La continuité phénoménologique

On appelle continuité phénoménologique la capacité de sentir et revivre de manière très vive un évènement du passé ou d'imaginer tout aussi précisément le futur en y projetant, dans les deux cas, ce qui compose le *self* présent. Ce voyage mental dans le temps (Suddendorf & Corballis, 1997; Suddendorf & Corballis, 2007; Tulving, 2002) est rendu possible par un état de conscience particulier : la conscience auto-noétique (Tulving, 1987; Tulving, 1985). Elle permet à un individu d'appréhender son expérience subjective à travers le temps et de percevoir le moment présent à la fois comme la continuité de son passé et le prélude de son futur (Wheeler, Stuss, & Tulving, 1997). Prebble et collaborateurs parlent alors de remémoration auto-noétique ou d'imagination auto-noétique pour faire référence à la faculté de revivre ou imaginer un évènement personnel avec toute la vivacité, les sentiments, les émotions et la conscience de soi qui l'accompagnaient au moment présent.

La continuité phénoménologique repose essentiellement sur ce que l'on appelle les caractéristiques subjectives (ou phénoménologiques) des souvenirs autobiographiques. Ces caractéristiques sont les différents types de détails et d'informations qui nous reviennent à l'esprit quand on se remémore un évènement vécu dans le passé. Elles sont associées à un sentiment subjectif d'appartenance. Parmi elles, nous détaillerons la spécificité du souvenir, la quantité et la qualité des détails associés, la perspective visuelle et la remémoration consciente du souvenir. Toutes ces caractéristiques nous permettent de savoir que nos expériences personnelles passées nous appartiennent et que c'est bien nous qui les avons vécues parce que notre expérience subjective les a étiquetées comme telle. Nous verrons ensuite qu'il est tout à fait possible de transposer ces caractéristiques subjectives aux projections mentales dans le futur.

2.2.1.1 La remémoration auto-noétique du passé

On dit d'un souvenir autobiographique qu'il est spécifique ou épisodique lorsque celui-ci concerne le rappel d'un ou plusieurs évènements vécus ayant eu lieu sur une période inférieure à 24h (à noter que plusieurs évènements successifs sont également considérés

comme épisodiques quand il y a une focalisation sur un ou plusieurs épisodes) (Martin A. Conway, 2005, 2009). Les détails d'un événement qui peuvent être récupérés en mémoire sont considérés comme un marqueur de l'épisodicité du souvenir autobiographique de cet événement (Conway, 2005, 2009; Tulving, 2002). Ils correspondent aux images mentales (lieux et agencements spatiaux des personnes et des objets) et détails perceptivo-sensoriels (couleurs, odeurs, goûts, sons, sensations corporelles, etc.), contextuels, émotionnels et cognitifs (pensées, réflexions personnelles) présents dans nos souvenirs. Ces détails permettent une représentation mentale de l'événement qui rend son souvenir vivace. Chaque souvenir autobiographique est en réalité une combinaison unique de ces différents détails qui crée la singularité du souvenir autobiographique.

Lors du rappel autobiographique, l'imagerie mentale joue un rôle primordial dans le sentiment de revivre mentalement l'événement. Cette imagerie est composée des détails que nous venons de décrire, mais le souvenir que nous voyons mentalement a également une perspective visuelle. Ce concept a été développé par Nigro et Niesser (1983) et correspond au point de vue avec lequel nous rappelons nos expériences personnelles passées. Deux types de perspectives visuelles sont possibles : la perspective Acteur (*Field*), c'est-à-dire une perspective en première personne, ou la perspective Spectateur (*Observer*), une perspective en troisième personne. Des études ont montré que la perspective Acteur serait plus fréquemment liée au rappel de souvenirs autobiographiques récents, spécifiques, riche en détails et valorisant le *self* (Libby & Eibach, 2002; Sutin & Robins, 2010). En revanche, la perspective Spectateur serait, quant à elle, plus souvent liée au rappel de souvenirs anciens peu spécifiques et peu détaillés, peu valorisants pour le *self* voire même en contradiction avec les images de soi actuelles (Robinson & Swanson, 1993; Sutin & Robins, 2010).

Enfin, la remémoration consciente correspond à l'expérience subjective très riche et vivace que font les individus lorsqu'ils évoquent des souvenirs autobiographiques spécifiques (Conway, 2005; Tulving, 2002). Lors de la remémoration consciente, un individu a le sentiment subjectif de revivre mentalement un événement personnel passé dans son contexte spatio-temporel d'origine. Le souvenir autobiographique consciemment rappelé est spécifique et contient un ensemble de détails perceptifs, sensoriels, émotionnels ou contextuels.

Ainsi, à travers la perspective visuelle du souvenir, ses détails phénoménologiques et sa remémoration consciente, *je* peux ainsi savoir avec certitude que le passé et les épisodes passés dont *je* me souviens ont été vécus par *moi*.

2.2.1.2. L'imagination auto-noétique du futur

Le voyage mental dans le futur est un phénomène étudié depuis peu mais il est d'ores et déjà admis que la mémoire autobiographique et l'imagination du futur partagent de nombreuses caractéristiques communes (Schacter et al., 2012). Des études réalisées en neuroimagerie ont montré que la remémoration d'évènements passés et l'imagination de potentiels évènements futurs activaient des régions cérébrales communes notamment dans les lobes fronto- et temporo-médians, les cortex cingulaires postérieures et rétrospénial et les aires tempo- et pariéto-latérales (Addis, Wong, & Schacter, 2007; Szpunar, Watson, & McDermott, 2007). En outre, plusieurs études ont souligné les mécanismes cognitifs communs entre la remémoration de souvenirs autobiographiques et les projections mentales dans le futur. D'Argembeau et Van der Linden (2004) ont montré que les évènements positifs étaient associés à une augmentation de l'impression subjective de revivre mentalement des évènements passés ou de vivre mentalement par anticipation des évènements futurs. De plus, les évènements passés ou futurs proches temporellement contiennent plus de détails sensoriels et contextuels, un sentiment plus vif d'anticipation ou de reviviscence de l'évènement en question, ainsi qu'une perspective visuelle Acteur plus fréquente (D'Argembeau & Van der Linden, 2004, 2012). D'un point de vue développemental, la remémoration du passé et l'imagination du futur semble également suivre des trajectoires parallèles. C'est aux alentours de 4 ans que les enfants commencent à être capable de répondre à des questions et émettre des jugements concernant leur passé et leur futur (Suddendorf, 2010; Suddendorf, Nielsen, & von Gehlen, 2011). Les personnes âgées produisent moins de détails que les sujets plus jeunes lorsqu'elles se souviennent du passé ou imaginent le futur (Addis, Wong, & Schacter, 2008). Ces études supportent la thèse d'une continuité neuropsychologique entre la remémoration des évènements passés et l'imagination d'épisodes futurs telle que le décrit la théorie du voyage mentale dans le temps (Schacter et al., 2012; Suddendorf & Corballis, 1997; Suddendorf & Corballis, 2007; Tulving, 2002).

Pour aller plus loin, D'Argembeau et Van der Linden (2012) ont montré que le sentiment de vivre mentalement un évènement imaginaire, sa proximité subjective et la conviction personnelle que cet évènement va réellement avoir lieu dans le futur étaient augmentés avec sa vivacité mentale et la quantité de détails associée. L'imagination autooétique du futur, tout comme la remémoration autooétique du passé, semble reposer sur les caractéristiques subjectives des évènements futurs imaginés, notamment leur niveau de détails.

Ainsi, nous venons de voir de quelle façon la continuité de soi repose sur la composante phénoménologique des souvenirs du passé et des projections futures. Cependant, des études portant sur la mémoire autobiographique de personnes âgées nous apportent la preuve que le sentiment de continuité de soi ne s'appuie pas uniquement sur cette composante phénoménologique. Au cours du vieillissement, on assiste à une perte progressive de l'accès aux informations épisodiques des souvenirs autobiographiques ainsi qu'à une diminution de la remémoration consciente des souvenirs (Piolino et al., 2006). En revanche, on observe une relative préservation des informations sémantiques de la mémoire autobiographique (Addis et al., 2008; Levine, Svoboda, Hay, Winocur, & Moscovitch, 2002; Piolino et al., 2010). En dépit de ces troubles épisodiques qui apparaissent, les personnes âgées semblent maintenir un sentiment de continuité de soi puissant, et cela même à des âges très avancés (Troll & Skaff, 1997). D'autres mécanismes entreraient donc en jeu afin de maintenir le sentiment de continuité de soi, toujours présent chez ces personnes. Il s'agit en réalité de processus instaurant une continuité plus conceptuelle et plus abstraite, qui en sera d'autant plus stable dans le temps. On peut considérer cela comme la dernière strate du *self*, une strate chronologique et narrative appelée continuité sémantique.

2.2.2 La continuité sémantique

Prebble et collaborateurs décrivent dans le MSS trois formes de continuité sémantique qui seraient toutes sous-tendues par la mémoire autobiographique sémantisée : les concepts de soi étendus dans le temps, la chronologie temporelle sémantique et la continuité narrative.

2.2.2.1. Les concepts de soi étendus dans le temps

Plusieurs auteurs décrivent les concepts de soi comme étant une structure de connaissances riche et complexe, résistante aux changements, et permettant de ce fait la création d'un sentiment de continuité de soi (Conway, 2004 ; Klein & Lax, 2010). Les concepts de soi s'expriment au moment présent à travers l'accès à des représentations subjectives de soi qui sont pertinentes par rapport à la situation présente. Certains auteurs soulignent que ces concepts s'expriment également par des représentations mentales de notre identité passée et de notre identité future (Markus & Kunda, 1986). Dans leur modèle Prebble et collaborateurs évoquent les concepts de soi étendus dans le temps de manière un peu spéculative, questionnant la place et l'importance de la clarté des concepts de soi à travers le temps dans la création d'un sentiment de continuité de soi. Ils précisent que leur rôle n'est pas précisément établi et que de futures études sont nécessaires pour déterminer si la clarté des concepts de soi à travers le temps a un impact sur le sentiment de continuité de soi.

2.2.2.2. La chronologie temporelle sémantique

La mémoire autobiographique sémantisée ne permet pas de revivre consciemment les événements passés mais elle pourrait permettre de construire une chronologie plus sémantique des différents événements vécus ou des principales étapes d'une vie. Cette chronologie, bien que sémantique, permettrait une compréhension conceptuelle de la trajectoire de vie. Elle s'articule notamment autour des chapitres de vie (Thomsen, 2009; Thomsen, Pillemer, & Ivcevic, 2011). La capacité de construire une chronologie temporelle de l'histoire de vie en utilisant les informations sémantiques en mémoire autobiographique pourrait jouer un rôle important supportant le sentiment de continuité de soi. Cette

question importante reste également en suspens et devra être explorée dans de prochains travaux afin de savoir si la chronologie temporelle peut-être exclusivement sous-tendue par la dimension sémantique de la mémoire autobiographique ou si l'accès aux informations épisodiques est également nécessaire.

2.2.2.3. La continuité narrative

Lorsque ces deux formes de continuité sémantique – les concepts de soi étendus dans le temps et la chronologie temporelle sémantique – sont rassemblées dans la mise en récit de l'histoire personnelle, la continuité sémantique prend la forme d'une continuité narrative. En unissant ces deux processus, la continuité narrative permet d'intégrer les différents éléments de l'histoire de vie les uns aux autres et au développement de l'identité, le tout dans un récit de vie cohérent. De ce récit émerge alors une cohérence globale qui lui est spécifique et qui le différencie d'une énumération de souvenirs personnels n'ayant pas de lien les uns avec les autres.

La notion d'identité narrative trouve son origine dans les travaux du philosophe anglais McIntyre (1981) qui postule que le sentiment d'unité de la vie humaine est en réalité une « quête d'unité narrative ». L'identité narrative implique la capacité de s'approprier et de donner un sens à son propre récit de vie. Paul Ricœur (1913-2005) (*Temps et récits III*, 1985) reprend et développe ce concept en postulant que l'identité est fondamentalement liée au fait de se dire soi-même et se reconnaître dans une histoire dont on invente et on compose l'unité. Ricœur fait de la « théorie narrative » de l'identité une théorie de la « constitution de soi ». Le rôle central du récit serait donc de permettre au sujet d'accéder à son histoire et de ce fait à lui-même. En référence à son étymologie *cernere*², Ricœur écrit que *Raconter* c'est discerner par l'esprit. Raconter c'est également expliquer, c'est-à-dire utiliser des liens logiques pour établir une cohérence.

Plus récemment, et venant de différentes disciplines, de nombreux auteurs ont développé des théories narratives pour rendre compte de l'identité. Ils proposent que l'individu construit un sentiment de continuité de soi en créant des récits cohérents de son

² Du latin *cerno* qui peut prendre plusieurs sens dont celui de comprendre, distinguer par la pensée, se faire une idée, se représenter.

histoire personnelle, que l'on appelle récit de vie (Habermas & Bluck, 2000; McAdams, 2001, 2013; Pasupathi, 2007; Singer, 2005).

Nous allons à présent détailler le cadre théorique définissant le concept du récit de vie.

3. Le récit de vie

Le récit de vie correspond à un récit autobiographique couvrant l'ensemble de notre vie et s'étendant généralement de la naissance à l'instant présent voire au-delà en incluant des projections personnelles dans le futur. Le récit de vie n'est pas une biographie exacte de l'histoire personnelle, mais plutôt une construction mentale assez hypothétique relatant son propre parcours de vie. Ainsi, il n'existe pas un seul et unique récit de vie correspondant à une histoire de vie qui serait figé dans le temps, mais plutôt une multitude de récits possibles dont la cohérence peut varier et évoluer à chaque narration (McAdams, 2001; Pasupathi, 2007). En pratique, le récit de vie est construit de manière ponctuelle en réponse à un contexte socio-culturel spécifique, adressé à une ou plusieurs personnes (McLean, 2005; M. Pasupathi, 2007) et servant un but particulier.

Selon le modèle du Système Self-Mémoire (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Conway, 2005), le schéma du récit de vie est considéré comme le plus haut niveau d'organisation de la mémoire autobiographique et les souvenirs autobiographiques, autant de briques qui permettent sa construction et son échafaudage. Cependant, tous les souvenirs ne sont pas importants ou nécessaires pour cette construction et ne sont donc pas inclus dans le récit de vie (McAdams, 2001). Le récit de vie consiste plutôt en une fine sélection de souvenirs particulièrement importants qui permettront au narrateur d'expliquer tout au long de son récit « Comment il/elle est devenu la personne qu'il/elle est maintenant » (Habermas & de Silveira, 2008; Pasupathi, 2007). En outre, si tous les souvenirs autobiographiques ne sont pas nécessaires à la construction du récit de vie, ils ne sont en tout cas pas suffisants pour apporter une cohérence et une continuité de soi tout au long du récit (Habermas & Bluck, 2000; McAdams, 2001; Pasupathi, 2007). En effet, des processus cognitifs complexes sont

nécessaires pour assurer une continuité narrative du récit, ils regroupent 1) la capacité d'organiser temporellement ces événements dans le récit et 2) le raisonnement autobiographique par lequel un sens personnel peut être apporté aux événements, et l'articulation des différents événements entre eux et au *self* rendue possible.

3.1. Cohérence du récit de vie

3.1.1. L'organisation temporelle du récit de vie

La chronologie autobiographique permet d'inscrire et d'ancrer l'histoire personnelle dans le temps (Ricœur, 1990) en créant une cohérence temporelle au sein du récit (Habermas, Ehlert-Lerche, & de Silveira, 2009; Köber & Habermas, 2016). Dans ses deux œuvres majeures *Temps et Récit* (1983) et *Soi-même comme un autre* (1990), Paul Ricœur démontre comment les récits autobiographiques peuvent être compris comme autant de tentatives et d'efforts de s'inscrire dans le temps qui passe.

Il décrit l'identité comme un concept paradoxal en ce sens qu'il a trait à quelque chose d'unique, de similaire ou de permanent mais qui est également pluriel et sujet au changement. En effet, c'est parce qu'il y a du temps qui passe que la notion d'identité, pour un même objet, peut être discutée. Le temps est « facteur de dissemblance, d'écart, de différence » (Ricœur, 1990 p. 142), il est nécessairement porteur de changements, de vieillissement, d'accroissement, etc. Et pourtant, malgré ces modifications engendrées par le temps, des caractéristiques propres au sujet restent stables et immuables. Ainsi, le concept d'identité pourrait signifier que quelque chose se maintient à travers le temps, au-delà des changements. Selon Ricœur (1990, p. 138) l'identité personnelle « ne peut précisément s'articuler que dans la dimension temporelle de l'existence humaine » ; la notion d'identité ne peut donc se penser en dehors de son inscription dans le temps. En cela, le récit narratif autobiographique apparaît comme offrant une unité temporelle au caractère discontinu des événements qui le composent. Par sa structuration même, il offre une « unité temporelle » puisqu'il est constitué d'un début et d'une fin et qu'à l'intérieur de ce segment temporel se déroule une succession d'événements qui, aussi discordants qu'ils puissent être, trouvent leur concordance dans la mise en récit. L'unité temporelle du récit permet deux choses

essentielles : rendre compte de l'identité du narrateur, de l'unité de son histoire de vie et de sa singularité, tout en mettant en relief l'évolution du sujet, dans ses variations et ses transformations.

De la même manière, Tilmann Habermas et ses collaborateurs (2000) soulignent la nécessité d'une structure narrative temporelle pour soutenir la mise en cohérence du récit de vie. De manière quelque peu différente, ils présentent la cohérence temporelle du récit de vie comme étant l'ossature ou la trame narrative sur laquelle viendront s'appuyer d'autres formes de cohérences (thématique et causale-motivationnelle) et de raisonnement autobiographique.

3.1.2. Le raisonnement autobiographique

Le terme de raisonnement autobiographique est introduit pour la première fois par Habermas et Bluck (2000) et désigne l'action d'expliquer l'importance et la pertinence de certains souvenirs au regard de la vie de l'individu. Le raisonnement autobiographique crée des liens entre les événements rappelés d'une part et d'autres événements vécus, le *self* ou son développement d'autre part. Il demande un effort cognitif supplémentaire qui va au-delà de la simple remémoration de l'évènement en question. Ce processus est au cœur du récit de vie et donne tous leurs sens aux souvenirs autobiographiques qui y sont inclus.

Deux grandes catégories de raisonnement autobiographique sont généralement définies (Habermas & Bluck, 2000; Habermas, 2011; Habermas & de Silveira, 2008; Köber, Schmiedek, & Habermas, 2015; McLean, 2005; Monisha Pasupathi & Mansour, 2006) : les connexions expliquant des changements personnels et les connexions reflétant une stabilité identitaire.

3.1.2.1. Les connexions expliquant un changement

Il s'agit ici de connexions de causalité entre deux événements vécus ou entre un événement passé et l'identité du narrateur. Ces liens permettent d'expliquer comment les différents événements vécus ont eu un impact sur la personnalité, les valeurs ou le comportement du narrateur ou bien sur d'autres événements vécus par la suite. Ces

connections reflètent les changements et évolutions de l'identité au cours du temps. Lorsque ces liens ne sont pas présents dans le récit, la vie du narrateur peut apparaître comme déterminée par le hasard ou comme étant une succession d'évènements simplement vécus voire même subis par la personne, mais non intégrés dans une compréhension plus globale de soi.

Certaines de ces connexions ont été particulièrement étudiées dans le cadre bien précis des souvenirs définissant le soi ou SDMs (Self Defining Memories ; Singer & Moffitt, 1991). Ces souvenirs particuliers font référence à des évènements marquants ayant un sens personnel et singulier. Ils représentent souvent un tournant dans notre vie expliquant qui nous sommes et créent des repères pour l'identité personnelle (par exemple « le jour où j'ai quitté le domicile familial, j'ai compris que j'étais bien moins prête que je le pensais et ce que cela signifiait de vivre de façon autonome »). Ils sont très souvent accompagnés d'explications spontanées donnant un sens personnel à l'évènement vécu (*Meaning Making*, Blagov & Singer, 2004; McLean, 2005; McLean & Thorne, 2003; Singer, 2005). Cette recherche de sens, explicitée dans la narration des SDMs, correspond au raisonnement autobiographique de type causal. Tel qu'il est défini et évalué au sein des SMDs, le raisonnement autobiographique de causalité inclut deux types de *connexions expliquant un changement* (McLean, 2005) : les connexions expliquant comment un évènement de vie a modifié la personnalité, le comportement, ou les valeurs de la personne (« Après une telle épreuve, je suis devenu beaucoup plus altruiste »), et les connexions révélant un trait de personnalité, un comportement ou une valeur déjà présente chez la personne mais de manière moins consciente (« Suite à cette compétition, je me suis rendue compte que j'étais une battante »). Ce processus d'attribution de sens serait fortement impliqué dans l'intégration de ces souvenirs au *self* (Blagov & Singer, 2004; McLean, 2005; Singer, 2005) et jouerait ainsi un rôle primordial dans la formation et la consolidation du *self* conceptuel au cours du temps. Ce postulat expliquerait pourquoi les SDMs sont hautement accessibles en mémoire, généralement très vivaces, accompagnés d'une forte intensité émotionnelle et qu'ils font l'objet d'un rappel facilité et conservé sur le long terme (Singer & Salovey, 1993).

En plus des deux types de connexions causales évaluées au sein des SDMs, Habermas et ses collaborateurs en décrivent d'autres, appelés arguments biographiques et qui permettent d'expliquer le comportement ou la réaction d'une personne à un moment

donné. Ces connexions correspondent, par exemple, à l'utilisation d'un stade du développement ou d'une précédente expérience personnelle pour expliquer un trait identitaire ou un comportement présent à ce moment-là (« Je n'ai pas réagi en voyant cela parce que je crois que j'étais trop jeune pour comprendre » ; « J'avais déjà eu la même opération deux ans auparavant, je savais à quoi m'attendre, j'étais donc plus serein. »), ou bien à un nouvel apprentissage découlant d'une expérience personnelle (« J'ai compris que pour réussir, je devais m'en donner les moyens »).

3.1.2.2. Les connexions reflétant la stabilité

Ces indicateurs correspondent à des connexions entre un événement vécu et l'identité du narrateur expliquant de quelle manière cet événement reflète un trait de personnalité, un comportement ou des valeurs personnelles qui sont perçues comme stables dans le temps et toujours présentes au moment de la narration. Ces connexions permettent au narrateur d'instaurer un sentiment de continuité identitaire à travers le temps qui passe. Elles sont utilisées pour illustrer ou souligner une caractéristique identitaire spécifique du narrateur à l'aide d'un exemple autobiographique (« J'ai toujours été quelqu'un de timide, d'ailleurs lors de cette colonie de vacances, j'avais à nouveau eu le plus grand mal à me faire des amis. ») ou pour préserver la continuité identitaire malgré des événements perturbateurs (« D'habitude, je suis plutôt de nature calme et tempérée, mais cette situation m'a fait perdre mon sang-froid, je ne me suis pas reconnue. »), cette connexion permet dans ce cas de souligner le caractère atypique de l'évènement par rapport à la personnalité du sujet. Ces liens procurent une cohérence thématique au récit de vie.

Dans une publication récente, Habermas et Köber (2015) ont montré que les personnes ayant vécu plus de perturbations, de bouleversements ou de changements importants dans leur vie, utilisaient davantage le raisonnement autobiographique dans leur récit de vie. De plus, celui-ci était positivement corrélé au sentiment de continuité de soi³ de ces personnes (Habermas & Köber, 2015). Ces résultats appuient le rôle liant et intégratif du raisonnement autobiographique et montrent que son utilisation au sein des récits de vie

³ Dans cette étude, le sentiment de continuité de soi a été mesuré par une échelle en 6 points, développée par les auteurs. Quatre items ont permis d'évaluer le sentiment subjectif de familiarité du sujet avec son propre vécu. A titre d'exemple, le participant devait évaluer à quel point il avait l'impression d'être la même personne que celle qu'il était 4 ans auparavant, sur une échelle allant de 1 (pas du tout vrai) à 6 (tout à fait vrai).

permettrait d'atténuer et d'articuler les effets perturbateurs et déstabilisants des changements de vie sur la continuité de soi. Ainsi, le raisonnement autobiographique aurait un rôle protecteur vis-à-vis du *self*.

Le récit de vie, tel que nous venons de le décrire, semble apporter à la fois une unité synchronique et une unité diachronique à celui qui le raconte. Il intègre à la fois les différentes facettes du *self* qui coexistent au moment présent mais également leurs apparitions, évolutions et changements au cours du temps, tout cela dans une narration cohérente, continue et unifiée. En cela, le récit de vie semble effectivement être le niveau de la mémoire autobiographique le plus intégré au *self* (Conway, 2005).

3.2. Acquisition de la cohérence du récit de vie

La capacité de se raconter soi-même est propre à l'espèce humaine et acquise progressivement au cours d'un processus de maturation cognitive. De manière intéressante, on peut mettre en parallèle l'acquisition des capacités de narration personnelle avec la construction identitaire ayant lieu au même moment (Erickson, 1968). A travers des études de psychologie développementale, plusieurs auteurs ont montré que la cohérence du récit de vie s'acquerrait tout au long de l'adolescence jusqu'au début de l'âge adulte⁴ (Habermas & Bluck, 2000; Habermas & de Silveira, 2008; Köber et al., 2015). En outre, au cours de l'adolescence, il a également été observé une augmentation du degré de complexité et de sophistication avec lequel les adolescents expliquent ou raisonnent sur les discordances identitaires de certains personnages de fiction et sur leur propre identité (Chandler, Lalonde, Sokol, Hallett, & Marcia, 2003). McAdams (2013) considère qu'un *self* « auteur

⁴ Extrait d'un récit de vie d'un enfant de 8 ans : « Mon chien est mort parce qu'il avait un problème au foie parce que je pense, parce qu'il mangeait toujours trop... Il est mort rapidement quand je l'ai eu. Ensuite j'ai eu des poissons, ils ne pouvaient pas facilement... (pause) La première fois, j'étais en Indonésie quand on a rencontré la famille de maman. Et là-bas, ils commençaient tous d'abord par me toucher un peu et me regarder (rire) et ensuite avec le temps, je me suis fait des amis. »

Extrait d'un récit de vie d'un adolescent de 16 ans : « Juste un dernier point, les dernières vacances en Croatie. C'était aux dernières vacances de Pâques. J'y suis allé deux semaines avec mes parents. Je ne connaissais pas tellement de choses sur mon pays d'origine. On a fait un grand tour de la Croatie mes parents, ma sœur et moi et c'était vraiment génial. On a vu plusieurs grosses villes et ça m'a permis d'apprendre vraiment beaucoup de choses sur mon pays d'origine. Maintenant j'ai une image plus claire de mes origines et j'en suis encore plus fier. »

autobiographique » émergerait à cette même période. Selon son modèle, après s'être développé en tant qu'acteur puis agent de sa propre vie, le *self* devient narrateur de lui-même en synthétisant et en intégrant des informations épisodiques à propos de soi dans un récit de vie cohérent et intégré. Le récit de soi a pour but de donner un sens narratif à la vie de la personne qui le raconte en intégrant des événements passés et des projections dans le futur, et en expliquant qui était la personne, qui elle est et qui elle deviendra dans le futur. Dans ce cadre, la personne devient l'auteur autobiographique et également le sujet de l'histoire qu'elle raconte. Si cette dimension s'acquière plus tardivement que d'autres composantes du *self* c'est parce qu'elle nécessite une maturation cognitive qui prend place à l'adolescence (Conway, 2005; Habermas & Bluck, 2000; Habermas & de Silveira, 2008) mais également un apprentissage social (Fivush, 2011; Hammack, 2008; Vygotsky & Cole, 1978) et culturel (Berntsen & Rubin, 2004; Habermas & Bluck, 2000; Ross & Wang, 2010).

Les capacités d'élaboration d'un récit personnel cohérent ne dépendent pas seulement de la maturation cognitive mais sont fortement influencées par des déterminants sociaux qui vont plus ou moins stimuler ces compétences. Dès l'âge de 3 ou 4 ans, les enfants sont capables de se rappeler d'événements auxquels ils ont participé et de les raconter sous forme de petites histoires peu élaborées. Dans les sociétés occidentales, les parents encouragent typiquement ce genre de comportement en incitant et stimulant leurs enfants autour de la narration subjective de ce qu'ils ont vécu (Fivush, 2011). Dans une approche de psychologie sociale, le fait de raconter des histoires de vie est une fonction fondamentale des interactions humaines. Il a été montré par exemple qu'une conversation de 15 minutes au sein d'un couple comprend 9 à 13 minutes de récits personnels (Monisha Pasupathi, Lucas, & Coombs, 2002). De même durant un repas familial, il est rappelé au moins une fois toutes les 5 minutes une histoire portant sur des événements passés dont un tiers portait sur des expériences communes vécues par les membres de la famille et pouvant remonter à plusieurs années (Fivush, 2011). En outre, le fait de raconter et de partager son histoire personnelle est une activité culturellement marquée. Certaines cultures, notamment occidentales, mettent beaucoup plus l'accent que d'autres, sur le partage de récits personnels et sur l'utilisation de ces récits pour illustrer voire justifier certains aspects de la personnalité (Tonkin, 1995; Wang & Conway, 2004). Dans ces cultures, le *Story Telling* est

particulièrement estimé et valorisé, et est utilisé comme vecteur pour se présenter en société (Wang & Ross, 2007).

Pour nous guider dans cette narration personnelle, plusieurs équipes ont décrit ce qu'elles ont appelé le schéma de vie culturel (Berntsen & Rubin, 2004) ou concept culturel de biographie (Habermas & Bluck, 2000). Ces concepts correspondent aux connaissances culturelles et sémantiques (généralement apprises avant l'âge de 10 ans) qui nous informent sur les principaux événements de vie que nous sommes supposés vivre dans notre culture (par exemple, obtenir son bac à 18 ans, faire des études, se marier aux alentours de 30 ans puis avoir son premier enfant, acheter une maison, etc.). Les études menées sur le schéma de vie culturel mettent clairement en évidence l'impact de la culture sur la construction de la mémoire autobiographique et sur les souvenirs que l'on choisit de raconter (Berntsen & Rubin, 2004; Ottsen & Berntsen, 2014, 2015; Rubin & Berntsen, 2002; Thomsen & Berntsen, 2008).

3.3. Evaluation de la cohérence narrative du récit de vie

Très développée au début du 20^{ème} siècle, notamment par les psychanalystes, puis délaissée du fait de l'absence de méthodologie rigoureuse (McAdams, 2001), l'étude des récits de soi fait l'objet d'un regain d'intérêt depuis quelques années. Si le récit de vie semble de prime abord être un matériel très conséquent et difficilement exploitable, il s'avère être en réalité une mine d'informations lorsque l'on dispose de méthodes permettant de les exploiter. Depuis quelques années maintenant, le récit de soi est au cœur de modèles théoriques et de méthodes de recherche se rattachant à des domaines variés tels que la cognition (Fitzgerald, 1996), la psychologie clinique et sociale (Rybarczyk & Bellg, 1997), la personnalité (Baerger & McAdams, 1999), la psychologie du développement (Habermas & Bluck, 2000) ou encore le vieillissement (Bluck, 2001; Coleman, 1999). En 1999, Baerger et McAdams ont montré pour la première fois, que la cohérence des récits autobiographiques pouvait être évaluée selon une méthode quantitative et reproductible. Ils ont ainsi proposé un modèle de cohérence du récit basé sur 4 dimensions narratives : l'orientation temporelle et contextuelle de l'évènement, la structure interne du récit

autrement dit son déroulement logique, les sentiments et les émotions retranscrits et l'intégration des différents éléments dans un tout unifié. Grâce à leur méthode, ils ont montré expérimentalement ce que les psychologues présumaient depuis longtemps ; la cohérence du récit de vie est positivement corrélée au niveau de bien-être, de satisfaction personnelle et de bonheur de celui qui le raconte.

Dans une approche de psychologie clinique, Paul Lysaker (2003) postule que la construction de récits cohérents en psychothérapie est un élément essentiel de l'évolution et de la prise en charge des patients souffrant de maladie mentale grave. Selon lui, les transformations et changements narratifs font partie intégrante du processus de rétablissement en santé mentale. Afin d'explorer ces processus, il a développé dans un premier temps un système d'entretien guidé afin d'amener les patients à parler de leur vie et notamment de leur maladie (IPII : Indiana Psychiatric Illness Interview, Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer, & Wright, 2002). Ensuite, des outils permettant d'évaluer la cohérence des récits narratifs (NCRS : Narrative Coherence Rating Scale, Lysaker et al., 2002) ou bien l'évolution des capacités narratives au cours d'une psychothérapie (STAND : Scale to Assess Narrative Development ; Lysaker et al., 2003) ont été mis au point. Ces échelles sont utilisées en hétéro-évaluation sur la base des productions narratives collectées notamment grâce à l'IPII. A titre d'exemple, l'échelle NCRS est composée de 4 sous-échelles évaluant en 5 points la valorisation sociale, l'isolement social, l'agentivité et la conscience de la maladie présents dans les récits de patients.

Avec la volonté de démontrer la thèse de McAdams (1988) soutenant que la capacité à élaborer un récit de vie cohérent se développe au cours de l'adolescence et s'acquiert à l'âge adulte, Habermas et ses collaborateurs (2000) ont proposé une méthode reproductible, à la fois quantitative et qualitative, pour évaluer la cohérence des récits de vie (Habermas & Bluck, 2000; Habermas & de Silveira, 2008; Köber et al., 2015). Ils ont tout d'abord construit un modèle théorique et conceptuel du récit de vie, pour ensuite étudier l'acquisition et l'évolution de ses différentes composantes au cours du développement. Ainsi, dans le cadre théorique qu'ils proposent, le récit de vie se construit sur la base de 4 types de cohérence : le concept culturel de biographie, la cohérence temporelle, la cohérence causale-motivationnelle et la cohérence thématique.

- Le concept culturel de biographie peut être appréhendé par l'évaluation du schéma de vie culturel (Berntsen, 2004). Il reflète les connaissances culturelles qu'a un individu sur la vie et les événements de vie qu'il sera amené à vivre selon les normes de sa culture.

- La cohérence temporelle permet, quant à elle, d'orienter le récit de vie dans le temps et de placer les événements dans une certaine chronologie.

Dans son modèle, Habermas regroupe la cohérence temporelle et le concept culturel de biographie dans ce qu'il nomme structure narrative. En effet, ces deux composantes constituent l'ossature et la trame du récit sur laquelle viendront se baser les autres composants du récit de vie.

- La cohérence causale-motivationnelle permet de comprendre le développement identitaire du narrateur. Elle englobe les explications, les liens ou les connexions *self*-événement expliquant l'impact d'un événement vécu sur l'identité du narrateur ou bien l'impact d'un événement vécu sur les suivants. Elle prend en compte et unifie les changements et les évolutions qui ont lieu tout au long de la vie.

- La cohérence thématique a un rôle stabilisateur de l'identité en ce sens qu'elle permet de souligner ce qui est permanent dans la vie du narrateur. Cette cohérence s'établit à nouveau par des liens ou des connexions *self*-événement se faisant entre deux événements ou entre un événement et l'identité du narrateur, mais cette fois-ci dans le but de mettre en avant une caractéristique du narrateur stable dans le temps.

Les cohérences causale-motivationnelle et thématique englobent ce que l'on a appelé le raisonnement autobiographique qui intervient à l'échelle de l'événement, et vont plus loin rendant compte du développement identitaire de manière logique et cohérente sur l'ensemble du récit.

Les cohérences temporelle, causale-motivationnelle et thématique sont évaluées au sein même du récit, par des évaluateurs externes. En revanche, le concept culturel de biographie est évalué de manière annexe par un questionnaire, indépendamment de la narration du récit de vie. Cette méthode d'analyse des récits de vie, développée par Habermas et ses collaborateurs, a été utilisée dans la majeure partie de nos analyses. Nous la détaillerons dans le premier chapitre de la 2^{ème} partie de ce manuscrit.

3.4. Récit de vie et psychopathologie des maladies psychiatriques

Grâce au développement de nouvelles méthodes expérimentales permettant son analyse et de par sa nature écologique et proche de l'expérience clinique, le récit de vie fait l'objet d'un intérêt grandissant dans la perspective d'une meilleure compréhension psychopathologique des maladies psychiatriques.

Habermas et collaborateurs (2008) ont, par exemple, analysé les récits de vie de patients déprimés avec pour objectif d'illustrer le biais de négativité caractéristique de la symptomatologie dépressive. Ils ont mis en évidence certaines spécificités narratives dans le groupe de patients déprimés en comparaison à un groupe de sujets contrôles en montrant que les patients avaient choisi des événements plus négatifs pour composer leurs récits, et que leur narration était focalisée sur le passé uniquement, ne comportant pas de références ou de comparaisons avec le moment présent. Les auteurs insistent sur le potentiel du récit de vie à refléter des processus psychopathologiques, du fait notamment de sa nature écologique.

Une autre étude a utilisé l'analyse des récits de vie pour mettre en relief les perturbations émotionnelles décrites chez les personnes souffrant d'anorexie mentale (Doba et al., 2007). Pour cela, les auteurs ont analysé la dynamique émotionnelle du discours des patients lorsque ceux-ci étaient amenés à raconter un récit de leur vie personnelle. Ils ont mis en évidence une dynamique émotionnelle différente dans le groupe patient, en comparaison du groupe contrôle, avec une persévération émotionnelle négative importante. Autrement dit, les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire racontaient plus d'événements à valence émotionnelle négative et lorsqu'ils en racontaient, ils avaient une tendance exacerbée à poursuivre leur narration avec des événements de même nature émotionnelle. A nouveau, les résultats mis en évidence par l'analyse de la construction narrative du récit de vie reflètent un aspect de la psychopathologie des troubles étudiés, en particulier ici les troubles de la régulation émotionnelle observés chez ces patients.

Enfin, une équipe a analysé les éléments narratifs des récits de vie de patients souffrant de troubles de la personnalité borderline afin d'étudier les troubles de l'identité décrits chez ces patients (Adler, Chin, Kolisetty, & Oltmanns, 2012). Leurs récits ont été

collectés selon l'entretien autobiographique développé par McAdams (Life Story Interview, 1993). Ils ont montré que ces patients affichaient une identité narrative affaiblie en termes d'agentivité narrative, (c'est-à-dire moins de références à soi dans les événements racontés associé à une narration plus passive de l'histoire de vie) d'explications motivationnelles donnant sens à leurs expériences vécues et de cohérence globale (incluant le contexte de la narration, sa structure logique, l'évaluation émotionnelle des événements et l'intégration au self). De manière intéressante, la diminution d'agentivité narrative observée chez ces patients, était corrélée à leur symptomatologie borderline (évaluée via l'entretien structuré pour la personnalité DSM-IV ; Structured Interview for DSM-IV Personality, Pfohl, Blum & Zimmerman, 1997) même après 6 et 12 mois de délai entre la narration et l'évaluation des symptômes.

Au regard de sa dimension identitaire certaine et de l'éclairage pertinent qu'il apporte sur le plan de la psychopathologie, le récit de vie semble être un outil particulièrement adapté à l'étude des troubles du *self* et de la continuité de soi dans la schizophrénie.

CHAPITRE 3

LES TROUBLES DU *SELF* DANS LA SCHIZOPHRENIE

Sommaire

1. Descriptions historiques des troubles du *self*
 2. Etudes expérimentales qualitatives et quantitatives des troubles du *self*
 - 2.1. Le *self* au présent (*present self*)
 - 2.1.1. Le sentiment subjectif d'être soi
 - 2.1.2. Les concepts de soi
 - 2.1.2.1. L'estime de soi
 - 2.1.2.2. Les traits de personnalité
 - 2.1.2.3. Les images de soi
 - 2.1.2.4. Les expériences du pic de réminiscence
 - 2.2. Le *self* étendu dans le temps
 - 2.2.1. La continuité phénoménologique
 - 2.2.1.1. La remémoration auto-noétique du passé
 - 2.2.1.2. L'imagination auto-noétique du futur
 - 2.2.2. La continuité sémantique
-

« Outre les voix « habituelles », les pensées étranges et le sentiment de paranoïa, ce qui m’effrayait le plus était le sentiment que je m’étais perdue moi-même, un sentiment constant que « je » ne faisais plus partie de moi. [...] J’ai le sentiment que mon vrai « Moi » m’a quitté, suintant à travers le brouillard vers une autre réalité qui le submerge et le dissout. Cela n’a rien à voir avec les pensées méfiantes ou les voix ; c’est uniquement la façon d’être qui est déformée. Les symptômes cliniques vont et viennent mais ce néant du « Soi » est continuellement là. Aucun médicament et aucune thérapie ne m’a jamais aidée face à cette sensation de néant. Et par néant, je veux dire un sentiment de vide, un douloureux vide existentiel que je suis la seule à ressentir. Mes pensées, mes émotions et mes actions ; elles ne m’appartiennent plus. [...] Selon moi, la schizophrénie est définitivement un trouble du « Soi », une perturbation de l’expérience subjective de soi mais également de la réalité objective ou extérieure. »

Clara Kean – Silencing the Self: Schizophrenia as a Self-disturbance –
Schizophrenia Bulletin, 2012 (Traduction personnelle)

La recherche empirique et les descriptions phénoménologiques rapportent de nombreuses descriptions faisant état de troubles de l'identité – comme ceux décrits par Clara Kean – chez les patients souffrant de schizophrénie. Cependant, ces perturbations identitaires sont difficiles à appréhender chez les patients. La difficulté d'objectiver ces symptômes de manière fiable et reproductible a conduit à leur éviction des critères diagnostiques des classifications internationales actuelles (CIM-10; DSM-5) au profit de symptômes plus facilement identifiables et évaluables.

1. Descriptions historiques des troubles du *self*

Les troubles de l'expérience subjective de soi ont été rapportés dans les toutes premières descriptions de la schizophrénie. En effet, Kraepelin (1896, 1913) considère « la désunion de la conscience » comme étant la caractéristique principale de la schizophrénie et décrit également un « trouble de la personnalité par fractionnement, dissociation ». Il illustre ce symptôme par l'image d'« un orchestre sans chef d'orchestre ». Bleuler (1911) a lui aussi, décrit très tôt « la destruction singulière de la cohérence interne de la personnalité » qu'il considérait comme étant une caractéristique commune des patients schizophrènes : « leur Moi n'est jamais complètement intact » (Bleuler, 1911, p.58).

Dans la continuité de ces premières descriptions, plusieurs psychiatres français ont publié de nombreux cas de patients diagnostiqués avec une schizophrénie faisant état d'une expérience subjective de soi profondément altérée (Janet, 1903 ; Hesnard, 1909 ; De Clérambault, 1942). En 1914, Joseph Berze (1866-1958) est le premier à proposer de manière explicite que l'altération basique de la conscience de soi est le déficit primaire de la schizophrénie. Henri Ey (1951), en s'inspirant des travaux de ses prédécesseurs, décrit la schizophrénie comme une atteinte du système de la personnalité. Cette atteinte serait causée d'une part par les symptômes positifs de la maladie, le délire et les hallucinations envahissant l'ensemble du système de la personnalité et d'autre part, par une dissociation du système de la personnalité aboutissant au repli autistique des patients et à une dislocation profonde de la personnalité. En 1952, le psychiatre Eugène Minkowski a proposé une description phénoménologique détaillée des symptômes schizophréniques qui fait

toujours référence aujourd'hui. Elève d'Eugen Bleuler et influencé par Henri Bergson, Minkowski apporte un éclairage complémentaire sur la maladie. Il défend l'idée que le trouble schizophrénique provient de « la perte du contact vital avec la réalité » de laquelle découleraient les autres symptômes (Minkowski, 1927, 1997). Cette notion se rapporte à ce que Minkowski appelle le dynamisme intime de notre vie, et aux rapports et échanges qu'entretient notre personnalité vivante avec le monde extérieur. Selon Minkowski, les troubles des patients schizophrènes résulteraient d'un défaut de ce dynamisme mental qui les empêcherait d'intégrer et d'unir différents facteurs tels que les connaissances personnelles et les images mnémoniques autour du « moi-ici-maintenant » fondamental. Il décrit alors à propos d'un patient souffrant de schizophrénie : « Combien de fois nous dit-il que, tout en *sachant* où il est, il ne *se sent* pas à la place qu'il occupe, qu'il ne se sent pas dans son corps, que le « j'existe » n'a pas de sens précis pour lui. » (*La schizophrénie*, 1927, Edition 1997 ; p. 93). Enfin, le principal message de ses travaux est que l'altération du *self* constitue le trouble primaire de la schizophrénie, son noyau pathogénique, et peut être résumé dans cette citation :

« La folie (...) ne consiste pas ni dans un trouble du jugement, ni de la perception, ni de la volonté, mais dans une perturbation de la structure intime du moi » (*La schizophrénie*, 1927, Edition 1997 p. 114)

Ces descriptions historiques témoignent de l'importance et de la place centrale des troubles du *self* dans la symptomatologie schizophrénique. Elles mettent également en évidence leur hétérogénéité puisque ces troubles semblent affecter des niveaux très distincts de la conscience de soi.

2. Etudes expérimentales qualitatives et quantitatives des troubles du *self*

Dans cette partie, nous avons souhaité décrire et présenter de manière détaillée l'étendue des troubles du *self* dans la schizophrénie en nous basant sur le Modèle du Sens de Soi (MSS ; Prebble et al., 2013), présenté en détails dans le chapitre 2.

2.1. Le *self* au présent (*present self*)

2.1.1. Le sentiment subjectif d'être soi

La perturbation du sentiment subjectif d'être soi est peut-être ce qui a été le plus étudié ou le plus observé dans la schizophrénie (notamment de par son caractère étrange et déroutant).

L'équipe de Joseph Parnas au Danemark associée à celle de Louis Sass aux Etats-Unis ont mené des travaux de recherche visant à clarifier les troubles du *self* des patients atteints de schizophrénie. Inspirés tout d'abord par les approches phénoménologiques de la conscience de soi de philosophes tels que Husserl ou Merleau-Ponty (Parnas & Handest, 2003), Sass et Parnas ont mené leur travaux en s'appuyant sur le cadre théorique développé par Shaun Gallagher (2000). Avec, eux aussi, une approche phénoménologique basée sur l'observation empirique des symptômes, Sass et Parnas considèrent la schizophrénie comme étant un trouble du *self* expérientiel ou de « l'ipséité » (Nelson, Parnas, & Sass, 2014; Sass, 2014b; Sass & Parnas, 2003). Ces deux concepts voisins renvoient au sentiment subjectif d'être soi que nous avons décrit tout à l'heure dans le cadre du MSS. Ils englobent ce que Prebble et collaborateurs ont nommé l'expérience de soi pré-réflexive et la conscience de soi, qui ensemble, nous permettent de vivre nos expériences « à la première personne », d'être conscient des émotions que nous ressentons et d'être acteur de nos actions, paroles ou pensées.

Dans le but de rendre compte des troubles du sentiment subjectif d'être soi observés dans la schizophrénie, Sass et Parnas ont développé le Modèle de la Perturbation de l'Ipséité

(*Iipseity-Disturbance Model*, IDM ; Sass & Parnas, 2003). Ce modèle définit deux principales perturbations du *self* expérientiel dans la schizophrénie : une « hyper-réflexivité de soi » associée à une « auto-affection amoindrie⁵ ». Selon les auteurs, ce sont ces perturbations qui seraient au centre de la pathologie et pourraient expliquer toute la symptomatologie schizophrénique (Sass & Parnas, 2003; Sass, 2014).

L'« auto-affection amoindrie » se réfère à un affaiblissement du sentiment même d'exister qui est éprouvé de manière passive et automatique par quelqu'un (Sass & Parnas, 2003; Sass, Parnas, & Zahavi, 2011). Des observations cliniques datant du début du XXème siècle (Cotard, 1891) font état de telles expériences rapportant des vécus hallucinatoires de dépersonnalisation au cours desquels le patient ne reconnaît plus ses organes comme lui appartenant ou bien des symptômes tels que le vol de la pensée ou les pensées imposées.

Au contraire, l'« hyper-réflexivité » désigne une conscience de soi excessive qui se traduit par une hyper-focalisation du sujet sur des phénomènes normaux, habituellement tacites ou implicites (tels que des sensations corporelles ou un discours interne). Cela engendre une focalisation attentionnelle sur ces stimuli anormalement saillants. Dans ce cas, c'est la conscience explicite de soi qui se trouve exacerbée et dysfonctionnelle.

Suite aux recherches et observations phénoménologiques menées par l'équipe de Joseph Parnas à Copenhague, une échelle clinique a été développée en vue d'évaluer les troubles de l'expérience subjective de soi (*Examination of Anomalous Self-Experience* (EASE) ; Parnas et al., 2005). Il s'agit d'un entretien semi-structuré, composé de 57 items, qui opérationnalise et permet de quantifier les perturbations de l'expérience subjective de soi décrites dans l'IDM. A l'aide de cette échelle et en comparant deux populations cliniques de patients schizophrènes ou bipolaires, il a été montré que les troubles de l'identité étaient hautement spécifiques de la schizophrénie (Parnas et al., 2003; Moe & Docherty, 2014). En outre, les troubles de l'expérience de soi semblent être présents chez les personnes à risque de développer une schizophrénie, que ce soit l'entourage familial d'un patient (Raballo &

⁵ « L'auto-affection amoindrie n'a rien à voir avec un amour ou une approbation du *self*, mais avec un sens plus basique d'exister du point de vue de la première personne. Cette expérience de sa propre présence en tant que sujet conscient, incarné, est à tel point fondamentale que toute description risque de paraître vide ou tautologique ; pourtant, son absence peut être vivement éprouvée, comme l'a expliqué un patient schizophrène qui était envahi par une « vacuité totale [...] comme si j'avais cessé d'exister ». (Sass, 2014, traduction française dans Sass, 2014a)

Parnas, 2011) ou bien des sujets en phase prodromique (Nelson, Thompson, & Yung, 2012, 2013; Parnas et al., 2011). Dans ce sens, Hartmann et collaborateurs (1984) avaient également mis en évidence que la fluidité des démarcations de soi, le manque de cohérence de récits autobiographiques et d'autres perturbations du *self* étaient des caractéristiques majeures du stade pré-schizophrénique. De plus, il semble que les perturbations basiques de l'expérience subjective de soi (évaluée par l'échelle EASE) chez des sujets à haut risque de développer une psychose prédisent le début d'apparition de la psychose après un suivi d'un an et demi (Nelson et al., 2012).

Dans cette continuité, Stanghellini et collaborateurs (2014) ont mené une étude qualitative visant à répertorier les troubles de l'expérience subjective de soi qui revenaient fréquemment chez les patients schizophrènes. Pour cela, ils ont mené des entretiens structurés et exploré la symptomatologie des patients sur leur vie entière. Sur un échantillon de 301 patients, 210 (soit 70% des patients) ont rapporté au moins un phénomène anormal de sensation corporelle. Parmi les expériences anormales de soi, les patients décrivent des processus dynamiques de changements, de désintégration ou d'atteintes corporelles, telles que des forces externes qui entrent dans leur corps ou encore des mouvements ou changements de position des organes du corps (« Ma bouche était là où mes cheveux doivent être »). Un autre type d'expérience anormale de soi rapportée par les patients concerne la perception de certaines parties du corps devenant comme mécaniques ou chosifiées. Enfin, des expériences de phénomènes de transformation corporelles de dysmorphie, de dysmorphophobie, ou encore des expériences de sensation désagréable ou douloureuse provenant de leur corps sont décrites par les patients souffrant de schizophrénie. Cette étude montre aussi que les expériences anormales de soi sont spécifiques de la schizophrénie même si certaines peuvent être retrouvées chez les patients souffrant de dépression majeure.

En résumé, ces études montrent sur la base des symptômes cliniques individualisés correspondant à des expériences de soi anormales bien délimitées dans le temps, une atteinte de l'expérience subjective de soi. Autrement dit, c'est le *self* expérientiel au moment présent qui semble être profondément altéré ici, à la fois dans sa composante pré-réflexive et consciente.

2.1.2. Les concepts de soi

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent les concepts de soi sont fortement sous-tendus par la mémoire autobiographique, puisque leur stabilité repose sur les expériences personnelles passées et l'intégration de leurs souvenirs dans le système de mémoire autobiographique. Ces concepts de soi englobent notamment les croyances personnelles, les traits de personnalité, les images de soi, les valeurs et schémas de pensées ou d'action propres à une personne (Conway, 2005 ; Prebble et al., 2013).

Cicero et collaborateurs se sont intéressés à la clarté des concepts de soi (*Self-Concept Clarity*, évaluée par l'échelle de clarté des concepts de soi ; Campbell, 1990) dans la schizophrénie. Cette notion se traduit par le fait de savoir « à quel point les croyances de quelqu'un sur ses propres caractéristiques sont claires, attribuées avec confiance, cohérentes, stables et facilement accessibles » (Stinson, Wood, & Doxey, 2008). Premièrement, il a été montré que des individus non malades attribuant une saillance anormalement élevée à des stimuli et exprimant une clarté des concepts de soi diminuée étaient plus enclins à vivre des expériences psychotique-like (Cicero, Becker, Martin, Docherty, & Kerns, 2013; Cicero, Docherty, Becker, Martin, & Kerns, 2015). Puis, en 2016, Cicero et collaborateurs (2016) ont mis en évidence que la clarté des concepts de soi était significativement diminuée chez les patients schizophrènes, et que cette diminution était corrélée avec les symptômes positifs et négatifs des patients (Cicero et al., 2016). Enfin, une récente étude (Berna, Göritz, et al., 2016) a permis d'établir un lien entre la diminution de la clarté des concepts de soi chez les individus ayant des symptômes psychotiques atténués et leur propension à se référer et réfléchir à leurs expériences passées. Cette étude souligne les relations entre la mémoire autobiographique et les concepts de soi dans cette population clinique, comme cela avait été décrit dans le MSS pour d'autres populations. Toutefois, on peut noter que dans ce cas, il semblerait que la façon dont les sujets présentant des symptômes psychotiques atténués repensent à leurs expériences passées conduise à un affaiblissement de la clarté de leurs concepts de personnels. Ceci témoigne probablement d'une utilisation erronée de leur mémoire autobiographique. On peut suspecter une contamination du fonctionnement mnésique par des mécanismes de rumination ou de mauvaises interprétations qui brouilleraient la clarté des concepts de soi.

Les croyances personnelles, que nous avons sur nous-mêmes et sur le monde de manière plus générale, font partie intégrante du *self* conceptuel. Dans le cas de la schizophrénie, il conviendrait de prendre en compte les croyances délirantes tant certaines peuvent avoir une influence sur la façon dont des événements vécus sont encodés en mémoire et ultérieurement rappelés (Berna et al., 2014). En effet, il semblerait que les souvenirs contenant un vécu persécutif soient moins distinctifs mais associés à un niveau d'anxiété plus élevé que ceux sans vécu persécutif, ce profil étant plus marqué chez les patients. De plus, il existerait une sémantisation plus importante des événements liés à un vécu persécutif chez les patients (Berna et al., 2014). Enfin, la construction de souvenirs en lien avec des croyances délirantes et leur intégration au *self* conceptuel se feraient de manière renforcée chez les patients souffrant de schizophrénie, consolidant *in fine* leurs croyances délirantes.

2.1.2.1. L'estime de soi

L'estime de soi correspond à l'auto-évaluation subjective et émotionnelle qu'une personne fait d'elle-même. Elle associe les concepts de soi aux émotions et à la subjectivité personnelle. Smith et Mackie (2000) la définissent de la manière suivante : « Alors que les concepts de soi correspondent à ce que l'on pense à propos de soi-même, l'estime de soi est l'évaluation positive ou négative que l'on fait de ces concepts ». Dans la littérature, l'estime de soi est fortement corrélée à la clarté des concepts de soi (Campbell, 1990; Cicei, 2012). Ces études ont montré qu'une estime de soi affaiblie était associée à (1) une moindre stabilité des concepts de soi dans le temps, (2) une diminution de l'adéquation entre les concepts de soi et leurs expressions dans les comportements réels ou les souvenirs que l'on en a et (3) une diminution de la cohérence interne des concepts de soi, avec une plus faible confiance dans l'auto-évaluation de ces caractéristiques.

L'estime de soi semble être une variable importante à prendre en compte lors du développement des troubles psychotiques puisque sa fluctuation serait liée à l'évolution des symptômes négatifs sur les 6 mois suivant le premier épisode psychotique (Palmier-Claus, Dunn, Drake, & Lewis, 2011). Une autre étude, de Smith et collaborateurs (2006), souligne le rôle de l'estime de soi dans l'expression des symptômes schizophréniques. Elle met en évidence qu'une estime de soi affaiblie est associée d'une part à des hallucinations auditives

plus sévères, plus négatives et engendrant un stress plus important. D'autre part, cette diminution de l'estime personnelle serait associée à un délire de persécution plus sévère, lui-même lié à plus de préoccupation et d'anxiété. En outre, la sévérité du délire de grandeur dans la schizophrénie serait corrélée à une estime de soi augmentée. Enfin, il a été montré que la diminution de l'estime de soi était associée à l'augmentation du risque suicidaire chez les patients souffrant de schizophrénie (Yoo et al., 2015).

2.1.2.2. Les traits de personnalité

Les traits de personnalité constituent également un aspect essentiel du *self* conceptuel. A ce jour, deux études se sont intéressées à la stabilité de l'identité personnelle des patients schizophrènes à travers l'étude des traits de personnalité (Boulanger, Dethier, Gendre, & Blairy, 2013; Nieznanski, 2003). En 2003, Nieznanski a demandé aux patients souffrant de schizophrénie de choisir parmi 50 traits de personnalité (e.g. perfectionniste, asociale, romantique, égoïste, etc.) ceux qui les décrivaient 5 ans auparavant, ceux qui les décrivent au moment présent et ceux qui décrivent la plupart des individus. Contrairement aux sujets contrôles, on observe des différences significatives entre les traits de personnalité passés et actuels chez les patients. De plus, les patients ont fait peu de différences entre leurs concepts de soi et les caractéristiques d'autrui, en sélectionnant un nombre plus important de leurs propres traits de personnalité pour décrire la population générale. L'auteur évoque un *self* conceptuel moins bien défini chez les patients schizophrènes, moins stable dans le temps ainsi que des frontières entre soi et les autres plus floues. Boulanger et collaborateurs (2013) ont confirmé ce résultat en mettant en évidence une instabilité des traits de personnalité au cours du temps ainsi qu'une augmentation des attributions « vagues » des traits de personnalité. Dans cette étude, les réponses dites « vagues » correspondaient à un savoir non-spécifique, incertain et imprécis des traits de personnalité.

2.1.2.3. Les images de soi

Bennouna-Greene et collaborateurs (2012) ont étudié les images de soi, constituant également le *self* conceptuel, dans la schizophrénie. Ils ont demandé aux participants d'évoquer 20 images de soi les qualifiant en complétant la phrase « je suis... » (par exemple : je suis étudiante, je suis optimiste, etc.) (Kuhn & McPartland, 1954). Puis, les participants ont

relaté 6 souvenirs autobiographiques en lien avec les 4 images de soi les plus importantes selon eux. La force du lien thématique entre chaque souvenir autobiographique et l'image de soi associée a été évaluée. Les résultats montrent que les images de soi des patients schizophrènes étaient liées à des événements vécus de manière plus passive que les sujets témoins. Les souvenirs autobiographiques de ces événements étaient moins spécifiques et moins souvent associés à une remémoration consciente dans le groupe patient. Enfin, les connexions thématiques entre les images de soi et les souvenirs autobiographiques étaient moins présentes chez les patients. Ces résultats suggèrent que les images de soi des patients schizophrènes sont plus faiblement associées à des souvenirs autobiographiques et que ces souvenirs sont moins accessibles en mémoire. Ces résultats apportent un nouvel argument en faveur d'une fragilisation du *self* conceptuel dans la schizophrénie.

2.1.2.4. Les expériences du pic de réminiscence

Le pic de réminiscence correspond à une surreprésentation des souvenirs d'évènements qui ont lieu à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte, période charnière pour la formation et la consolidation de l'identité personnelle et sociale (Conway, 2005). Selon le MSS, ce sont principalement les souvenirs d'évènements contenus dans ce pic de réminiscence qui participent à la construction identitaire et supportent ensuite la clarté des concepts de soi. L'étude de Cuervo-Lombard et collaborateurs (2007) a montré que le pic de réminiscence des patients souffrant de schizophrénie était anormal et précoce en comparaison de celui des témoins. Le pic de réminiscence des patients était composé d'un nombre plus important d'évènements publics, socialement partagés, que d'évènements personnels. Concernant le contenu thématique des souvenirs des patients, un pic de rappel de souvenirs liés à la maladie était observé entre 21 et 25 ans alors que le pic lié aux autres thèmes se situait entre 11 et 20 ans. Des analyses supplémentaires ont montré une diminution de la remémoration consciente et de la spécificité des souvenirs personnels du pic de réminiscence chez les patients souffrant de schizophrénie. Ces données vont dans le sens d'une fragilité de la construction et de la consolidation identitaire chez les patients schizophrènes pouvant mener à un affaiblissement du *self* conceptuel de ces patients.

En résumé, l'instabilité des concepts de soi et des traits de personnalité, la moindre estime personnelle, ainsi que l'altération des souvenirs soutenant les images de soi et de

ceux appartenant au pic de réminiscence démontrent une construction fragile et instable du *self* conceptuel dans la schizophrénie.

L'ensemble des études présentées dans cette partie montre un *self* présent altéré dans la schizophrénie, à la fois de par les altérations du sentiment subjectif de soi et également à travers la fragilisation des concepts de soi chez ces patients. Ces perturbations nous conduisent à envisager une perte de l'unité synchronique du *self* dans la schizophrénie.

2.2. Le *self* étendu dans le temps

2.2.1. La continuité phénoménologique

2.2.1.1. La remémoration auto-noétique du passé

La continuité phénoménologique repose sur les caractéristiques subjectives des souvenirs autobiographiques : la quantité et la qualité des détails, la perspective visuelle et la remémoration consciente du souvenir autobiographique. De manière générale, l'ensemble des études réalisées auprès de patients souffrant de schizophrénie a montré que leurs souvenirs autobiographiques étaient moins spécifiques (c'est à dire se rapportant moins souvent à un événement unique), que la quantité de détails des souvenirs était diminuée par rapport à des personnes non malades et que la remémoration consciente était moins fréquente chez les patients souffrant de schizophrénie.

Les premiers travaux ayant étudié la remémoration consciente chez les patients atteints de schizophrénie ont utilisé des tâches de reconnaissance d'items tels que des mots. Les résultats montrent une perturbation sélective de la remémoration consciente, telle qu'elle est mesurée à travers l'état subjectif de conscience (paradigme « je me remémore/je sais/je suppose » ; (Gardiner, 1988; Tulving, 1985) lors de la reconnaissance d'items préalablement acquis (Danion, Kazes, Huron, & Karchouni, 2003; Huron et al., 1995; Huron, Danion, Rizzo, Killofer, & Damiens, 2003). En effet, la fréquence des réponses « je me remémore » est significativement réduite alors que la fréquence des réponses « je sais » est augmentée chez les patients schizophrènes. Concernant la mémoire autobiographique,

Danion et collaborateurs (2005) ont utilisé une version adaptée du TEMPau (Test Épisodique de Mémoire du Passé autobiographique ; Piolino et al., 2000) auprès de 22 patients souffrant de schizophrénie et 22 sujets témoins pour explorer quatre périodes de vie. Après l'évocation de chaque événement, il a été demandé aux participants de choisir la réponse « je me remémore », « je sais » ou « je suppose » pour évaluer leur état subjectif de conscience en lien avec le contenu de l'évènement, le moment et le lieu d'occurrence de l'évènement. Les résultats ont indiqué une fréquence significativement réduite des réponses « je me remémore » chez les patients souffrant de schizophrénie par rapport au groupe témoin, reflétant ainsi une diminution globale de la remémoration consciente de leurs souvenirs. De manière intéressante, les résultats ont également montré que les réponses « je me remémore » étaient significativement corrélées à la spécificité des souvenirs dans les 2 groupes. Un événement autobiographique hautement spécifique et détaillé était plus souvent associé à une réponse « je me remémore ». Ainsi, la spécificité du souvenir et la quantité de détails phénoménologiques qui y sont associées participeraient à la remémoration consciente de l'évènement. Ces résultats, confirmés par d'autres études, suggèrent que les patients peinent à construire des représentations internes conscientes et cohérentes d'évènements passés (e.g. Cuervo-Lombard et al., 2007 ; Neumann, Blairy, Lecompte, & Philippot, 2007).

La récente méta-analyse de Berna et collaborateurs (2016), portant sur 20 études, montre que certaines caractéristiques subjectives des souvenirs autobiographiques des patients sont significativement affaiblies ; avec une taille d'effet importante pour la spécificité (-0.97) et la richesse en détails (-1.40) et une taille d'effet plus modérée pour la remémoration consciente (-0.62).

En outre, la perspective visuelle du souvenir semble également perturbée chez les patients souffrant de schizophrénie (Potheegadoo, Berna, Cuervo-Lombard, & Danion, 2013). En effet, lorsqu'ils se souviennent d'évènements vécus les patients adoptent moins souvent une perspective Acteur que les volontaires sains. Cette différence est significative pour les souvenirs d'évènements ayant eu lieu après l'âge de 20 ans. Les résultats de cette étude suggèrent que l'expérience subjective en tant qu'acteur est réduite dans les souvenirs autobiographiques des patients schizophrènes, ce qui conduirait à une diminution du sentiment subjectif d'avoir réellement vécu ces expériences passées.

La remémoration consciente de souvenirs autobiographiques, que nous venons de décrire altérée dans la schizophrénie, est un processus clé du voyage mental dans le temps (Suddendorf & Corballis, 1997; Suddendorf & Corballis, 2007; Tulving, 1985). Si celui-ci peut se faire dans les deux directions temporelles, passé et futur, qu'en est-il des projections mentales futures des patients schizophrènes ?

2.2.1.1.2. L'imagination auto-noétique du futur

L'étude des processus sous-tendant l'imagination auto-noétique du futur est récente dans la schizophrénie. Elle a débuté parallèlement à l'augmentation des études réalisées chez le sujet sain visant à mieux comprendre les mécanismes cognitifs sous-tendant les projections mentales dans le futur. Plusieurs études ont montré que l'anticipation d'évènements personnels futurs était également altérée chez les patients souffrant de schizophrénie (D'Argembeau, Raffard, & Van der Linden, 2008; de Oliveira, Cuervo-Lombard, Salamé, & Danion, 2009; Raffard, D'Argembeau, Bayard, Boulenger, & Van der Linden, 2010; Raffard, Esposito, Boulenger, & Van der Linden, 2013). Concernant la spécificité des évènements futurs, les résultats sont contrastés. Alors que certaines études ont montré une moindre spécificité des évènements futurs chez les patients souffrant de schizophrénie (D'Argembeau, Raffard, et al., 2008; de Oliveira et al., 2009) et ce quel que soit la valence émotionnelle des évènements futurs (Raffard et al., 2013), une étude récente ne met pas en évidence de différence significative entre patients et sujets contrôles (Raffard et al., 2016). Cette dernière étude concernait les projections futures définissant le soi (D'Argembeau, Lardi, & Van der Linden, 2012), équivalent des SDMs dans le futur, c'est-à-dire des évènements qui deviendront centraux pour l'identité de la personne qui les imagine. L'importance de ces projections futures pour la cohérence identitaire future peut expliquer pourquoi elles sont imaginées de manière plus spécifique que les évènements plus ordinaires chez les patients schizophrènes. On retrouve d'ailleurs ce même pattern de résultats avec les souvenirs autobiographiques. Les souvenirs d'évènements généraux sont globalement moins spécifiques dans la schizophrénie (Berna et al., 2016). En revanche, il a été montré que les SDMs des patients étaient tout aussi spécifiques que ceux des contrôles (Raffard, D'Argembeau, Lardi, et al., 2010).

Par ailleurs, l'imagination de projets ou d'évènements futurs semble contenir moins de détails ou de caractéristiques phénoménologiques chez les patients en comparaison aux sujets contrôles (de Oliveira et al., 2009; Raffard, D'Argembeau, Bayard, et al., 2010; Raffard et al., 2013). L'étude de De Oliveira et collaborateurs (2009) a montré que, quel que soit la période de vie à laquelle le projet de vie se rapportait, il était peu spécifique et peu détaillé. Dans cette même étude, l'état subjectif de conscience a également été évalué en adaptant la procédure « je me remémore/je sais/je suppose » et en la remplaçant par « j'imagine/je sais/je devine ». Dans l'ensemble, la proportion des différentes réponses n'était pas différente entre les groupes patients et contrôles. En revanche, en considérant uniquement les évènements futurs associés aux réponses « j'imagine » des patients, les auteurs ont constaté que ces évènements manquaient de spécificité et de détails.

Les résultats des différentes études citées précédemment supportent l'idée d'une altération sévère des processus impliqués dans le voyage mental dans le temps chez les patients schizophrènes et ce dans les deux directions temporelles, passé et futur.

2.2.2. La continuité sémantique

Un autre aspect crucial de l'identité, peu étudié et mis de côté dans les précédentes études, concerne le *self* narratif (Gallagher, 2000; Ricoeur, 1990), aussi appelé *self* autobiographique (McAdams, 2013). Au travers d'observations cliniques et empiriques, cette dimension du *self* a été décrite comme altérée chez les patients schizophrènes (Phillips, *The Self in Neurosciences and Psychiatry*, 2002 ; Schafetter 1996).

Comme nous l'avons décrit dans le précédent chapitre, la continuité sémantique englobe les concepts de soi étendu dans le temps, la chronologie temporelle sémantique et la continuité narrative (cette dernière reflétant la mise en récit des deux premières). A l'heure actuelle, peu d'études ont exploré comment les patients qui souffrent de schizophrénie contextualisent leur développement identitaire dans des récits personnels et autobiographiques. Pour la plupart, ces études sont restées qualitatives ou centrées sur des

récits de la maladie elle-même. En effet, avec une approche de psychopathologie clinique, Lysaker et collaborateurs ont mis en évidence les difficultés des patients à construire des récits personnels en lien avec leur maladie et à intégrer des réflexions expliquant l'impact des événements vécus sur eux-mêmes et autrui (Lysaker et al., 2005a; Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer, & Wright, 2002b; Lysaker, Tsai, Maulucci, & Stanghellini, 2008; Lysaker, Wickett, & Davis, 2005; Lysaker et al., 2003). Pour expliquer ces perturbations, certaines de leurs études ont mis en évidence des liens entre les déficits métacognitifs des patients schizophrènes et l'incohérence de leurs récits personnels (Lysaker et al., 2005a). En outre, de nombreux autres facteurs semblent associés à l'altération de l'expérience de soi et de la cohérence narrative dans la schizophrénie : l'internalisation des croyances stigmatisantes sur la maladie mentale (Lysaker, Tsai, Yanos, & Roe, 2008), les symptômes positifs et négatifs (Lysaker et al., 2005a, 2005b) et le dysfonctionnement exécutif (Lysaker, Tsai, Maulucci, et al., 2008; Lysaker et al., 2005b).

En dehors de ce travail basé sur des récits personnels de la maladie, quelques études ont commencé à s'intéresser à la continuité narrative au travers des souvenirs définissant le soi (Self Defining Memories, SDMs ; Singer & Moffitt, 1991). Ces études ont permis d'apporter des premiers éléments de réponses quant à la question du *self* narratif dans la schizophrénie (Berna et al., 2011a; Raffard, D'Argembeau, Lardi, et al., 2010; Raffard et al., 2009). Contrairement aux souvenirs plus « standards », il a été montré que les SDMs des patients étaient aussi spécifiques et de mêmes valences émotionnelles que ceux des sujets contrôles (Berna et al., 2011a; Raffard, D'Argembeau, Lardi, et al., 2010). Ces résultats indiquent que, tout comme chez les volontaires sains, les SDMs correspondent à des souvenirs hautement accessibles en mémoire pour les patients schizophrènes. Cependant, ces études ont montré que les patients faisaient moins de connexions entre les événements vécus et leur identité au travers de leurs récits personnels et que cette diminution était corrélée avec la symptomatologie négative des patients (Berna et al., 2011a). En outre, Raffard et collaborateurs (2010b) ont montré que les récits des patients étaient moins contextualisés, avec une moindre cohérence temporelle et thématique que ceux des sujets contrôles. Il est important de noter que les symptômes de désorganisation des patients n'étaient pas corrélés avec la diminution de la cohérence narrative des patients. La moindre cohérence des SDMs et la difficulté des patients à donner spontanément un sens aux

événements vécus pourraient contribuer à l'affaiblissement de leur identité narrative et fragiliser le sentiment de continuité de soi dans le temps. De manière intéressante, Berna et collaborateurs (2011a) ont montré que lorsque l'on demandait explicitement aux patients de donner un sens personnel aux SDMs ils étaient capables d'améliorer leur performance sans toutefois atteindre le niveau des sujets contrôles.

En outre, les résultats de Raffard et collaborateurs (2009, 2010) suggèrent que le *self* conceptuel des patients schizophrènes serait construit autour d'événements négatifs en lien avec leur pathologie ou des échecs personnels. Les patients rapportent plus de SDMs en lien avec leur maladie qu'avec des accomplissements personnels. L'étude de Berna et collaborateurs (2011b) apporte un éclairage supplémentaire concernant la place et l'intégration de la maladie dans la construction identitaire. Premièrement, dans cette étude, 2/3 des patients ont évoqué spontanément au moins un SDM lié à leur pathologie. Ces souvenirs correspondaient à 26.60% des SDMs évoqués par les patients et se rapportaient plus particulièrement à des épisodes psychotiques (83.90%). Deuxièmement, les résultats nous informent que les patients ont des difficultés à donner un sens à ces événements, indépendamment de leur lien à la pathologie. En revanche, au niveau émotionnel, l'évaluation de la présence d'un effet de rédemption (c'est-à-dire la mise en avant un dénouement positif à tout événement traumatique) dans le récit des patients a permis de montrer qu'un bénéfice émotionnel positif plus important apparaissait pour les SDMs liés à la maladie. Les auteurs concluent que le traitement émotionnel permettrait aux souvenirs liés à la pathologie des patients de s'intégrer positivement dans leur schéma de vie et donc au *self*. Les SDMs liés à la pathologie semblent donc prendre une place importante dans la représentation que les patients ont d'eux-mêmes et dans la construction de leur identité personnelle. Ces résultats sont d'autant plus importants qu'ils confortent les réflexions émises par la réhabilitation psychosociale sur les anomalies de l'expérience de soi dans la schizophrénie, à savoir que les patients schizophrènes seraient éclipsés par leur pathologie et ne feraient pas la distinction entre ce qui relève de leur symptomatologie schizophrénique et la personne qu'ils sont (Roe & Davidson, 2005).

En résumé, l'étude des SDMs des patients schizophrènes montre qu'une remémoration autobiographique similaire à celle des sujets contrôles est possible lorsqu'il s'agit de souvenirs fortement liés à la formation du *self*. En revanche, la difficulté des patients réside dans le fait d'attribuer un sens personnel à ces événements vécus, autrement dit à utiliser le raisonnement autobiographique pour construire un sentiment de continuité de soi. Bien que les patients soient capables de déterminer quels sont les souvenirs d'évènements importants pour leur identité, il semblerait que les capacités cognitives et métacognitives nécessaires pour en extraire le sens soient déficitaires. Toutefois, il est important de souligner qu'avec un indigage spécifique les patients sont davantage capables d'attribuer un sens à ces événements vécus sans toutefois atteindre le niveau des sujets contrôles. Ainsi, ils auraient à la fois une moindre propension et une capacité diminuée à évoquer le sens personnel de ces souvenirs particuliers. Enfin, la maladie fait partie intégrante de leur construction identitaire au travers des SDMs, mais cette intégration reposerait plutôt sur des processus émotionnels que cognitifs.

En lien avec ces précédents travaux, Raffard et collaborateurs (2015) se sont intéressés à la continuité narrative dans sa dimension future chez les patients. Pour cela, ils ont exploré les projections futures définissant le soi (D'Argembeau et al., 2012) des patients. Ils ont évalué les récits personnels de projections dans le futur de patients schizophrènes et pour la première fois, ont montré qu'ils étaient également significativement moins intégrés et liés à leur identité que ceux des contrôles. Ces données complètent les résultats des précédentes études portant sur les SDMs et les étendent à la dimension temporelle future. Comme nous l'avons vu précédemment avec la continuité phénoménologique, l'altération de la continuité sémantique dans la schizophrénie semble prendre corps à la fois dans le passé mais également au regard du futur.

CHAPITRE 4

OBJECTIFS DES TRAVAUX DE THESE

Sommaire

1. Analyse critique de la littérature
 2. Objectifs des travaux de thèse
 - 2.1. Exploration de l'organisation temporelle du récit de vie
 - 2.2. Exploration du raisonnement autobiographique au sein de récits de vie
 - 2.3. Exploration de la cohérence globale du récit de vie
 - 2.4. Exploration de la continuité de soi dans les deux directions temporelles
 - 2.5. Exploration des liens entre continuité phénoménologique et sémantique
 3. Résumé des articles composant nos travaux de thèse
-

1. Analyse critique de la littérature

L'analyse la littérature portant sur les troubles de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie met en avant une fragilité importante de la continuité phénoménologique. Les patients ont des difficultés à accéder à la composante expérientielle et subjective de leurs souvenirs autobiographiques, et donc à revivre consciemment des événements passés et à se projeter mentalement dans des événements futurs. Le voyage mental dans le temps apparaît sévèrement altéré dans la schizophrénie.

Nous avons également fait le constat que certaines composantes de la continuité narrative étaient déficitaires dans la schizophrénie. A travers l'étude des récits de SDMs, il a été montré que les cohérences temporelle et thématique ainsi que le raisonnement autobiographique étaient affaiblis chez les patients. Toutefois, s'étant focalisées uniquement sur des récits d'événements uniques et isolés, ces études ne permettent pas réellement de conclure quant à l'altération de la continuité narrative globale dans la schizophrénie.

Ces deux composantes de la continuité de soi, que sont la continuité phénoménologique et la continuité narrative, semblent déficitaires dans la schizophrénie. Cependant, l'existence d'un lien entre ces deux composantes perturbées dans la schizophrénie n'a jamais été questionnée jusqu'à présent.

2. Objectifs des travaux de thèse

Sur la base de ces observations, l'objectif général de nos travaux de thèse était de mieux comprendre la nature et les mécanismes de l'altération de la continuité de soi, et en particulier de la continuité narrative, dans la schizophrénie.

2.1 Exploration de l'organisation temporelle du récit de vie

La continuité narrative s'appuie sur la hiérarchisation, l'articulation et l'organisation temporelle des informations autobiographiques (événements spécifiques, chapitres et

périodes de vie) qui composent le récit de vie. Nous avons souhaité étudier cet aspect encore jamais évalué à un niveau aussi intégré de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie. L'objectif était ici de comprendre quels mécanismes narratifs et cognitifs pouvaient sous-tendre la cohérence temporelle du récit de vie dans la schizophrénie et être responsables de sa supposée altération. Les résultats de la littérature étant partagés quant à l'organisation temporelle des informations autobiographiques dans la schizophrénie (Raffard et al., 2010b; Bennouna-Greene et al., 2012), nous avons souhaité évaluer l'influence de la méthode utilisée pour collecter le récit autobiographique sur sa mise en cohérence. Pour ce faire, nous avons collecté des récits de vie de patients au moyen de deux protocoles différents : le premier permettait une narration complètement libre du sujet tandis que le second était plus structuré (Habermas & de Silveira, 2008). Les instructions plus précises et plus détaillées du second protocole invitaient le sujet à réfléchir sur sa vie étape par étape avant de débiter la narration de son récit de vie. Ce protocole permettait de limiter certaines difficultés inhérentes à l'exercice de narration.

Concernant l'organisation temporelle du récit de vie, nous avons fait l'hypothèse que :

- La cohérence temporelle des récits de vie serait plus faible chez les patients souffrant de schizophrénie que chez les sujets contrôles (Raffard et al., 2010b).
- Cette différence serait sous-tendue par une altération de certains éléments narratifs, en particulier une plus grande tendance à dévier implicitement de l'ordre chronologique attendu du récit.
- Le dysfonctionnement exécutif des patients serait impliqué dans l'altération de cette cohérence.
- La méthode de recueil des récits de vie aurait une influence sur la façon dont les patients construisent leur narration. Plus précisément, une méthode plus structurée permettrait de les aider à construire des récits de vie plus cohérents en réduisant l'impact du dysfonctionnement exécutif dans cette construction et en diminuant notamment la fréquence de déviations temporelles non précisées.

2.2. Exploration du raisonnement autobiographique au sein du récit de vie

La composante causale du raisonnement autobiographique a été montrée déficitaire au sein de souvenirs d'évènements ponctuels et isolés dans la schizophrénie. Dans nos travaux, nous avons donc souhaité évaluer le raisonnement autobiographique dans sa globalité, c'est-à-dire en analysant l'ensemble des arguments biographiques de causalité et de stabilité identitaire et cela tout au long du récit de vie.

Nous avons fait l'hypothèse que :

1. Le raisonnement autobiographique serait moins présent dans les récits des patients en comparaison à ceux des contrôles (Raffard et al., 2009, 2010; Berna et al. 2011a, 2011b).
2. La diminution du raisonnement autobiographique serait corrélée au dysfonctionnement exécutif des patients (Berna et al., 2011a).

2.3. Exploration de la cohérence globale causale-motivationale et thématique du récit de vie

Trois types de cohérence globale ont été distinguées au sein du récit : temporelle, causale-motivationale et thématique. En plus de la cohérence temporelle évoquée dans le premier objectif, nous avons souhaité évaluer les cohérences causale-motivationale et thématique puisque ce sont celles qui rendent compte explicitement du développement identitaire du narrateur tout au long de son récit. Nous souhaitons également comprendre quels étaient les mécanismes cognitifs ou les symptômes qui pouvaient être associés à la perte de cohérence narrative dans la schizophrénie. Enfin, nous souhaitons questionner les liens entre la cohérence narrative globale des récits de vie et le sentiment subjectif de cohérence personnelle des sujets et savoir, de cette façon, si la cohérence du récit de vie reflète un sentiment subjectif et interne de cohérence.

Nous avons fait l'hypothèse que :

- Les récits de patients schizophrènes seraient globalement moins cohérents que ceux des sujets contrôles, en particulier concernant les cohérences globales causale-motivationale et thématique.
- La moindre cohérence globale causale-motivationale et thématique serait liée à la diminution du raisonnement autobiographique dans les récits de patients.
- La moindre cohérence globale causale-motivationale et thématique serait liée au dysfonctionnement cognitif des patients.

2.4. Exploration de la continuité de soi dans les deux directions temporelles

La littérature semble montrer que la continuité de soi serait altérée dans les deux directions temporelles, passé et futur, qui la composent. Cependant, à ce jour, aucune étude n'a comparé l'altération des composantes phénoménologique et narrative de la continuité de soi au regard du passé et du futur. Pour répondre à cette question, nous avons souhaité faire des comparaisons intra-sujet du degré d'altération de la continuité de soi (en distinguant ses composantes phénoménologique et narrative) entre les dimensions temporelles passé et futur.

Nous avons fait l'hypothèse que :

- Les caractéristiques subjectives des souvenirs autobiographiques et des projections futures seraient affaiblies et amoindries chez les patients, et cela dans les deux directions temporelles (Berna et al., 2016, de Oliveira et al., 2009 ; Raffard et al., 2010, 2013 ; D'Argembeau et al., 2008).
- Le raisonnement autobiographique serait lui aussi déficitaire dans les récits de vie passés et futurs des patients (Raffard et al., 2009, 2010, 2015 ; Berna et al., 2011a, 2011b).
- Les composantes de la continuité de soi seraient sous-tendues par des processus communs dans les deux directions temporelles. En d'autres termes, nous faisons l'hypothèse que l'intensité des caractéristiques phénoménologiques dans les

souvenirs autobiographiques serait corrélée à celle des projections futures. De la même manière, le niveau de raisonnement autobiographique présent dans le récit du passé serait corrélé à celui du récit du futur.

2.5. Exploration des liens entre continuité phénoménologique et narrative

Certains auteurs semblent considérer les continuités phénoménologique et narrative comme indépendantes l'une de l'autre (Prebble et al., 2013) et une étude en imagerie cérébrale entreprise chez le volontaire sain (D'Argembeau et al., 2014) tend à confirmer ce postulat. Cependant, aucune étude à ce jour n'a testé cette hypothèse au sein d'une population clinique présentant des troubles de la continuité de soi. Le dernier objectif de nos travaux de thèse était donc de tester l'existence de liens entre l'affaiblissement des caractéristiques subjectives des souvenirs qui composent le récit de vie et la moindre cohérence de ce récit (notamment à travers la diminution du raisonnement autobiographique).

Sur la base des données présentées dans la littérature, nous faisons l'hypothèse que les deux composantes de la continuité de soi seraient également indépendantes l'une de l'autre, et que leur affaiblissement respectif ne serait pas corrélé ensemble dans la schizophrénie.

3. Résumé des articles composant nos travaux de thèse

L'ensemble des travaux entrepris dans cette thèse a fait l'objet de trois publications distinctes.

- Article 1 : Allé MC, Gandolphe M-C, Doba K, Köber C, Potheegadoo J, Coutelle R, Habermas T, Nandrino J-L, Danion J-M, Berna F (2016). Grasping the mechanisms of narratives' incoherence in schizophrenia: An analysis of the temporal structure of patients' life story. *Comprehensive Psychiatry*, 69:20-29.

Cet article regroupe les résultats répondant au premier objectif de la thèse.

- Article 2 : Allé MC, Potheegadoo J, Köber C, Schneider P, Coutelle R, Habermas T, Danion JM, Berna F (2015). Impaired coherence of life narratives of patients with schizophrenia. *Sci Rep* 5, 12934.

Cet article répond aux objectifs 2 et 3 de notre thèse.

- Article 3 : Allé MC, D'Argembeau A, Schneider P, Potheegadoo J, Coutelle R, Danion JM, Berna F (2016). Self-continuity across time in schizophrenia: an exploration of phenomenological and narrative continuity in the past and future. *Comprehensive Psychiatry*, 69:53-61.

Ce dernier article permet de répondre aux objectifs 4 et 5 énoncés précédemment.

2^{EME} PARTIE

CONTRIBUTIONS EXPERIMENTALES

CHAPITRE 1

MATERIELS ET METHODE

Sommaire

1. Participants
 2. Procédure générale d'inclusion
 3. Evaluations clinique et neuropsychologique
 4. Echelles d'auto-évaluation
 5. Recueil des récits de vie
 6. Cotation des récits
 - 6.1. Segmentation en propositions
 - 6.2. Cohérence globale des récits de vie
 - 6.3. Macrostructure temporelle des récits de vie
 - 6.3.1. Elaboration des débuts et fins de récits
 - 6.3.2. Déviations de l'ordre temporel
 - 6.4. Indicateurs locaux de cohérence globale
 7. Évaluation du concept culturel de biographie
-

Concernant les articles 1 et 2 de cette thèse, les récits ont été analysés selon les méthodes développées et mises au point par Habermas et ses collaborateurs. Considérant que les sections Matériels et Méthode des articles 1 et 2 en sont des versions résumées, nous souhaitons, dans ce chapitre, détailler plus précisément la procédure suivie.

Les données composant l'article 3, ont été analysées quelque peu différemment comme décrit dans la méthodologie de cet article.

1. Participants

Dans les articles constituant notre thèse, les groupes patients étaient composés de 20 à 30 participants, tous répondant aux critères de diagnostic de la schizophrénie établit dans le DSM-IV-TR (APA, 2004). Tous les patients ont été recrutés à la clinique psychiatrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (Etudes 1, 2 et 3), dans le service psychiatrique de l'Hôpital Universitaire de Lille (Etude 1) ainsi qu'à la Fondation Santé des étudiants de France (Etude 1). Les patients inclus dans nos études étaient tous cliniquement stables depuis au moins 3 mois, c'est-à-dire sans avoir été hospitalisés et sans changement du traitement pharmacologique. A l'exception d'une patiente, tous étaient traités par antipsychotiques de première ou deuxième génération, ou les deux. De plus, plusieurs patients prenaient des benzodiazépines ($n = 8$), des stabilisateurs de l'humeur ($n = 5$) ou des traitements antiparkinsoniens ($n = 4$). Les patients inclus ne souffraient d'aucune pathologie psychiatrique autre que la schizophrénie, en particulier ne présentaient pas de dépression ni de trouble lié à l'utilisation d'une substance (alcool, cannabis ou autres) au moment des épreuves expérimentales.

Les groupes contrôles étaient composés de volontaires sains, chacun ayant été apparié à un patient en fonction du sexe, de l'âge (avec une marge admise de deux ans) et du niveau d'étude. Ces volontaires sains n'avaient aucun antécédent psychiatrique et ne prenaient aucun traitement psychotrope.

Ni les patients schizophrènes, ni les sujets témoins n'avaient d'antécédents neurologiques (tumeur cérébrale, traumatisme crânien, épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébrale, etc...) ni ne souffraient de pathologie somatique grave. Ceux qui présentaient de tels antécédents n'ont pas été inclus à l'issue du pré-entretien.

Les articles 1, 2 et 3 sont composés des mêmes groupes patients et contrôles provenant de Strasbourg. Les articles 2 et 3 comportent 3 patients et 3 contrôles de moins que le premier. L'article 1 est le seul à comporter un deuxième groupe de patients ayant été inclus à Lille par l'équipe du Professeur Nandrino. La collecte des données a été réalisée à Lille pour ces patients et leur contrôle apparié, la cotation et l'analyse de données ont été réalisées à Strasbourg.

2. Procédure générale d'inclusion

Tous les participants ont été reçus individuellement pour l'entretien d'inclusion au cours duquel le protocole leur a été expliqué de manière détaillée, c'est à ce moment-là que nous avons répondu à leurs éventuelles questions concernant la procédure. Après nous être assuré de la bonne compréhension de l'étude par les participants, nous les avons invités à signer le formulaire de consentement. Dans un deuxième temps, les différentes évaluations cliniques et neuropsychologiques ont été réalisées.

3. Evaluations clinique et neuropsychologique

La sévérité des symptômes cliniques de la schizophrénie a été évaluée par un psychiatre appartenant à notre équipe de recherche au moyen de l'échelle *Positive and Negative Syndrom Scale for Schizophrenia* (PANSS ; Kay, Fiszbein, & Opler, 1987) pour chaque patient inclus dans le protocole. Les scores des 3 dimensions ont été calculés : symptômes positifs, symptômes négatifs et psychopathologie générale. Les symptômes dépressifs ont été évalués chez tous les participants. Il était important de contrôler ce facteur dans nos études au regard des effets que l'humeur peut avoir sur le rappel autobiographique (pour revue voir Talarowska, Berk, Maes, & Gałecki, 2016) et pour ne pas confondre cet effet avec les effets propres à la schizophrénie. Concernant les patients, les symptômes dépressifs ont été évalués par un psychiatre de l'unité au moyen de l'échelle *Calgary Depression Scale for Schizophrenia* (CDSS, Addington, Addington, & Maticka-Tyndale, 1993). Les sujets contrôles ont rempli de manière autonome une échelle de dépistage de symptômes dépressifs, la *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck, 1961). Si leur score était supérieur à 9, ils étaient invités à rencontrer un psychiatre de l'unité afin que leurs symptômes soient évalués plus précisément et de manière externe via l'échelle de dépression d'Hamilton (HDRS ; Hamilton, 1960). Un score supérieur à 6 sur l'échelle CDSS pour les patients et un score supérieur à 9 sur l'échelle BDI (avec confirmation par l'échelle d'Hamilton) pour les contrôles représentaient un critère d'exclusion.

L'efficiace intellectuelle pré morbide a été évaluée chez tous les participants au moyen de la f-NART (*French National Adult Reading Test* ; Mackinnon & Mulligan, 2005). Ce test permet d'obtenir une estimation du quotient intellectuel (QI) des participants, notamment du QI préexistant au début de leur maladie. Le QI actuel a, quant à lui, été mesuré au moyen d'une forme abrégée de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes – 3ème version (WAIS-III, *The Wechsler Adult Intelligence Scale-III*, 2000). Cette version comprenait 3 sous-tests de la WAIS-III, à savoir les matrices, le vocabulaire et l'arithmétique. Le score composite des notes standards obtenues dans ces trois sous-tests semble être une bonne estimation du QI réel (Grégoire & Wierzbicki, 2009).

4. Echelles d'auto-évaluation

Les participants ont rempli des questionnaires d'auto-évaluation avant le recueil du récit de vie. Ces questionnaires nous ont permis d'évaluer certaines dimensions subjectives telles que l'estime de soi ou le sentiment subjectif de cohérence, ainsi que la fréquence de leurs pratiques biographiques. Ces questionnaires sont présentés dans leur globalité en annexe.

L'estime personnelle a été auto-évaluée par tous les participants inclus dans notre étude au moyen de l'échelle d'estime de soi développée par Rosenberg (*Self-Esteem Scale*, Rosenberg, 1965). Pour chacune des 10 caractéristiques ou descriptions de l'échelle (par exemple, Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.), les participants devaient estimer à quel point elles étaient vraies pour eux en entourant le chiffre approprié sur une échelle de 1 à 4 (Annexe 1). Un score élevé représentait une forte estime de soi.

La fréquence des pratiques biographiques individuelles peut influencer la construction de récits de vie, c'est pourquoi nous l'avons évaluée au moyen d'un questionnaire développé par Habermas et ses collaborateurs (2008). Les participants devaient estimer à quelle fréquence ils accomplissent des activités dites biographiques dans leur vie quotidienne (par exemple : tenir un journal intime, regarder d'anciennes photos ou

encore parler de problèmes personnels avec des amis) grâce à des échelles en 9 points allant de *jamais* à *toujours* (Annexe 2).

Le « sentiment subjectif de cohérence » (aussi appelé sens de la cohérence ; *Sense of Coherence*) d'une personne correspond à la façon dont elle appréhende, comprend et donne un sens à sa vie et son environnement, en particulier lorsqu'elle est confrontée à un évènement difficile ou une maladie. Nous avons évalué ce sentiment de cohérence au moyen du questionnaire d'orientation de vie (Antonovsky, 1993) (voir Annexe 3). Selon Antonovsky ce sentiment subjectif doit être considéré comme un trait de personnalité dynamique qui se développe au cours de l'enfance et l'adolescence. Il acquiert une certaine stabilité vers l'âge de 30 ans. Il semble donc être un paramètre important à prendre en compte de par le lien qu'il peut avoir avec la cohérence du récit de vie. Le questionnaire comporte 29 items répartis en trois dimensions qui ensemble représentent le sentiment de cohérence personnelle :

1- l'intelligibilité, correspond à la compréhension qu'a un individu de son environnement extérieur (Exemple de question évaluant cette dimension : « Lorsque vous parlez aux gens, vous avez l'impression qu'ils ne vous comprennent pas ? De – 1 – Je n'éprouve jamais ce sentiment, à – 7 – J'éprouve toujours ce sentiment »).

2- la capacité de l'individu à gérer et à répondre aux stimuli extérieurs (Exemple de question évaluant cette dimension : « Quand vous pensez aux difficultés que vous êtes supposé(e) affronter dans des domaines importants de votre vie, avez-vous le sentiment que... De – 1 – Vous réussirez toujours à dépasser ces difficultés, à – 7 – Vous ne réussirez pas à dépasser ces difficultés »).

3- le sens que donne l'individu aux stimuli extérieurs qu'il perçoit et à ses réactions personnelles (Exemple de question évaluant cette dimension : « Jusque maintenant, votre vie s'est déroulée... De – 1 – Sans buts ni projets précis, à – 7 – Selon des buts et des projets précis »).

5. Recueil du récit de vie

La phase de recueil des récits de vie s'est déroulée en plusieurs étapes, selon la procédure mise au point par Habermas et collaborateurs (2000, 2008). Dans un premier temps, il a été demandé au participant de se remémorer les sept évènements les plus importants de sa vie et de les noter sur des cartes placées devant lui, selon les instructions suivantes :

« Je voudrais vous demander tout d'abord de bien vouloir réfléchir aux sept évènements les plus importants de votre vie. Ces évènements peuvent avoir eu lieu tout récemment ou être beaucoup plus anciens. Ecrivez sur ces sept cartes les souvenirs les plus importants de votre vie. Merci de ne parler que de souvenirs reliés à un vécu très précis. »

Les évènements devaient être numérotés dans l'ordre dans lequel ils étaient remémorés, et le sujet devait également leur donner un titre. Une fois les évènements écrits sur les cartes-mémoire, le participant était invité à disposer ces cartes dans un ordre chronologique sur la table de manière à toutes les visualiser. Ensuite, le participant recevait les instructions pour raconter le récit de son histoire de vie :

« Je vous demande à présent de me raconter ce que vous avez vécu dans votre vie. Merci d'inclure dans votre récit les sept évènements de vie importants que vous avez mentionnés sur les cartes. Réfléchissez donc à tout ce qui s'est passé dans votre vie depuis votre naissance. Je souhaiterais vous demander de raconter votre histoire de vie de façon assez complète. Je suis intéressée de savoir comment vous vous êtes développé(e) et quelles ont été les étapes les plus importantes dans votre vie. Citez les évènements et les changements les plus importants. Racontez-moi votre histoire de façon à ce que je puisse me représenter qui vous êtes. Je souhaiterais comprendre comment vous êtes devenu(e) celui (celle) que vous êtes aujourd'hui. Vous disposez environ de 15-20 minutes pour raconter votre histoire. Je ne vous interromprai pas. Après 10 minutes, je vous dirai qu'il vous reste encore 5 minutes environ. Dans cet exercice,

il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de m'assurer que vous avez bien compris l'exercice, pouvez-vous me répéter ce que vous devez faire ?

Vous pouvez maintenant commencer, je vais vous écouter sans vous interrompre. »

Chaque récit a fait l'objet d'un enregistrement audio, qui a été sauvegardé sur un fichier anonymisé, puis ultérieurement retranscrit et analysé. Une fois le récit raconté, le sujet a été invité à remplir des questionnaires permettant d'évaluer les caractéristiques des sept événements de vie écrits sur les cartes. Sur ces questionnaires (un par événement), le sujet devait répondre à plusieurs questions : l'âge qu'il avait au moment de l'évènement, le niveau de détails du souvenir, sa valence émotionnelle, son intensité émotionnelle et l'importance personnelle de chacun de ces événements sur une échelle en 7 points (Annexe 4). Enfin, il était invité à compléter une version réduite de l'échelle de centralité des événements (Berntsen & Rubin, 2006). Cette échelle comporte 7 questions et permet d'évaluer dans quelle mesure un événement a eu un impact sur la construction de l'identité d'un individu et sur son histoire de vie (par exemple : « Je ressens que cet événement est devenu une partie centrale de mon histoire de vie. »). La tâche du récit de vie implique au préalable pour le participant de recueillir les sept événements les plus importants de sa vie. Cette échelle avait pour objectif de vérifier que le niveau d'importance personnelle des événements choisis ne différait pas entre les patients et les contrôles et que leur narration était basée sur des événements tout aussi importants (Annexe 4).

La seconde partie du protocole consistait à recueillir un récit de vie imaginaire et dirigé vers le futur. Les participants devaient ici essayer de se projeter dans leur avenir et imaginer quelle serait leur vie future. Le protocole mis en place se voulait parallèle au protocole de recueil des récits de vie racontant le passé des sujets.

Ainsi, nous avons tout d'abord demandé aux participants d'imaginer trois événements qui pourraient avoir lieu dans le futur selon les instructions suivantes :

« Je vous demande à présent de réfléchir à trois événements futurs importants pour vous, cela peut-être des événements dont vous savez qu'ils vont arriver ou

bien des évènements que vous aimeriez voir arriver. Ces évènements peuvent avoir lieu dans un futur proche ou bien dans un futur beaucoup plus lointain. »

Les participants ont été invités à noter ces évènements sur des cartes et à les ordonner selon leur chronologie future. Puis, exactement de la même façon que précédemment, nous leur avons demandé d'imaginer et de raconter un récit de leur vie future en intégrant obligatoirement les trois évènements notés sur les cartes.

« Je vais maintenant vous demander de me raconter un court récit de votre vie future dans lequel vous intégrerez les trois évènements futurs précédemment imaginés. Par ce récit, je souhaiterais comprendre celui (celle) que vous allez devenir. Vous disposez d'environ 5 minutes pour me raconter votre histoire future. Je ne vous interromprai pas. Dans cet exercice, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de m'assurer que vous avez bien compris l'exercice, pouvez-vous me répéter ce que vous devez faire ?

Vous pouvez maintenant commencer, je vais vous écouter sans vous interrompre.»

A nouveau, chaque récit a fait l'objet d'un enregistrement audio qui a été sauvegardé anonymement, puis ultérieurement retranscrit et analysé. Une fois le récit raconté, le sujet a été invité à remplir des questionnaires permettant d'évaluer les caractéristiques des trois évènements futurs. Sur ces questionnaires (un par évènement), le sujet devait indiquer l'âge qu'il aurait au moment de l'évènement et coter le niveau de détails, la valence émotionnelle, l'intensité émotionnelle et l'importance personnelle de chacun de ces évènements sur une échelle en 7 points (Annexe 5). De plus, nous avons demandé au participant d'évaluer, également via une échelle en 7 points, le lien entre l'évènement futur et ses buts de vie. Enfin, il était invité à compléter une version réduite et adaptée pour le futur de l'échelle de centralité des évènements (Berntsen & Rubin, 2006).

6. Cotations des récits (Habermas et al., 2008; Habermas et al., 2009 ; Köber et al., 2015)

Chacune des analyses réalisées sur les récits a été effectuée par deux évaluateurs indépendants. Dans un premier temps, ces récits ont été divisés en propositions. Elles ont servi d'unité de référence permettant de quantifier la longueur des récits et d'exprimer la présence des différents indicateurs de cohérence du récit en pourcentage de propositions, ceci dans le but de les comparer. Ensuite, la cohérence du récit a été évaluée selon les trois composantes décrites par Habermas (temporelle, causale-motivationnelle et thématique) et cela à deux niveaux d'analyses complémentaires. Le premier niveau est dit « local » car il analyse les indicateurs linguistiques qui ponctuent la narration et participent à la construction de la cohérence globale du récit. Le second niveau correspond directement à la cohérence globale du récit lorsque celui-ci est pris dans son entièreté. Ce niveau est évalué par des échelles de cotations en 7 points (Tableau 1).

6.1. Propositions

La première étape de la cotation consiste à diviser chaque récit en propositions. Ces propositions correspondent à des parties de phrases qui véhiculent un message compréhensible en lui-même. Par exemple, dans la phrase : « Ensuite, j'ai eu mon brevet des collèges et je suis passé au lycée où j'ai entrepris de faire un baccalauréat économique. » on cote quatre propositions : « Ensuite, j'ai eu mon brevet des collèges/et je suis passé au lycée/où j'ai entrepris/de faire un baccalauréat économique. »

Pour cette étape, 24 récits ont été cotés par deux évaluateurs indépendants. Le taux de concordance obtenu était de 94.20%. Le reste des récits a été ensuite réparti entre chaque évaluateur et analysé séparément.

Tableau 1 : Récapitulatif des méthodes d'évaluation de la cohérence narrative du récit de vie (Habermas et al., 2008; Köber et al. 2015).

	Récit de Vie			
	Structure Narrative		Cohérence causale-motivationale et thématique	
	Concept culturel de biographie	Cohérence Temporelle	Cohérence causale-motivationale	Cohérence thématique
Evaluation globale (Echelles en 7 points)		Quand et dans quel ordre les événements ont-ils eu lieu ?	Comment le développement identitaire du narrateur est expliqué dans le récit ?	A quel point les différents éléments du récit sont reliés thématiquement ?
Evaluation locale (indicateurs locaux de cohérence)		Marqueurs chronologiques (Age, date, période de vie, distance temporelle)	Connections self-événements expliquant un changement	Connections self-événements maintenant la stabilité
			Raisonnement Autobiographique	
Evaluation externe (Schéma de vie culturel, Berntsen)	Connaissances sémantiques à propos des événements culturellement attendus			

6.2. La cohérence globale du récit

La cohérence globale du récit de vie a été analysée par des échelles de cotations en 7 points. Chaque cohérence (temporelle, causale-motivationale et thématique) est évaluée par une échelle mesurant à quel point le lecteur perçoit le récit comme cohérent. Dans la version que nous avons utilisée pour coter les récits, seulement 4 des 7 points des échelles (les points 1-3-5-7) avaient reçu une définition claire et précise. Ces points ont donc été utilisés préférentiellement pour coter les récits. Les autres points ont servi d'intermédiaire en cas d'hésitation.

L'évaluation de la cohérence temporelle reflète la capacité du narrateur à orienter temporellement son récit et permettre ainsi à celui qui l'écoute (ou le lit) de comprendre et suivre la chronologie de son histoire personnelle (Tableau 2). On définit une bonne cohérence temporelle si la narration se fait dans l'ordre chronologique ou bien si des indications temporelles précises accompagnent une narration non chronologique. En

revanche, si l'orientation temporelle n'est pas compréhensible par la personne qui écoute le récit et qu'elle ne peut savoir quand et dans quel ordre les évènements ont eu lieu, la cohérence temporelle des récits est alors inexistante.

Tableau 2 : Échelle de cotation de la cohérence temporelle globale

1	Personne ne peut dire quand et dans quel ordre quelque chose s'est passée
2	-
3	On sait quand et dans quel ordre certains évènements ont eu lieu
4	-
5	On peut souvent dire quand et dans quel ordre les évènements ont eu lieu
6	-
7	L'orientation temporelle est clairement établie tout au long du récit de vie

L'échelle évaluant la cohérence causale-motivationnelle mesure la capacité du narrateur à rendre compte de son développement identitaire tout au long de son récit (Tableau 3). Dans cette perspective, l'important était d'évaluer s'il était possible de savoir comment les évènements personnels avaient induit des changements ou une évolution du narrateur. Un récit avait une faible cohérence causale-motivationnelle lorsqu'aucun développement de la personnalité ou de l'identité n'était perceptible. Au contraire, on considérait une cohérence élevée lorsque le développement identitaire devenait clair au travers des différents évènements vécus et de leur impact sur la vie du narrateur.

Tableau 3 : Échelle de cotation de la cohérence causale-motivationnelle globale

1	Aucun développement identitaire ne transparait à travers le récit de vie
2	-
3	On devine un développement identitaire à travers le récit de vie mais celui-ci reste implicite
4	-
5	Le développement de la personnalité du narrateur devient clair au travers de certains évènements décrits
6	-
7	Le développement de la personnalité du narrateur est explicitement décrit sur l'ensemble du récit

La cohérence thématique a été évaluée par une échelle mesurant à quel point les divers éléments du récit sont reliés thématiquement (Tableau 4). Autrement dit, elle évalue la capacité du narrateur à relier implicitement ou explicitement les évènements qu'il a vécus dans sa vie et à en extraire un (ou plusieurs) fil(s) conducteur(s) thématique(s) liant la narration. Bien qu'un récit monothématique puisse avoir un degré élevé de cohérence, l'important ici est d'évaluer la capacité de créer ces liens thématiques à travers différents domaines de vie ou différentes périodes de vie. Un récit monothématique est construit en excluant des évènements ou domaines de vie qui devraient typiquement en faire partie du récit. Au regard de notre question, le récit monothématique a été considéré comme faiblement cohérent.

Tableau 4 : Échelle de cotation de la cohérence thématique globale

1	A travers les différents évènements racontés, aucune connexion n'est perceptible
2	-
3	On peut deviner des motivations communes ou une même thématique ressortir de différents évènements vécus. Ces connexions restent implicites dans le récit.
4	-
5	Le narrateur tente explicitement de créer des liens thématiques entre certains épisodes hétérogènes de sa vie.
6	-
7	Des connexions thématiques sont explicitement établies entre les différents évènements du récit, y compris entre des domaines différents de vie (par exemple, vie privée et vie professionnelle).

6.3. La macrostructure temporelle des récits

Outre l'échelle évaluant la cohérence temporelle globale, Habermas a développé une méthode permettant d'analyser la macrostructure temporelle des récits en mesurant plus précisément les éléments narratifs directement impliqués dans l'élaboration de cette cohérence (Habermas et al., 2009). Ces éléments narratifs correspondent au degré d'élaboration des débuts et fins de récits puisqu'ils sont là pour structurer et délimiter la narration dans un cadre temporel donné. Les déviations de l'ordre chronologique de la narration ont également été analysées.

6.3.1. Elaboration des débuts et fins de récits

Selon Habermas et ses collaborateurs, un début de récit est d'autant plus élaboré qu'il commence à la naissance et dans un contexte restitué de manière détaillée. Différents degrés d'élaboration des récits ont été distingués et analysés dans les récits (Tableau 5). De plus, des détails additionnels peuvent être présents (tels que la situation familiale, le contexte économique, historique ou politique de l'époque etc...) et étaient également analysés car contribuant à la mise en place d'une cohérence plus globale. La fin du récit de vie est considérée comme élaborée si celui-ci se termine au moment présent, avec une conclusion rétrospective et/ou une projection spontanée dans le futur. Habermas décrit différents degrés d'élaboration en prenant en compte le moment de l'arrêt de la narration, la présence d'une conclusion sur le récit qui vient d'être raconté et la présence de projections spontanées dans le futur (Tableau 6). L'élaboration des débuts et fins de récit favorise une structure temporelle chronologique et linéaire du récit de vie.

Tableau 5 : Datation et élaboration des débuts de récits de vie

Codes	Exemples
0 – Imprécis	“Tout a commencé avec ma mère et moi voyageant pour aller voir mon père à Oslo.”
1 – Après la naissance	“Quand j’étais petit, je faisais beaucoup de bêtises.”
2 – A la naissance	“Quand je suis né, je ne savais pas grand-chose”
3 - A la naissance avec des détails objectifs	“Je suis née le 14 août 1989 à Laxou”
4 – A la naissance avec des détails objectifs et l’histoire de la naissance	“J’ai une sœur jumelle. Nous sommes nées le 6 décembre 1990 par césarienne.”

Tableau 6 : Datation et élaboration des fins de récits de vie

Codes	Exemples
0 – Arbitraire	« Une sorte d’appareil photo avait été trouvé mais ne nous appartenait pas du tout. C’était bête. Ensuite, nous avons fait des lasagnes. Puis, nous avons pris l’avion pour rentrer. Finis. »
1 – Au présent	« Et aujourd’hui nous voulons faire des cadeaux et aller à la fête de Noël ensuite. »
2 – Au présent avec une conclusion rétrospective	« Je ne sais pas, j’ai beaucoup d’amis que je connais depuis longtemps et ça me rend plus confiant pour aller parler aux gens maintenant. Je pense qu’il n’y a rien d’autre à ajouter. »
3 – Au présent avec une conclusion prospective	« Qu’est-ce qu’il y a d’autre ? Eh bien, j’aimerais beaucoup étudier la médecine et devenir docteur. »
4 – Au présent avec une conclusion à la fois rétrospective et prospective	« Je vais partir. Je vais aller en Suisse skier et profiter pendant un mois. Ensuite je vais revenir et recommencer à travailler à nouveau. Sinon, la vie ici est toujours très monotone, comme c’était au début. J’ai des amis bien sûr mais j’étais habituée à quelque chose de différent. Je suis une personne qui vit plus en été. J’ai besoin d’avoir beaucoup de beau temps, de soleil, de la plage, de rires, simplement de beaucoup de vie. Et pour moi ici, il n’y a pas de vie. Je me suis faite à l’idée de finir mes études le plus rapidement possible et ensuite partir d’ici. Mes parents resteront, eux.”

6.3.2. Déviations de l'ordre temporel

L'ordre temporel des évènements au sein du récit a été évalué. Pour cela, chaque évènement qui n'était pas raconté dans l'ordre chronologique attendu a été dénombré puis analysé. Les déviations temporelles explicitement décrites dans le récit « anachronies marquées » ont été distinguées de celles qui n'étaient pas précisées par le narrateur « anachronies non marquées », c'est-à-dire engendrant une incompréhension chronologique pour l'auditeur.

Les anachronies marquées peuvent être de deux natures. Soit le narrateur fait un bond en avant ou en arrière dans sa narration en le mentionnant explicitement et ne revient pas au moment initial de sa narration. Soit le narrateur fait une insertion temporelle dans sa narration. Autrement dit, il inclut dans la narration d'un évènement un autre évènement antérieur ou postérieur à celui qu'il était en train de raconter. A l'issue de la narration du second évènement, le narrateur revient à l'évènement initial. Ce type d'anachronies marquées est très souvent là pour expliciter le propos du narrateur et permettre de faire des liens thématiques entre différentes périodes de vie (par exemple : « A l'occasion d'un voyage scolaire en 4^{ème} nous sommes devenues très amies. Pourtant, je me souviens très bien qu'à l'école primaire on ne s'appréciait pas beaucoup et qu'on se disputait souvent. Finalement c'est ce voyage scolaire qui nous aura rapprochées. »).

En revanche, lorsque ces déviations temporelles sont implicites on parle alors d'anachronies non marquées. Dans ce cas, le narrateur raconte des évènements les uns à la suite des autres sans les orienter dans le temps, ce qui installe une confusion chronologique et perd l'auditeur.

Pour être comptée comme anachronie, la déviation temporelle doit se référer à un évènement spécifique et être décrite sur au moins 4 propositions. Les anachronies marquées et non marquées ont été comptées dans chaque récit et exprimées en pourcentage de propositions.

6.4. Les indicateurs locaux de cohérence

Les indicateurs locaux de cohérence sont des éléments narratifs qui apparaissent de manière ponctuelle et régulière dans les récits de vie. Leur présence apporte un éclairage sur la compréhension du récit et ensemble ils participent à l'élaboration de la cohérence globale des récits de vie. Il existe des indicateurs particuliers pour chacune des cohérences précédemment décrites (Tableau 7). Une fois dénombrés dans chaque récit, les indicateurs locaux de cohérence globale ont été exprimés en pourcentage de propositions par récit, cela nous permettant de comparer les récits entre eux, indépendamment de leur longueur.

Les indicateurs locaux de cohérence temporelle sont des marqueurs chronologiques et permettent de donner une orientation temporelle au récit. Ils correspondent à une date, un âge, une période de vie ou encore une distance temporelle par rapport au présent.

Les indicateurs locaux de cohérence causale-motivationnelle sont composés d'arguments autobiographiques et de connexions *self*-événement expliquant un changement. Les arguments autobiographiques peuvent prendre 6 formes différentes (stade développemental, tournant de vie, expérience formatrice, leçon apprise, etc.). Certains servent à expliquer un comportement ayant lieu à un moment donné à se basant sur le passé du narrateur alors que d'autres expliquent en quoi et comment un événement est devenu un point de référence pour le narrateur dans sa manière de se comprendre et de se comporter ensuite. Les connexions *self*-événement expliquant un changement sont utilisées au sein de l'évènement lui-même. Elles servent à expliquer comment un évènement de vie a changé la personnalité, le comportement futur ou les valeurs personnelles du narrateur ou à mettre en avant comment l'évènement de vie a révélé des aspects de la personnalité du narrateur qu'il ne soupçonnait pas avant cela.

Les indicateurs locaux de cohérence thématique sont des connexions *self*-événement soutenant la stabilité. Le narrateur utilise ce genre de connexions quand il veut souligner que l'évènement qu'il raconte reflète quelque chose de typique pour lui. Dans ce cas, sa personnalité, ses valeurs ou son comportement habituel peuvent tout à fait expliquer le déroulement de l'évènement. De plus, ces connexions peuvent ponctuer un évènement qui est atypique pour le narrateur ou en contradiction avec sa personnalité, ses valeurs ou son

comportement. Ainsi, le narrateur souligne des caractéristiques stables de son identité en les mettant en opposition avec ce qu'il a vécu ponctuellement.

Tableau 7 : Tableau résumant les indicateurs locaux de cohérence temporelle, causale-motivationnelle et thématique analysés dans les récits de vie

Types de cohérence	Codes et Exemples
Temporelle	<p>Distance par rapport au présent : « Je pense que c'était il y a 2 ans » Période de vie : « Je l'ai connu au lycée » Age : « Quand j'avais 35 ans. » Date du calendrier : « Le 6 mai 2006 »</p>
Causale-Motivationnelle	<p>1) Connexions <i>self</i>-événement expliquant un changement</p> <p>L'évènement explique un changement identitaire : « Ce voyage m'a transformé, à ce moment-là j'ai compris quel était le sens de la vie et depuis j'ai aussi plus confiance en moi » L'évènement révèle des aspects de l'identité caches : « Quand je suis retournée au Vietnam, j'ai réalisé que pendant tout ce temps j'avais grandi en étant éloignée de ma propre culture, la façon de vivre vietnamienne, disons des traditions vietnamiennes. »</p> <p>2) Arguments autobiographiques</p> <p>Stade du développement : « A ce moment-là, je n'étais pas conscient de quoi que ce soit, après tout j'étais trop jeune pour cela. » Contexte biographique : « J'ai vraiment eu des soucis avec ma prof, c'était ma prof de physique et aujourd'hui, contre toute attente, j'étudie la physique. » Expérience formatrice : « Mon burn-out m'a conduit à ne plus attacher d'importance à l'argent aujourd'hui. » Leçon tirée : « Après cela, je me suis dit que lorsque je tomberai à nouveau amoureux, il faudra faire attention que mes études n'en souffrent pas trop. » Généralisation : « Il m'a manqué pendant des mois. C'est probablement comme ça après le premier baiser. » Tournant de vie : « Le fait que tout d'un coup l'enfant était là a complètement chamboulé ma vie. »</p>
Thématique	<p>Connexions <i>self</i>-événement soutenant la stabilité</p> <p>La personnalité explique l'évènement où l'évènement est typique pour l'identité du narrateur : « A la puberté, j'étais extrêmement timide et plutôt disciplinée. Je veux dire, je ne me suis jamais rebellée contre quoi que ce soit. Donc j'étais vraiment restreinte et limitées au niveau de mes idées et possibilités. C'est pour ça que je n'ai jamais eu de copain. » L'évènement est atypique ou en contradiction avec l'identité : « Normalement, moi et mes potes, on n'est vraiment pas très cool, je veux dire on est très disciplinés. Mais pendant ce voyage scolaire, on a paniqué. Oh mon dieu j'étais tellement saoulé ! »</p>

L'ensemble des éléments participant à la cohérence globale des récits a été analysé sur différentes populations de patients schizophrènes et les résultats de ces analyses ont fait l'objet de deux articles complémentaires (les articles 1 et 2 de notre thèse) (Tableau 8).

Tableau 8 : Récapitulatif des analyses effectuées sur les récits de vie collectés à Lille et à Strasbourg

Participants	Nombre total	Cohérence Globale			Macrostructure Temporelle			Indicateurs Locaux de Cohérence		
		Temporelle	Causale-motivationale	Thématique	Débuts	Fins	Déviations temporelles	Temporelle	Causale-motivationale	Thématique
Patients (Lille)	20	Etude 1 (n=20)			Etude 1 (n=20)	Etude 1 (n=20)	Etude 1 (n=20)	Etude 1 (n=20)		
Témoins (Lille)	21	Etude 1 (n=20)			Etude 1 (n=20)	Etude 1 (n=20)	Etude 1 (n=20)	Etude 1 (n=20)		
Patients (Strasbourg)	30	Etude 1 (n=30) Etude 2 (n=27)	Etude 2 (n=27)	Etude 2 (n=27)	Etude 1 (n=30)	Etude 1 (n=30)	Etude 1 (n=30)	Etude 1 (n=30) Etude 2 (n=27)	Etude 2 (n=27)	Etude 2 (n=27)
Témoins (Strasbourg)	28	Etude 1 (n=28) Etude 2 (n=26)	Etude 2 (n=26)	Etude 2 (n=26)	Etude 1 (n=28)	Etude 1 (n=28)	Etude 1 (n=28)	Etude 1 (n=28) Etude 2 (n=26)	Etude 2 (n=26)	Etude 2 (n=26)

7. Évaluation du concept culturel de biographie

Il a été évalué par la tâche du schéma de vie culturel développée par Berntsen et Rubin (2004). Cette évaluation a eu lieu à la fin du protocole, une fois les récits de vie collectés. Dans cette tâche, nous avons demandé aux participants de réfléchir aux sept évènements de vie les plus importants qu'un nouveau-né, pris au hasard dans la population, était enclin à vivre tout au long de sa vie. Selon leur propre culture, les participants devaient déterminer les évènements importants ponctuant la vie typique d'un individu. Pour chaque évènement choisi, les participants devaient estimer 1) l'âge auquel la population est la plus à même de vivre cet évènement et 2) sur 100 personnes combien le vivront au moins une fois dans leur vie.

La bonne acquisition du schéma de vie culturel se reflète par la concordance entre les évènements choisis par un participant et les évènements références déterminés par le panel de référence. Dans leurs travaux, Berntsen et Rubin (2004) ont déterminé les 36 évènements cités les plus fréquemment par un panel de référence de 103 personnes de culture

occidentale. Chaque évènement s'est vu attribuer un score de prévalence relatif à sa fréquence de citation par le panel (les scores allant de 2 à 93 ; Tableau 9). Ainsi, en nous basant sur ce panel de référence, nous avons calculé un score de typicalité des différents évènements notés par les participants. Chaque évènement cité par le participant et correspondant à un évènement référence cité par le panel s'est vu attribuer le score de prévalence qui y est associé. Un évènement non cité par le panel de référence était classé dans la catégorie « autre » et obtenait un score de 2. La somme des 7 scores de prévalence correspond au score de typicalité.

Tableau 9 : Evènements constituant le schéma de vie culturel selon une cohorte de 103 participants occidentaux ainsi que la fréquence de citation de chaque évènement au sein de cette cohorte (Berntsen & Rubin, 2004)

Evènements du schéma de vie culturel	Score
Avoir des enfants	93
Mariage	77
Commencer l'école	68
Université	56
Tomber amoureux	52
Décès d'un proche	32
Retraite	31
Quitter la maison	26
Décès d'un parent	24
Premier emploi	22
Commencer la crèche	17
Sa propre mort	12
Divorce	12
Frères et sœurs	12
Premiers amis	11
Aller à l'école	11
Puberté	11
Avoir des petits enfants	11
Long voyage	10
Commencer à marcher	9
Maladie grave	9
Réussite majeure	8
Débuter sa carrière	7
Première expérience sexuelle	7
Décès du conjoint	6
Commencer à parler	6
Confirmation	6
Entrer dans l'âge adulte	6
Avoir des amis	5
Syndrome du nid vide	4
Premier refus	4
Le bon emploi	4
Premier contact	4
Baptême	4
Gagner de l'argent pour la première fois	4
Autre	2

CHAPITRE 2

APPREHENDER LES MECANISMES DE L'INCOHERENCE NARRATIVE DANS LA SCHIZOPHRENIE : ANALYSE DE LA STRUCTURE TEMPORELLE DES RECITS DE VIE DE PATIENTS

Sommaire

1. Rappel des objectifs et hypothèses de l'article 1
 2. Article 1
 3. Synthèse des résultats de l'article 1
-

1. Rappels des objectifs et hypothèses de l'article 1

Dans le but de comprendre la nature des altérations de la cohérence narrative dans la schizophrénie, un des premiers objectifs de nos travaux de thèse était d'évaluer l'organisation temporelle des récits de vie des patients. Plus précisément, nous avons évalué les éléments narratifs et les mécanismes cognitifs sous-tendant cette organisation.

L'organisation temporelle des informations autobiographiques dans le récit de vie constitue l'une des composantes de la continuité narrative, l'étude exhaustive de sa structure a constitué la première publication de nos travaux de thèse.

Au regard des résultats contrastés de la littérature sur l'organisation temporelle des informations autobiographiques dans la schizophrénie (Raffard et al., 2010b ; Bennouna-Greene et al., 2012), nous avons utilisé deux méthodes de recueil des récits personnels. La première consistait en un récit de vie libre comprenant des instructions minimales alors que la seconde incluait une aide pour structurer temporellement le récit au moyen d'évènements de vie préalablement ordonnés chronologiquement. L'objectif était d'évaluer l'impact de ces méthodes sur la capacité des patients à construire des récits temporellement cohérents de leur vie mais aussi l'implication des mécanismes narratifs et cognitifs sous-tendant la cohérence globale dans ces deux conditions de recueil du récit.

Pour cette étude, nous avons fait l'hypothèse que :

1. La cohérence temporelle des récits de vie serait plus faible chez les patients souffrant de schizophrénie que chez les sujets contrôles (Raffard et al., 2010b).
2. Cette différence serait sous-tendue par une altération de certains éléments narratifs, en particulier par une augmentation des anachronies de type non précisé dans les récits de patients.
3. Le dysfonctionnement exécutif des patients serait impliqué dans l'altération de cette cohérence.
4. La méthode de recueil des récits de vie aurait une influence sur la façon dont les patients construisent leur narration et une méthode plus structurée permettrait de

les aider à construire des récits de vie plus cohérents en réduisant notamment la fréquence d'anachronies non précisées.

2. Article 1

Allé MC, Gandolphe M-C, Doba K, Köber C, Potheegadoo J, Coutelle R, Habermas T, Nandrino J-L, Danion J-M, Berna F (2016). Grasping the mechanisms of narratives' incoherence in schizophrenia: An analysis of the temporal structure of patients' life story. *Comprehensive Psychiatry*, 69:20-29.

3. Synthèse des résultats de l'article 1

Les résultats du premier article de notre thèse ont mis en évidence un défaut de cohérence temporelle au sein des récits de vie de patients schizophrènes et ce indépendamment de la méthode utilisée pour collecter les récits. L'analyse des éléments narratifs formant la macrostructure temporelle des récits nous a permis de mieux comprendre la nature de cette perturbation. Les patients sont capables tout comme les volontaires sains de ponctuer leur récit d'indicateurs temporels donnant ainsi des repères chronologiques à l'auditeur. Cependant, malgré cette observation, les patients produisent plus de déviations temporelles (anachronies) implicites tout au long de leur récit. Ces déviations par rapport à l'ordre chronologique attendu ne sont pas précisées par le narrateur et compliquent la compréhension de la chronologie des événements pour l'auditeur. En effet, dans le groupe patient uniquement, les récits de vie comportant le plus d'anachronies sont aussi ceux qui affichent les plus faibles cohérences temporelles. Nos résultats ont également montré que le degré d'élaboration du début de la narration est fortement lié à la cohérence globale des récits, suggérant ainsi l'importance de la contextualisation initiale de la narration pour la suite de son élaboration.

Concernant les mécanismes cognitifs impliqués dans la cohérence narrative, nos analyses ont montré que le dysfonctionnement exécutif des patients et plus particulièrement leur défaut de flexibilité mentale était corrélé au nombre d'anachronies non précisées observées dans leur récit de vie. De plus, l'utilisation d'une méthode de recueil des récits plus structurée, limitant l'effort cognitif requis par cet exercice, a donné lieu à des scores de cohérence temporelle globale supérieurs. Bien que les deux méthodes n'aient pas été testées au sein du même groupe de patients, ces résultats peuvent 1) apporter un argument supplémentaire en faveur du rôle du déficit cognitif des patients dans la moindre cohérence temporelle de leur récit de vie et 2) laisser penser qu'il serait possible d'améliorer certaines capacités narratives des patients par une aide relativement simple à la structuration de leur récit.

Enfin, nos analyses n'ont montré aucun lien entre la moindre cohérence temporelle des récits des patients et leurs symptômes. En particulier, le défaut d'organisation

temporelle de la mise en récit de leur histoire de vie n'apparaît pas corrélé à la désorganisation clinique des patients.

Outre l'organisation temporelle des informations autobiographiques dans le récit de vie, la cohérence du récit émerge des processus de raisonnement autobiographique. Ensemble, ils contribuent à la cohérence narrative globale. L'étude de ces processus et de la construction de la cohérence globale dans les récits de patients a fait l'objet de notre deuxième article.

CHAPITRE 3

EXPLORER LA COHERENCE ET L'UTILISATION DU RAISONNEMENT AUTOBIOGRAPHIQUE AU SEIN DES RECITS DE VIE DE PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE

Sommaire

1. Rappels des objectifs et hypothèses de l'article 2
 2. Article 2
 3. Synthèse des résultats de l'article 2
-

1. Rappels des objectifs et hypothèses de l'article 2

L'objectif principal était d'analyser et comprendre comment les patients rendent compte de leur identité à travers la narration de leur histoire personnelle, en évaluant d'une part la présence de raisonnement autobiographique dans les récits de vie et d'autre part la cohérence globale de la narration.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient de mettre en évidence les corrélats cognitifs et cliniques de la moindre cohérence narrative dans la schizophrénie dans le but de mieux comprendre les dimensions psychopathologiques auxquelles ces altérations sont reliées.

Nous avons fait l'hypothèse que :

1. Les récits des patients schizophrènes seraient globalement moins cohérents que ceux des sujets contrôles, notamment concernant les cohérences causale-motivationale et thématique.
2. Le raisonnement autobiographique serait moins présent dans les récits des patients par rapport à ceux des contrôles (Raffard et al., 2009, 2010b ; Berna 2011a, 2011b).
3. La moindre cohérence globale causale-motivationale et thématique serait liée à la diminution du raisonnement autobiographique dans les récits de patients.
4. Le raisonnement autobiographique serait corrélé au dysfonctionnement exécutif des patients (Berna et al., 2011a).
5. La diminution de la cohérence globale des récits de vie serait corrélée au sentiment plus subjectif de cohérence dans leur vie.

2. Article 2

Allé MC, Potheegadoo J, Köber C, Schneider P, Coutelle R, Habermas T, Danion JM, Berna F. Impaired coherence of life narratives of patients with schizophrenia. *Scientific Report*, 2015;5:12934

3. Synthèse des résultats de l'article 2

Les analyses regroupées dans l'article 2 ont montré que les récits des patients souffrant de schizophrénie avaient une cohérence globale diminuée, ceci pour les 3 types de cohérence narrative définis par Habermas. Nos résultats montrent que seul le concept culturel de biographie est préservé dans la schizophrénie. Cette observation nous indique que les troubles de la continuité narrative ne sont pas le reflet d'un déficit généralisé dans la schizophrénie touchant les connaissances culturelles basiques acquises dans l'enfance. Plus précisément, le raisonnement autobiographique semble être sévèrement diminué dans les récits des patients, en particulier le raisonnement autobiographique de type causal. Les patients éprouvent des difficultés à donner un sens aux événements vécus et expliquer l'impact des événements qu'ils ont vécus sur le développement de leur identité. Nos résultats montrent que ces difficultés semblent directement liées au dysfonctionnement exécutif des patients. On retrouve ces difficultés à l'échelle plus globale de l'ensemble du récit de vie avec une diminution des cohérences causale-motivationnelle et thématique. Les patients ont des difficultés à construire une trame narrative permettant d'expliquer et de rendre compte de leur développement identitaire tout au long de la narration. La mise en relief de points communs ou de thèmes récurrents dans leur histoire de vie ne transparait pas dans leur narration.

Enfin, la cohérence globale des récits de vie des patients apparaît fortement liée à la façon dont les patients perçoivent, comprennent et donnent un sens à leur vie, leurs relations interpersonnelles et à l'environnement dans lequel ils évoluent.

Les analyses présentées dans les articles 1 et 2 de cette thèse font état d'un affaiblissement de la continuité narrative dans la schizophrénie évaluée sur la base de récits d'événements passés. Etant donné que la continuité de soi dans le temps englobe à la fois le passé et le futur, nous avons ensuite exploré les facteurs phénoménologiques et narratifs sous-tendant la continuité de soi dans les deux directions temporelles, passé et futur.

CHAPITRE 4

EXPLORER LA CONTINUITE DE SOI A TRAVERS SES DEUX DIMENSIONS PHENOMENOLOGIQUE ET NARRATIVE ET CELA DANS LES DEUX DIRECTIONS TEMPORELLES (PASSE ET FUTUR) DANS LA SCHIZOPHRENIE

Sommaire

1. Rappel des objectifs et hypothèses de l'article 3
 2. Article 3
 3. Synthèse des résultats de l'article 3
-

1. Rappel des objectifs et hypothèses de l'article 3

La littérature sur la schizophrénie suggère que la continuité de soi serait altérée dans les deux directions temporelles, passé et futur. L'objectif des analyses présentées dans cet article était donc de comparer les degrés d'altération de la continuité de soi (en distinguant ces composantes phénoménologique et narrative) entre les dimensions temporelles passé et futur. Dans cette étude, nous avons considéré le niveau de détails des souvenirs autobiographiques et des projections mentales dans le futur comme reflétant la continuité phénoménologique. Prebble et collaborateurs (2013) considérant le raisonnement autobiographique comme le principal mécanisme sous-tendant la continuité narrative, nous avons retenu cette variable pour évaluer la cohérence des récits de vie du passé et du futur des participants.

En outre, certains auteurs considèrent que les continuités phénoménologique et sémantique seraient indépendantes l'une de l'autre (Prebble et al., 2013) et une étude en imagerie cérébrale entreprise chez le volontaire sain (d'Argembeau et al., 2014) semble confirmer ce postulat. Pour aller plus loin dans nos recherches, un des objectifs de cette étude était donc de tester l'existence de liens entre l'affaiblissement des caractéristiques subjectives des souvenirs qui composent le récit de vie et la moindre cohérence de ce récit.

Nous avons fait l'hypothèse que :

- Le niveau de détails des souvenirs autobiographiques et des projections futures seraient affaiblies et amoindries chez les patients, et cela dans les deux directions temporelles (Berna et al., 2016, de Oliveira et al., 2009 ; Raffard et al., 2010b, 2013 ; d'Argembeau et al., 2008) reflétant en cela une altération de la continuité phénoménologique
- Le raisonnement autobiographique serait lui aussi déficitaire dans les récits de vie passés et futurs des patients (Raffard et al., 2009, 2010b, 2015 ; Berna 2011a, 2011b), reflétant en cela une altération de la continuité narrative
- Les composantes de la continuité de soi seraient sous-tendues par des processus communs dans les deux directions temporelles. En d'autres termes, nous avons fait l'hypothèse que le niveau de détails des souvenirs autobiographiques serait corrélé à

celui des projections futures. De la même manière, le niveau de raisonnement autobiographique dans les récits du passé serait lié à celui des récits du futur.

- Les deux composantes de la continuité de soi seraient indépendantes l'une de l'autre et leurs altérations non corrélées chez les patients schizophrènes.

2. Article 3

Allé MC, D'Argembeau A, Schneider P, Potheegadoo J, Coutelle R, Danion JM, Berna F. Self-continuity across time in schizophrenia:an exploration of phenomenological and narrative continuity in the past and future. *Comprehensive Psychiatry*; 69:53-61

3. Synthèse des résultats de l'article 3

Les résultats présentés dans l'article 3 ont montré un affaiblissement de la continuité de soi dans les deux directions temporelles chez les patients souffrant de schizophrénie. La continuité phénoménologique, à travers l'évaluation du niveau de détails des événements choisis, apparaît sévèrement diminuée chez les patients et cela de la même façon pour les souvenirs autobiographiques que pour les projections mentales futures. De plus, le niveau de détails dans les souvenirs autobiographiques est corrélé à celui présent dans les projections mentales futures, ceci suggérant des processus communs sous-tendant l'accès à ces détails pour des événements passés ou futurs.

Nous avons observé également que la continuité narrative était diminuée de manière globale dans les récits des patients. Toutefois, cette altération semble toucher plus spécifiquement les récits de vie du passé. Si la présence de raisonnement autobiographique dans les récits de vie du passé est corrélée à sa présence dans les récits du futur dans le groupe contrôle, cette corrélation n'est plus observée chez les patients.

Enfin, nos analyses de corrélations n'ont montré aucun lien entre les deux composantes de la continuité de soi, appuyant la thèse de l'existence de processus indépendants sous-tendant deux facettes distinctes du sentiment de continuité de soi.

3^{EME} PARTIE
DISCUSSION

L'objectif général de ce travail de thèse était de mieux comprendre les troubles de la continuité de soi dans la schizophrénie, de les caractériser à travers l'analyse des récits de vie de patients et d'en appréhender les mécanismes responsables. Dans cette troisième et dernière partie du manuscrit, nous allons reprendre les principaux résultats mis en évidence dans l'ensemble de nos travaux de thèse. Nous verrons de quelle manière ils éclairent nos connaissances sur les troubles de l'identité dans la schizophrénie et en particulier sur l'affaiblissement du sentiment de continuité de soi dans le temps que peuvent ressentir les patients. Nous discuterons les potentielles origines de ces troubles et leurs conséquences pour les patients. Nous évoquerons également les implications cliniques de nos résultats et les solutions qui peuvent être proposées aux patients pour les aider à palier leurs difficultés. Enfin, nous décrirons les perspectives de recherche pouvant découler de nos travaux.

CHAPITRE 1

LA CONTINUITE DE SOI DANS LA SCHIZOPHRENIE

Sommaire

1. La continuité narrative dans la schizophrénie
 - 1.1. La structure narrative du récit de vie
 - 1.2. La cohérence causale-motivationnelle et thématique
 - 1.2.1. Le raisonnement autobiographique
 - 1.2.2. La cohérence causale-motivationnelle et thématique globale
 2. La continuité phénoménologique dans la schizophrénie
 3. Les continuités phénoménologique et narrative sont-elles liées ou indépendantes ?
-

1. La continuité narrative dans la schizophrénie

Les deux premiers articles de notre thèse se sont focalisés sur l'analyse de la cohérence des récits de vie de patients dans le but de rendre compte des troubles de l'identité narrative supposés dans la schizophrénie. En nous basant sur les travaux précurseurs d'Habermas et ses collaborateurs (2000, 2008, 2009, 2015), nous avons analysé de manière approfondie l'organisation complexe du récit de vie.

1.1. La structure narrative du récit de vie

Dans le modèle développé par Habermas (2008), la structure narrative du récit de vie englobe le concept culturel de biographie et la cohérence temporelle du récit. Le concept culturel de biographie reflète les connaissances culturelles qu'a un individu sur la vie et les événements de vie qu'il sera enclin à vivre. Ce concept est généralement évalué à travers l'exercice du schéma de vie culturel mis au point par Berntsen et collaborateurs (2004). La cohérence temporelle permet, quant à elle, d'orienter le récit dans le temps et de placer les événements dans une certaine chronologie. Ces deux composantes constituent l'ossature et la trame du récit de vie sur laquelle s'appuient les autres composantes du récit.

Les résultats de l'article 2 montrent que la composante culturelle du récit de vie est préservée chez les patients souffrant de schizophrénie. Le concept culturel de biographie tel que le décrit Habermas correspond aux connaissances sémantiques que l'on acquiert aux alentours de 8-10 ans et qui jouent un rôle important dans la construction socio-culturelle des récits que l'on fait de notre vie. Les patients sont capables d'identifier, de la même façon que les volontaires sains, les principaux événements de vie que nous sommes supposés vivre tout au long de notre vie (selon notre culture occidentale). Ces connaissances sémantiques acquises durant l'enfance semblent préservées dans la schizophrénie, ce qui est cohérent avec le fait que l'entrée dans la maladie survient bien plus tard. Ce résultat s'accorde également avec l'absence de différence observée dans notre étude entre, les groupes patients et contrôles, au test de la f-NART (Version française du *National Adult Reading Test*,

Mackinnon & Mulligan, 2005) qui évalue des connaissances sémantiques de mots irréguliers censées être acquises avant l'entrée dans la maladie.

En revanche, la cohérence temporelle des récits de vie de patients apparaît affaiblie lorsqu'elle est évaluée de manière globale, sur l'ensemble du récit et ce quel que soit la méthode utilisée pour collecter les récits (article 1). Nos résultats sont donc en accord et complètent ceux de Raffard et collaborateurs (2010b) qui avaient déjà mis en évidence une diminution de la cohérence temporelle des récits autobiographiques centrés sur des événements passés uniques et isolés (ici des SDMs ; Self-Defining Memories, Singer & Moffitt, 1991) dans la schizophrénie. Nos résultats confirment ces précédentes observations et montrent que cette altération s'étend à des récits autobiographiques couvrant la vie entière des individus.

Nous avons ensuite cherché à déterminer au sein des récits quels éléments narratifs pouvaient être responsables de l'altération de la cohérence temporelle.

Premièrement, nos résultats montrent que les patients sont capables de ponctuer leur récit par des marqueurs chronologiques en donnant des indications temporelles à l'auditeur. L'utilisation de ces indicateurs était fortement liée à la cohérence temporelle globale des récits.

Toutefois, parallèlement à cela, nous avons mis en évidence une forte augmentation des anachronies non précisées tout au long des récits de patients. Ces déviations, par rapport à l'ordre temporel linéaire, qui ne sont pas expliquées par le narrateur, donnent lieu à une incompréhension de la chronologie des événements. Nos analyses de corrélations ont montré que la moindre cohérence temporelle des récits de patients (recueillis à Strasbourg) était fortement liée à l'augmentation du nombre d'anachronies dans leur récit, confirmant en cela les résultats obtenus par Habermas et ses collaborateurs auprès de sujets sains (Habermas & Bluck, 2000).

Les débuts de récit correspondent au point de départ de la narration. Ils requièrent un certain niveau d'élaboration, de contextualisation et une construction solide puisqu'ils tiennent un rôle de fondations narratives sur lesquelles le reste du récit prend forme. Les

résultats repris dans l'article 1 montrent un défaut d'élaboration et de contextualisation des débuts de narration dans les récits de patients qui ont été collectés selon la méthode de recueil libre. En comparaison au groupe contrôle, les débuts de récit des patients sont plus vagues, moins contextualisés, et parfois non précisés temporellement. En revanche, lorsque les récits de patients sont collectés par la méthode de recueil structurée, le degré d'élaboration des débuts de narration des patients est similaire à celui des volontaires sains. En accord avec la littérature (Habermas & Bluck, 2000), nos analyses de corrélations ont montré que le degré d'élaboration du début du récit est fortement lié à la cohérence temporelle globale des récits. Le point de départ de la narration et la façon dont le narrateur construit le début de son récit sont donc associés à la façon dont celui-ci va construire son récit dans sa globalité. Un récit dont le début est contextualisé, développé et détaillé est d'autant plus perçu comme cohérent dans le reste de son déroulement.

Les fins de récit de vie ont un rôle tout aussi important dans la création d'une unité temporelle du récit. Ils permettent de clôturer la narration en intégrant d'une part le moment présent dans l'histoire de vie et d'autre part le futur lorsque le narrateur inclut dans son récit des réflexions personnelles sur des événements qui pourront avoir lieu dans le futur. Les fins de récits sont également un moyen de revenir brièvement sur l'ensemble de la narration en tirant des conclusions générales, en résumant l'histoire qui vient d'être racontée et en offrant d'ultimes informations susceptibles d'augmenter la cohérence du récit. Quelle que soit la méthode de recueil des récits utilisée, les résultats rapportés dans l'article 1 ont montré que la fin des récits de patients était plus arbitraire, plus aléatoire, se terminait moins souvent au moment présent et ne présentait pas de conclusion rétrospective ou prospective, tournée vers le futur. Toutefois, contrairement à ce qui avait montré dans la littérature (Habermas & Bluck, 2000) le niveau d'élaboration de la fin du récit n'était pas corrélé avec la cohérence temporelle globale des récits, et ce quel que soit le groupe de sujets ou la méthode de recueil utilisée.

Pour résumer ces résultats, il semble que le vecteur temporel sous-tendant la narration soit perturbé et désorganisé dans les récits de patients schizophrènes. Ainsi, il ne joue plus son rôle fondamental dans la construction de la structure et l'unité temporelle du récit de vie s'en trouve rompue. Une des premières faiblesses de la continuité narrative dans la schizophrénie semble donc être d'ordre temporel.

Nos travaux viennent compléter d'autres résultats de la littérature portant sur l'exploration des perturbations de la composante temporelle à différents niveaux de la cognition et du temps dans la schizophrénie. Ces altérations peuvent toucher d'une part des niveaux très élémentaires de la cognition. Par exemple, les patients présentent des difficultés à effectuer un jugement d'ordre temporel entre des événements se produisant à quelques millisecondes d'intervalle (Capa, Duval, Blaison, & Giersch, 2014; Lalanne, Van Assche, Wang, & Giersch, 2012; Martin, Giersch, Huron, & van Wassenhove, 2013). En outre, des altérations de la composante temporelle de la mémoire de travail ont été montrées dans la schizophrénie (Dreher et al., 2001). Dans cette étude, les auteurs avaient distingué la composante spatiale de la composante temporelle lors de l'encodage et du rappel des informations en mémoire. L'organisation temporelle de la mémoire épisodique semble également altérée dans la schizophrénie à travers des tâches d'apprentissage de listes de mots (B. Elvevåg, Egan, & Goldberg, 2000). Dans un autre registre, les troubles de l'organisation temporelle touchent des niveaux plus intégrés de la cognition, comme ceux mis en évidence dans nos travaux. Les patients schizophrènes ont des difficultés à retrouver l'ordre chronologique d'histoires de la vie quotidienne (non autobiographiques) qui leurs sont présentées sous forme de petites images à ordonner (Zalla et al., 2006). Ils présentent également des difficultés à dater des événements publics passés (Venneri, Bartolo, McCrimmon, & St Clair, 2002) et à évaluer la distance temporelle subjective d'événements personnellement vécus dans le passé (Potheegadoo, Cuervo-Lombard, Berna, & Danion, 2012). Enfin, les récits d'événements personnels des patients ont une moindre cohérence temporelle que ceux de sujets sains (Raffard et al., 2010b).

L'ensemble des données expérimentales sur les perturbations de la composante temporelle de la cognition dans la schizophrénie rejoint les observations cliniques montrant que les patients ont un rapport au temps particulièrement déstructuré. Minkowski explique cette déstructuration par l'intrusion dans la conscience d'éléments ou de contenus dans un même laps de temps et non organisés dans une relation au présent. Là où le sujet normal rencontre les objets et les idées dans une succession temporelle, le patient est perdu et désorganisé. Si les hypothèses de Minkowski peuvent rendre compte d'une désorganisation du temps et de l'identité à l'échelle des idées, donc de l'ordre de plusieurs secondes, le lien qu'il peut y avoir entre des désordres à des échelles de temps si différentes reste une

question non résolue (Grondin, 2001). Le défaut d'organisation temporelle semble être une altération généralisée dans la schizophrénie, nous conduisant à envisager l'affaiblissement de la cohérence temporelle des récits de vie des patients comme étant le reflet de ces perturbations.

En résumé, la structure narrative des récits de vie des patients apparaît principalement sous-tendue par sa composante culturelle, qui serait préservée chez les patients. En revanche, l'affaiblissement de sa composante temporelle participerait à sa fragilisation au sein des récits de vie de patients.

1.2. La cohérence causale-motivationnelle et thématique

Outre la structure narrative des récits de vie, le point essentiel de l'identité narrative réside dans ce qu'Habermas a nommé la cohérence causale-motivationnelle et thématique. C'est elle qui, en s'appuyant sur la structure narrative, va permettre de rendre compte et d'éclairer l'identité du narrateur à travers le récit. Plus précisément, la cohérence causale-motivationnelle reflète l'explication du développement identitaire du narrateur tout au long de sa vie et donc de sa narration, alors que la cohérence thématique permet, quant à elle, d'entrevoir la stabilité de l'identité dans le temps, en mettant en avant des similarités entre différents événements ou périodes de vie. Cette cohérence est élaborée à deux niveaux distincts du récit : au sein des événements qui y sont racontés et mis en relief par le raisonnement autobiographique, et tout au long du récit avec l'utilisation de liens ou de ponts entre les différents événements vécus, périodes de vie et chapitres de vie.

1.2.1. Le raisonnement autobiographique

Lorsque la cohérence causale-motivationnelle et thématique s'exprime au sein même d'événements de vie on l'appelle raisonnement autobiographique. Le raisonnement autobiographique consiste à mettre en place des connexions entre un événement vécu et

l'identité, mais aussi entre deux évènements (Habermas & Bluck, 2000). Habermas et collaborateurs distinguent deux formes de raisonnement autobiographique (Habermas & Bluck, 2000; Habermas & De Silveira, 2008; Habermas, 2010; Köber et al., 2015). Les connexions de causalité entre deux évènements vécus ou entre un évènement passé et l'identité du narrateur permettent d'expliquer comment les différents évènements vécus ont eu un impact sur l'identité du narrateur ou bien sur d'autres évènements vécus ensuite. Parallèlement à cela, les liens thématiques correspondent à des connexions entre un évènement vécu et l'identité du narrateur expliquant en quoi cet évènement reflète un trait de personnalité, un comportement ou des valeurs personnelles qui sont stables dans le temps.

De manière globale, les résultats présentés dans les articles 2 et 3 de notre thèse montrent un affaiblissement global du raisonnement autobiographique dans les récits des patients. En effet, ces derniers l'utilisent moins pour construire et maintenir une cohérence personnelle tout au long du récit. En outre, nos analyses indiquent que cette différence se retrouve principalement dans les récits du passé. En regardant plus précisément le type de raisonnement autobiographique présent dans les récits de vie du passé, nous avons mis en évidence que les patients schizophrènes utilisent significativement moins de connexions causales expliquant la survenue de certains évènements ou l'évolution de leur identité. Plusieurs études avaient déjà mis en évidence des difficultés similaires chez les patients schizophrènes lors de la narration de SDMs (Raffard et al., 2009, 2010b; Berna et al., 2011a, 2011b). Lorsque les patients devaient raconter librement des souvenirs d'évènements particulièrement importants pour eux, ils avaient des difficultés à donner spontanément un sens personnel à ces évènements, à expliquer quels impacts ces évènements avaient eu sur leur identité et à dire en quoi ces évènements étaient si importants pour eux. Ces études ont mis en évidence un défaut d'utilisation de certaines connexions de causalité pour associer un évènement vécu à l'identité. Dans nos travaux de thèse, nous avons retrouvé ces difficultés tout au long des récits de vie des patients et avons montré qu'elles s'étendaient à l'ensemble des connexions de types causales déterminées par Habermas et ses collaborateurs (2008).

En revanche, les connexions sous-tendant la stabilité identitaire ne paraissent pas défaillantes dans les récits des patients. Les résultats présentés dans l'article 2 ne montrent

pas de différence entre patients et contrôles concernant l'utilisation de ces connexions au sein de leur récit de vie. Sur un questionnaire similaire, l'étude de Bennouna-Greene et collaborateurs (2012) avait montré que les patients ne présentaient pas de moindre capacité à trouver des qualificatifs pour se définir eux-mêmes en tant que personne, ni à rappeler des événements illustrant ces images de soi. Toutefois, les liens entre les images de soi et les événements illustrant ces images de soi étaient moins bien identifiables dans les récits des patients que dans ceux des contrôles. Au regard de ces résultats, nous nous attendions à observer des différences entre patients et contrôles concernant l'utilisation de liens thématiques illustrant les caractéristiques stables et immuables de leur identité. Ainsi, l'absence de différence entre patients et témoins pourrait être interprétée comme le résultat d'un effet plancher masquant un possible déficit chez les patients.

Concernant les récits du futur, contrairement aux résultats de Raffard et collaborateurs (2015) montrant que les Projections Futures Définissant le Soi⁶ (PFDS) comportaient moins de connexions liant l'évènement imaginé à l'identité et étaient donc moins intégrées au *self* des patients en comparaison à celles des sujets contrôles, nous n'avons pas mis en évidence de diminution spécifique du raisonnement autobiographique dans cette direction temporelle. Pour expliquer ces résultats quelque peu contradictoires, on peut noter que les approches méthodologiques étaient différentes entre ces deux études. Dans l'étude de Raffard et collaborateurs (2015), les sujets devaient se concentrer sur trois événements futurs spécifiques successivement alors que dans notre protocole, ils devaient imaginer un récit de leur vie future possible intégrant plusieurs événements (quatre en moyenne mais à partir de trois événements utilisés pour structurer leur récit). Cet exercice implique une projection future plus globale et plus généralisée aussi. Le raisonnement autobiographique est déjà présent en faible proportion dans les récits du passé, il s'est révélé plus rare encore dans les récits du futur. De plus, afin de réduire la difficulté de l'exercice pour les patients, nous avons choisi de limiter la durée des récits du futur. Nous ne pouvons pas exclure un nouvel effet plancher masquant une différence éventuelle de raisonnement autobiographique entre patients et contrôles.

⁶ Les projections futures définissant le soi (*Self-Defining Future Projections*, SDFP) sont l'équivalent des souvenirs définissant le soi dans le futur, c'est-à-dire des événements qui deviendront centraux pour l'identité de la personne qui les imagine (D'Argembeau et al., 2012).

De manière intéressante, les analyses de corrélations ont montré des liens entre l'utilisation du raisonnement autobiographique dans les récits du passé et dans ceux du futur chez les volontaires sains uniquement. Cette corrélation laisse entrevoir que des mécanismes communs pourraient sous-tendre les processus de raisonnement autobiographique impliqués dans la narration des événements passés et ceux impliqués dans celle des projections futures.

En résumé, nos résultats montrent une altération du raisonnement autobiographique dans les récits de vie des patients schizophrènes, observable particulièrement dans les récits du passé. En outre, cette altération concernerait principalement la capacité à donner un sens à des événements passés ou à relier plusieurs événements entre eux (sous-tendant la cohérence causale-motivationnelle) et moins la capacité à articuler ou justifier un concept de soi par un événement qui en découle (processus liés à la cohérence thématique). Le raisonnement autobiographique est considéré comme le ciment du récit de vie, le processus cognitif qui apporte une cohérence au récit et permet la création de la continuité narrative (Habermas & Bluck, 2000; Habermas & de Silveira, 2008; Prebble et al., 2013). Il apparaît d'ailleurs lié au sentiment subjectif de continuité de soi (Habermas & Köber, 2014). Directement en lien avec cette dernière étude, nos analyses de corrélations ont montré que la présence de raisonnement autobiographique dans les récits des patients était liée à un sentiment plus fort de cohérence subjective (échelle d'Antonovsky, 1993). Au regard de nos résultats et de la littérature, la moindre utilisation du raisonnement autobiographique dans les récits de patients schizophrènes pourrait représenter un des mécanismes impliqués dans l'altération de la continuité narrative des patients et contribuer plus généralement à l'affaiblissement du sentiment de cohérence subjective qui les caractérise.

1.2.2. La cohérence causale-motivationnelle et thématique globale

Au-delà du raisonnement autobiographique ponctuant le récit de vie, la cohérence causale-motivationnelle et thématique apparaît largement diminuée chez les patients lorsque l'on considère le récit de vie dans sa globalité. Les deux dynamiques identitaires, l'évolution et la stabilité, reflétées respectivement par la cohérence causale-motivationnelle

et la cohérence thématique, sont perturbées dans les récits de vie des patients. Cela implique que les patients ont des difficultés à expliquer, à travers leur récit et les différents événements qui le composent, comment ils ont évolué, changé et mûri, pour devenir la personne qu'ils sont aujourd'hui. Il transparaît l'impression d'une suite d'événements complètement indépendants les uns des autres et pouvant être le fruit du hasard. D'autre part, les liens thématiques et les relations entre les différentes périodes de vie n'apparaissent pas suffisamment dans leur narration. Les patients ne parviennent pas à souligner et mettre en avant ce qui est stable dans leur parcours de vie, ni à faire ressortir un ou plusieurs fils conducteurs de leur vie dans leur narration.

Pour la première fois, nos études ont permis de mettre en évidence une altération de la cohérence narrative à l'échelle du récit de vie, niveau décrit comme étant le plus intégré de la mémoire autobiographique, c'est-à-dire le plus à l'articulation entre mémoire autobiographique et identité (Conway, 2005). Il est important d'insister sur la fonction identitaire du récit autobiographique qui a conduit Ricoeur à développer le concept d'identité narrative (Ricoeur, 1991). Aussi, selon McAdams (2001) l'identité prend la forme d'un récit de vie au cours de cette période particulière de l'adolescence où l'identité achève sa construction (1985). Plus spécifiquement, c'est l'intégration des souvenirs en un récit de vie cohérent qui instaure une continuité narrative (Blagov & Singer, 2004; McAdams, 2001; McAdams & Pals, 2006; Pasupathi, 2007). Et l'intégration dépend des capacités du narrateur à construire une cohérence narrative en établissant des liens thématiques entre les différents éléments du récit ainsi qu'en expliquant et rationalisant les changements identitaires ayant eu lieu et en liant les éléments du récit au *self* conceptuel présent (Habermas & Bluck, 2000; McLean, 2005, 2008). L'altération de la cohérence globale mise en évidence dans les récits des patients tant au niveau thématique qu'au niveau causal-motivationnel traduit une diminution des capacités d'intégration des souvenirs en récit cohérent dans la schizophrénie. En somme, ces perturbations pourraient témoigner de l'affaiblissement de l'identité narrative des patients.

Pour résumer, le récit de vie des patients souffrant de schizophrénie présente une cohérence affaiblie tant dans son organisation temporelle que dans son argumentation

identitaire. Les processus de création et construction identitaire à travers la narration personnelle ont été montrés défailants dans nos études. Ainsi, l'ensemble des perturbations mises en évidence dans nos travaux étayent la thèse d'une fragilisation de l'identité narrative dans la schizophrénie. Les ruptures de la continuité narrative dans la schizophrénie pourraient traduire un affaiblissement de l'unité diachronique du *self* chez ces patients.

Toutefois, cette unité diachronique du *self* ne dépend pas uniquement de la continuité narrative de l'individu. Comme nous l'avons vu dans la partie introductive de nos travaux, elle est tout autant sous-tendue par la continuité phénoménologique, qui à travers le voyage mental dans le temps, permet à chacun de revivre des événements passés ou d'anticiper des événements futurs en y incluant un regard actuel. Cette forme de continuité, à l'inverse de la continuité narrative, correspond à un sentiment subjectif de continuité de soi dans le temps.

2. La continuité phénoménologique dans la schizophrénie

Dans l'article 3, nous avons présenté les analyses portant sur les caractéristiques subjectives des souvenirs composant les récits de vie passée et future des participants. Si le degré de centralité des événements choisis pour composer les récits du passé et du futur ne différait pas entre les patients et les volontaires sains, la vivacité de ces événements (reflétant la richesse subjective des représentations mentales des événements et se référant à l'expérience propre des sujets lorsqu'ils se rappellent ou imaginent un événement) était, quant à elle, significativement diminuée dans le groupe patient et ce pour les souvenirs d'événements passés et l'imagination d'événements futurs. Ces résultats montrent que les représentations mentales (souvenirs autobiographiques et projections futures) composant leurs récits de vie des patients présentent, comme leurs autres souvenirs (ou projections futures), un affaiblissement des caractéristiques phénoménologiques. Ces données corroborent ce qui a été mis en évidence dans de nombreuses études ayant porté sur l'analyse des caractéristiques subjectives des souvenirs autobiographiques (Berna, Potheegadoo, et al., 2016; Danion et al., 2005; Potheegadoo, Berna, Cuervo-Lombard, & Danion, 2013; Riutort, Cuervo, Danion, Peretti, & Salamé, 2003) et des projections futures

(de Oliveira et al., 2009; Raffard et al., 2010a, 2013). A noter que les caractéristiques phénoménologiques des projections futures définissant le soi n'étaient pas affaiblies par rapport aux contrôles (Raffard et al., 2015), ce qui va dans le sens des données obtenues sur les SDMs (pas de différence entre patients et contrôles en termes de spécificité Raffard et al. 2010b ; pas de différence en termes de remémoration consciente, Berna et al., données non publiées).

Dans les groupes patient et contrôle, nous avons mis en évidence des corrélations (à la limite du seuil de significativité) entre le niveau de détails des événements du passé et celui des projections futures. Dans la continuité des précédentes études (D'Argembeau, Lardi, & Van der Linden, 2012; D'Argembeau & Van der Linden, 2004; pour revue voir Schacter et al., 2012), ces données semblent apporter un argument supplémentaire en faveur de mécanismes cognitifs communs sous-tendant le voyage mental dans le temps.

En résumé, nos travaux de thèse apportent des arguments en faveur d'une altération de la continuité de soi dans la schizophrénie, et ceci dans ses deux composantes phénoménologique et narrative. Ils montrent que les patients ont à la fois un sentiment subjectif de continuité de soi affaibli et une compréhension raisonnée de leur parcours de vie déficitaire.

3. Les continuités phénoménologique et narrative sont-elles liées ou indépendantes ?

Nous avons vu tout au long de ce manuscrit que le sentiment de continuité de soi comporte deux composantes : une composante phénoménologique (ou épisodique) et une composante narrative (ou raisonnée) et que ces deux composantes étaient significativement altérées dans la schizophrénie. Nous pouvons donc nous poser la question d'un hypothétique lien les unissant. Ces deux dimensions interagissent-elles entre elles ou sont-elles indépendantes l'une sur l'autre ?

Les analyses de corrélations menées dans nos travaux de thèse, entre le niveau de détails des évènements composant les récits de vie (reflétant la continuité phénoménologique) et le raisonnement autobiographique présent dans ces mêmes récits (reflétant la continuité narrative) n'ont pas mis en évidence de lien entre ces deux composantes. Les récits comportant les souvenirs les plus vivaces n'étaient pas ceux qui contenaient le plus de raisonnement autobiographique. Ces résultats vont dans le sens de ceux retrouvés dans l'analyse de SDMs chez des sujets sains montrant que les SDMs comportant le plus de raisonnement autobiographique étaient ceux dont la spécificité était la plus faible (Blagov & Singer, 2004), et supportent la thèse défendue par Prebble et collaborateurs (2013) en faveur de l'indépendance des deux types de continuité de soi.

Des arguments supplémentaires soutenant l'idée de cette dissociation proviennent d'une étude réalisée en imagerie cérébrale par d'Argembeau et ses collaborateurs (2014) qui suggère que les continuités phénoménologique et narrative seraient sous-tendues par des structures cérébrales différentes. Dans cette étude, pour un même évènement, les sujets devaient se concentrer sur le contenu du souvenir (revivre l'évènement mentalement) ou bien sur son sens et son importance personnelle (raisonnement autobiographique). Les résultats montrent que lorsque les sujets se focalisent sur le contenu de l'évènement, les régions du cerveau activées correspondent à celles de la remémoration consciente (supportant la continuité phénoménologique) : cortex rétrosplénial et cingulaire postérieur, le précuneus, l'hippocampe, l'amygdale, le gyrus parahippocampique, le cortex dorsolatéral préfrontal et le cortex orbitofrontal médian, alors que le raisonnement autobiographique (supportant la continuité narrative) recrute un réseau neuronal latéralisé à gauche impliqué dans le traitement sémantique et conceptuel des informations (le cortex préfrontal dorsomédian, le gyrus frontal inférieur, le gyrus temporal médian et le gyrus angulaire).

Pour aller plus loin dans ce questionnement, il peut être intéressant de se demander s'il est possible de comprendre son histoire de vie et d'en construire une narration cohérente lorsque le voyage mental dans le temps est altéré. Et inversement, s'il est possible d'éprouver un sentiment subjectif de continuité de soi à travers le voyage mental dans le temps en l'absence d'une compréhension raisonnée de sa trajectoire de vie. En effet, la

littérature sur les troubles de la mémoire autobiographique en particulier chez les patients cérébrolésés a montré qu'il existait une dissociation entre la capacité à revivre mentalement des événements passés et les connaissances conceptuelles sur le *self* (Klein & Gangi, 2010). L'exemple du patient KC illustre bien ce phénomène puisqu'en absence complète de souvenirs épisodiques ce patient était capable de décrire parfaitement ses traits de personnalité et ses valeurs personnelles (Tulving, 1993). Si l'on se réfère au Modèle du Sens de Soi (Prebble et al., 2013), la réponse à ces questions serait affirmative. Les auteurs décrivent les continuités phénoménologique et narrative comme étant deux mécanismes qui fonctionnent parallèlement pour apporter un sentiment de continuité de soi. Leur raisonnement repose sur un ensemble d'études montrant 1) que les personnes âgées semblent maintenir un sentiment de continuité de soi puissant, et ce même à des âges très avancés (Prebble et al., 2013) alors qu'au cours du vieillissement, 2) on assiste à une perte progressive de l'accès aux informations épisodiques des souvenirs autobiographiques et une diminution de la remémoration consciente des souvenirs (Piolino et al., 2006) et que 3) les informations sémantiques de la mémoire autobiographique semblent préservées (Addis, Wong, & Schacter, 2008; Levine, Svoboda, Hay, Winocur, & Moscovitch, 2002; Piolino et al., 2010). Toutefois, ces études ont été menées de manière indépendante les unes des autres et même si leurs résultats laissent effectivement penser qu'un sentiment de continuité de soi serait possible malgré une diminution de la remémoration consciente et sur la seule base des informations sémantiques de la mémoire autobiographique, ceci reste à démontrer par des études chez des sujets ayant un déficit complet de voyage mental dans le temps (Palombo, Alain, Söderlund, Khuu, & Levine, 2015) ou bien une incapacité à raisonner sur sa propre vie.

CHAPITRE 2

QUELLES PEUVENT ETRE LES EXPLICATIONS DE L'ALTERATION DE LA CONTINUITÉ SOI DANS LA SCHIZOPHRENIE ?

Sommaire

1. Hypothèse cognitive de l'altération de la continuité de soi
 - 1.1. Au regard de la continuité narrative
 - 1.2. Au regard de la continuité phénoménologique
 2. Hypothèse métacognitive de l'altération de la continuité de soi
 - 2.1. Au regard de la continuité narrative
 - 2.2. Au regard de la continuité phénoménologique
 3. Hypothèse de l'impact de la trajectoire de vie et des événements traumatiques vécus par les patients
 - 3.1. Au regard de la continuité narrative
 - 3.2. Au regard de la continuité phénoménologique
 - 3.3. Place des événements traumatiques et des événements liés à la maladie dans nos travaux
 4. Perspective neurodéveloppementale des altérations de la continuité narrative
 - 4.1. La moindre cohérence narrative des patients est-elle due à un défaut d'apprentissage socio-culturel ?
 - 4.2. La moindre cohérence narrative des patients est-elle due à un défaut de maturation ou une diminution des capacités cognitives ?
 5. Hypothèse d'une dysconnexion en le *self* et la mémoire autobiographique dans la schizophrénie
-

Nous avons vu dans le chapitre précédent comment s'expriment les troubles de la continuité de soi dans la schizophrénie au travers des récits de vie de patients. Après avoir décrit ces perturbations, il semblait nécessaire de questionner les potentiels mécanismes qui en sont responsables.

1. Hypothèse cognitive de l'altération de la continuité de soi

1.1. Au regard de la continuité narrative

De nombreuses études font état d'une défaillance sévère des processus exécutifs dans la schizophrénie (Barch & Ceaser, 2012; Reichenberg & Harvey, 2007). Ces anomalies exécutives sont observées chez des patients sans traitements pharmacologiques (Daban et al., 2005), avant le début de la maladie chez des sujets à risque (Lencz et al., 2006) et chez des patients stabilisés (Townsend, Malla, & Norman, 2001). L'étude de Raffard et collaborateurs (2012) a montré sur une population de 62 patients souffrant de schizophrénie que 94% avaient au moins un des 4 principaux processus exécutifs déficitaire (mise à jour, inhibition, flexibilité mentale et attention divisée, Miyake et al., 2000). Ces troubles exécutifs étaient principalement prédis par le moindre quotient intellectuel prémorbide et le ralentissement de la vitesse d'exécution des patients.

La continuité narrative est sous-tendue par des processus d'organisation temporelle et de raisonnement autobiographique ainsi que par des capacités de construction d'une cohérence globale sur l'ensemble du récit. Les modèles théoriques décrivant le récit de vie s'accordent à dire que celui-ci émerge de processus complexes s'appuyant sur un fonctionnement cognitif de haut niveau (Conway, 2005) et nécessitant la maturation « d'outils cognitifs » au cours de l'adolescence (Habermas & Bluck, 2000). Toutefois, très peu de données expérimentales sont venues corroborer ces théories.

Dans nos travaux, nous avons montré pour la première fois un lien entre le fonctionnement exécutif et la cohérence globale du récit de vie. Ces observations rejoignent et complètent de précédents résultats ayant mis en évidence ces liens dans la narration des SDMs des patients (Berna et al., 2011a). Plus précisément, nous avons mis en évidence que

l'altération de la flexibilité mentale des patients était liée à la diminution de la cohérence causale-motivationnelle et thématique globale de leur récit et à leur tendance à effectuer des déviations temporelles tout au long de leur récit. Autrement dit, leur déficit cognitif (notamment leurs difficultés à passer d'une activité à une autre, ou à jongler avec plusieurs informations présentées simultanément) apparaît lié à leurs difficultés à mettre en place une cohérence narrative lorsqu'ils racontent leur histoire personnelle.

Au regard des corrélations observées, nous pouvons supposer que le déficit exécutif des patients les empêcherait 1) de mettre en place une organisation temporelle cohérente au sein de leur récit et 2) de créer un développement narratif organisé rendant compte de l'évolution de leur identité dans leur histoire personnelle.

1.2. Au regard de la continuité phénoménologique

La continuité phénoménologique repose sur la richesse des caractéristiques subjectives des représentations mentales d'évènements passés ou futurs. Ces représentations mentales peuvent être construites de manière volontaire, en mettant consciemment en œuvre des stratégies pour y arriver, mais elles peuvent également se matérialiser de manière spontanée en réaction à un indice externe ou interne qui déclencherait un ensemble de processus inconscients faisant émerger un souvenir d'évènement vécu ou une projection mentale dans le futur (Berntsen, 2012; Conway, 2005).

Dans notre étude et plus généralement dans la littérature portant sur les troubles la mémoire autobiographique dans la schizophrénie, la continuité phénoménologique a été étudiée par l'évaluation de la construction volontaire de représentations mentales autobiographiques. Ce processus correspond à une action mentale complexe nécessitant un effort cognitif important, impliquant principalement le fonctionnement exécutif (Berntsen, 2012; Conway, 2005). Dans son modèle *Self Memory System*, Conway (2005) postule que la formation du souvenir autobiographique est sous le contrôle d'un ensemble de fonctions exécutives telles que l'initiation et la sélection de stratégies pertinentes ou encore l'intégration (*binding*) et le maintien en mémoire de travail de la représentation mentale

sous forme de souvenir. De nombreuses études expérimentales en neuropsychologie sont venues étayer la théorie de Conway (voir aussi Williams et al., 2007), montrant notamment des liens entre le manque de spécificité des souvenirs autobiographiques et le déficit de mise à jour des patients souffrant de démence fronto-temporal (Matuszewski et al., 2006; Piolino, Chételat, et al., 2007). Le défaut d'inhibition est également associé à des perturbations de la mémoire autobiographique chez des patients souffrant de lésions frontales (Conway & Fthenaki, 2000; Piolino, Desgranges, et al., 2007). De plus, Piolino et collaborateurs (2010) ont montré que l'altération du fonctionnement exécutif chez les personnes âgées était prédictive de la moindre spécificité des informations autobiographiques retrouvées par ces sujets. Les altérations de la mémoire autobiographique épisodique apparaissent liées à un défaut de mémoire de travail et plus particulièrement des processus de *binding* impliqués dans cette fonction. Ces résultats mettent en évidence l'importance des processus d'intégration des informations en mémoire de travail lors de la formation de souvenirs autobiographiques épisodiques.

En dépit des arguments présentés plus haut en faveur d'une implication des fonctions exécutives dans la récupération de souvenirs autobiographiques et des troubles exécutifs avérés dans la schizophrénie, les différentes études ayant inclus une mesure du fonctionnement exécutif couplée à l'évaluation de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie n'ont montré aucune corrélation entre ces deux variables (Bennouna-Greene et al., 2012; Berna et al., 2011; Mehl, Rief, Mink, Lüllmann, & Lincoln, 2010; Ricarte, Hernández, Latorre, Danion, & Berna, 2014). L'étude de Potheegadoo et collaborateurs (2014) apporte cependant des arguments plus directs pour étayer l'hypothèse de la responsabilité du déficit exécutif dans la récupération des souvenirs autobiographiques chez ces patients. Cette étude a montré que la moindre capacité des patients à retrouver des souvenirs détaillés de façon volontaire pouvait être améliorée lorsque des stratégies de récupération adaptées, incluant l'indiciage spécifique de détails phénoménologiques, leur étaient données. De plus, alors que les performances en mémoire de travail étaient significativement corrélées avec la richesse en détails des souvenirs rappelés dans la condition sans indiciage, cette corrélation n'était plus significative dans la condition d'indiciage spécifique. Ces observations laissent penser que l'implication du fonctionnement

exécutif dans la récupération volontaire d'informations épisodiques serait allégée dans la condition d'indigage spécifique permettant aux patients d'être moins handicapés par leur déficit exécutif et de récupérer ces informations épisodiques grâce aux stratégies apportées par l'expérimentateur. Nos études ne retrouvent pas de corrélations significatives entre les altérations exécutives et le moindre niveau de détails de leurs représentations mentales d'évènements passés. Ceci peut être expliqué par des particularités méthodologiques de nos travaux. Ainsi, le type de mesure des fonctions exécutives que nous avons utilisées reste assez rudimentaire et ne recouvre pas l'ensemble des sous-fonctions regroupé sous le terme de fonctions exécutives. De même, l'évaluation des caractéristiques phénoménologiques des souvenirs reposait dans notre étude sur une auto-évaluation de la vivacité des représentations mentales et non sur une hétéro-évaluation par l'expérimentateur du nombre de détails (comme dans l'étude de Potheegadoo et al., 2014), cette dernière mesure étant sans doute plus précise.

En plus des déficits de récupération d'informations autobiographiques, des perturbations de l'encodage en mémoire des évènements peuvent contribuer aux troubles de la mémoire autobiographique observée dans la schizophrénie. Des études portant sur la mémoire épisodique des patients ont mis en évidence des défauts d'utilisation des processus stratégiques (dus à un dysfonctionnement exécutif) au moment de l'encodage d'informations en mémoire (Achim & Lepage, 2005; Danion, Huron, Vidailhet, & Berna, 2007; Danion J, Rizzo L, & Bruant A, 1999). En outre, dans l'étude de Potheegadoo et collaborateurs (2014), on observe que certaines catégories de détails (contextuels, perceptivo-sensoriels et temporels) restent moins accessibles pour les patients malgré l'emploi d'un indigage spécifique. Ces résultats laissent penser qu'un défaut d'encodage de ces détails pourrait être responsable de leur inaccessibilité en mémoire lors du rappel.

Concernant les caractéristiques phénoménologiques des projections mentales dans le futur, nos travaux n'ont pas non plus mis en évidence de lien entre le déficit exécutif des patients et leurs difficultés à imaginer des évènements futurs détaillés.

Le processus de projection mentale dans le futur nécessite deux capacités : celle de construire des représentations mentales imaginaires d'évènements et celle de se projeter soi-même dans le futur. L'étude de Raffard et collaborateurs (2010a) nous renseigne sur les mécanismes qui pourraient être responsables des difficultés des patients à se projeter mentalement dans des évènements futurs. Ils ont montré, chez les patients, une altération du processus d'élaboration mentale de scènes spatialement complexes et riches en détails et que ces scènes étaient moins cohérentes, moins détaillées et moins riches phénoménologiquement. De plus, cette étude ne montre pas de différence qualitative entre l'imagination de scènes projetées mentalement dans le futur et l'imagination de scènes sans voyage mental dans le temps. Ces données semblent indiquer que les altérations des projections mentales futures observées dans la schizophrénie viendraient principalement des difficultés des patients à construire des scènes mentales de manière riche et détaillée plutôt que d'une moindre capacité à se projeter soi-même dans le futur.

De plus en plus de théories s'accordent à dire que les processus de remémoration du passé, d'anticipation du futur ou d'imagination d'évènements qui auraient pu avoir lieu seraient sous-tendus par un même réseau neuronal (Buckner & Carroll, 2007). Les corrélations observées dans nos travaux (à la limite de la significativité) vont dans ce sens en montrant des liens entre le niveau de détails des souvenirs et celui des projections mentales futures. Les processus de remémoration et d'imagination reposent tous deux sur l'utilisation des informations autobiographiques dont nous disposons et sur leur réutilisation pour former de nouvelles projections (voir Hassabis & Maguire, 2007; Schacter & Addis, 2007). Similairement aux mécanismes sous-tendant l'affaiblissement des caractéristiques subjectives dans les souvenirs autobiographiques des patients, leur dysfonctionnement exécutif conduiraient à une moindre accessibilité, utilisation et intégration de ces mêmes informations autobiographiques empêchant ainsi la construction de projections mentales futures riches en détails (D'Argembeau, Raffard, & Van der Linden, 2008; Raffard, D'Argembeau, Bayard, Boulenger, & Van der Linden, 2010). Au final, nous avons des raisons de considérer que des processus communs (impliquant probablement les fonctions exécutives) pourraient conduire à l'affaiblissement des caractéristiques phénoménologiques

à la fois des souvenirs autobiographiques et des projections mentales futures dans la schizophrénie.

2. Hypothèse métacognitive de l'altération de la continuité de soi

Les processus métacognitifs font référence aux processus sous-tendant la capacité de se représenter soi-même ainsi que ses propres états mentaux. Ils correspondent à l'action de penser et de réfléchir sur son propre fonctionnement cognitif. Ils sont également souvent liés aux processus impliqués dans la « Théorie de l'esprit » (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985; Frith & Frith, 2005), c'est-à-dire la capacité de se représenter les états mentaux d'autrui et d'inférer des intentions ou motivations aux autres. Plusieurs auteurs ont décrit des troubles sévères de la métacognition dans la schizophrénie (Frith, 1995; Lysaker et al., 2011). Ils en font même un point central de leur réflexion sur la psychopathologie de la schizophrénie, considérant que ces altérations pourraient rendre compte de nombreux autres symptômes observés chez les patients.

2.1. Au regard de la continuité narrative

En faisant le lien entre les processus de réflexions sur soi et les processus métacognitifs, Lysaker et ses collaborateurs ont exploré les troubles de la conscience de soi dans les récits personnels à partir du point de vue d'un déficit primaire de la métacognition (Lysaker et al., 2005; Lysaker et al., 2005; Semerari et al., 2003). En utilisant une méthode adaptée de la MAS (Metacognition Assessment Scale, Semerari et al., 2003), ils ont mis en évidence que le déficit métacognitif que présentaient les patients dans la narration d'évènements personnels était lié aux troubles cognitifs plus élémentaires des patients (Lysaker et al., 2005b, 2007). Ils postulent que les difficultés des patients à identifier et réfléchir sur leurs propres états mentaux et ceux des autres pourraient diminuer leurs capacités à articuler les différentes facettes de leur identité (ainsi que leurs évolutions au cours du temps) dans un ensemble sensé et cohérent (Lysaker & Lysaker, 2010).

Comme décrit dans la 1^{ère} partie de ce manuscrit, la cohérence narrative repose sur la composante sémantique de la mémoire autobiographique. Cette composante inclut également les concepts de soi (Conway, 2005; McAdams, 1996; Singer, 1995) qui nécessitent de bonnes capacités métacognitives afin de pouvoir appréhender, comprendre, et utiliser des représentations mentales que l'on a de soi-même et les transformer en connaissances sémantisées plus stables dans le temps. Plusieurs études ont montré chez les patients schizophrènes ou chez des personnes présentant des symptômes psychotiques atténués une diminution de la clarté des concepts de soi (Cicero et al. 2013, 2015, 2016 ; Berna et al. 2016), ainsi qu'une instabilité de ces concepts dans le temps (Boulanger et al., 2013). Au regard de ces observations, on peut se poser la question de savoir si ces perturbations du *self* conceptuel pourraient être en partie responsables de la moindre cohérence globale mise en évidence dans les récits de patients. En considérant en effet, qu'il est difficile pour une personne ayant des concepts de soi vagues et instables dans le temps d'élaborer un récit ayant une forte cohérence causale-motivationnelle et thématique, c'est-à-dire explicitant comment ces images de soi sont nées en réponse à des événements (changements) ou ont conditionné telle ou telle action (stabilité). Toutefois, aucune étude ne nous permet de résoudre la question de la direction de ces éventuelles relations de causalité et l'hypothèse inverse est tout autant envisageable. Les capacités altérées des patients à construire un récit cohérent de leur vie pourrait également être responsables de la diminution de la clarté des concepts de soi et de leur instabilité dans le temps.

2.2. Au regard de la continuité phénoménologique

Les hypothèses de Lysaker sur la responsabilité des altérations métacognitives de la conscience de soi dans les troubles identitaires des patients souffrant de schizophrénie pourraient s'appliquer également à l'affaiblissement de la continuité phénoménologique. Lysaker et ses collaborateurs postulent que la difficulté des patients à se représenter eux-mêmes ainsi que leurs propres états mentaux les empêcheraient de pouvoir revivre consciemment des événements passés (Dimaggio, Salvatore, Popolo, & Lysaker, 2012). Cependant, ces hypothèses proviennent d'observations qualitatives et empiriques collectées lors de séances de psychothérapies. Des études expérimentales seraient nécessaires pour

venir étayer les hypothèses cliniques décrites dans ces travaux et déterminer réellement le rôle des troubles métacognitifs dans les perturbations de la continuité phénoménologique observées chez les patients schizophrènes.

De manière plus générale, la question de l'implication des troubles métacognitifs dans l'affaiblissement de la continuité de soi dans la schizophrénie est tout à fait pertinente mais nécessite davantage d'investigations. Il serait nécessaire de départager plus précisément ce qui relève des dysfonctionnements métacognitifs de ce qui a trait aux altérations cognitives dans les perturbations de la mémoire autobiographique observées chez les patients, et tenter de comprendre comment et dans quel sens ces deux composantes interagissent. Nous faisons l'hypothèse que les troubles cognitifs et métacognitifs pourraient s'influencer mutuellement et que leurs interactions aboutiraient *in fine* aux troubles de la mémoire autobiographique et de la représentation de soi dont souffrent les patients schizophrènes.

3. Hypothèse de l'impact de la trajectoire de vie et des évènements traumatiques vécus par les patients

En dépit des troubles cognitifs et métacognitifs avérés dans la schizophrénie, d'autres facteurs environnementaux semblent essentiels et doivent être pris en compte dans notre réflexion. Les patients souffrant de schizophrénie ont globalement des trajectoires de vie plus compliquées et moins rectilignes que les volontaires sains. Ils sont confrontés à plus d'évènements traumatiques que les sujets non malades (Morgan & Fisher, 2007). Ces éléments peuvent questionner l'interprétation de nos résultats. Ainsi, quelle est la part de responsabilité de ces évènements traumatiques dans les troubles de la continuité de soi dans la schizophrénie ? Par quels mécanismes ces évènements pourraient rendre compte de l'affaiblissement de la continuité narrative d'une part et de la continuité phénoménologique d'autre part ?

3.1. Au regard de la continuité narrative

Quelques éléments de réponse apportés par l'équipe de Tilmann Habermas peuvent nous aider à y voir plus clair. Dans une étude publiée en 2014, ils ont montré que le raisonnement autobiographique était utilisé dans les récits de vie dans le but d'atténuer les effets perturbateurs des évènements indésirables (Tilmann Habermas & Köber, 2014). Autrement dit, plus une personne avait vécu des changements de vie importants et perturbateurs, plus elle utilisait le raisonnement autobiographique tout au long de son récit de vie pour tenter de maintenir un sentiment de continuité de soi. Dans cette étude, l'utilisation du raisonnement autobiographique était positivement corrélée avec le sentiment de continuité de soi des sujets ayant vécu le plus de changements de trajectoire de vie.

D'après la méta-analyse de Varese et al. (2012), les patients schizophrènes vivent en moyenne 2.27 fois plus d'évènements traumatiques ou perturbateurs au cours de leur vie que des personnes non malade. On pourrait alors s'attendre à ce que les patients schizophrènes utilisent beaucoup plus le raisonnement autobiographique dans leur récit de vie dans le but d'absorber ou d'atténuer les effets négatifs de ces changements et maintenir

un sentiment de continuité de soi. Si l'on suit cette logique, nos résultats montrant une diminution du raisonnement autobiographique chez les patients indiqueraient en réalité un défaut de son utilisation d'autant plus marqué dans la schizophrénie.

Toutefois, pour nuancer ces propos, on peut se poser la question de savoir si les événements traumatiques vécus par les patients sont de même nature que les changements ou bouleversements de vie vécus par les sujets sains. Les effets mis en évidence par Habermas et Köber ne sont peut-être valables que pour un certain type d'événements, jusqu'à un certain seuil de perturbations, et au-delà, le raisonnement autobiographique ne serait plus suffisant ou ne pourrait plus absorber les effets néfastes des événements traumatiques graves, comme ceux vécus par les patients.

Une autre interprétation possible de cette diminution du raisonnement autobiographique serait qu'elle pourrait être le reflet des mécanismes de défense ou d'évitement des patients face aux événements traumatiques. Si les effets positifs, constructifs et vecteurs de continuité du raisonnement autobiographique sont bien décrits dans la littérature, certains auteurs s'interrogent tout de même sur la nécessaire présence du raisonnement autobiographique, tout le temps et pour tout le monde. D'après McLean et Mansfield (2011), il semble nécessaire de s'interroger sur l'utilité et l'utilisation du raisonnement autobiographique dans certaines circonstances. D'après leur réflexion, bien que le raisonnement autobiographique soit plus souvent associé à des événements négatifs et permettent d'en tirer une leçon de vie ou un sens personnel utile pour transformer la négativité de l'événement, pour certains événements traumatiques le raisonnement autobiographique pourrait avoir un effet délétère. Fivush et Sales (2006) ont montré dans le cadre d'une étude mère-enfant, que lors d'un événement traumatique isolé dans le temps (par exemple, séjour aux urgences suite à une crise d'asthme de l'enfant) plus la mère essayait de donner un sens et d'expliquer précisément la situation à l'enfant moins celui-ci était en mesure de faire face efficacement à la situation. En revanche, dans le cas d'une maladie chronique, les mères construisant des récits détaillés et apportant des explications cohérentes à l'enfant subissant cette maladie permettaient à ces enfants de se sentir mieux.

En outre, l'étude de Waters et collaborateurs (2013) a montré que dans certaines conditions le raisonnement autobiographique⁷ pouvait être lié à une symptomatologie de stress post-traumatique plus sévère. Autrement dit, et contrairement à ce qui est habituellement montré dans la littérature, le raisonnement autobiographique serait ici relié à des effets négatifs sur la santé mentale des sujets. Les auteurs font l'hypothèse que les événements négatifs et traumatiques racontés par les patients sont pour certains tellement absurdes et dénués de sens que tenter de les rendre cohérents en utilisant le raisonnement autobiographique n'est peut-être pas la meilleure stratégie à adopter dans une perspective de rétablissement.

Enfin, McLean et Mansfield affirment qu'il existe une pression et une demande culturelle et sociétale implicite vis-à-vis des procédés littéraires, tels que le raisonnement autobiographique, utilisés pour construire un récit cohérent de sa vie. L'ensemble de ces processus correspond à un point critique de notre construction identitaire dans nos cultures individualistes (McAdams, 1996; Wang & Brockmeier, 2002). Ces auteurs expliquent que la société dans laquelle nous vivons attend des individus qu'ils sachent se raconter eux-mêmes (Bruner, 1990; McAdams, 2001), raisonner et réfléchir sur leur histoire personnelle (Habermas & Bluck, 2000), qu'ils soient capables de mettre en avant un dénouement positif à tout événement traumatique, autrement dit faire preuve de rédemption (McAdams & Pals, 2006), et qu'ils sachent construire une image d'eux-mêmes cohérente dans le temps (McLean & Pasupathi, 2010). Ils posent alors la question de savoir comment des personnes n'ayant pas toutes les capacités requises pour élaborer de telles constructions, ou ayant une histoire de vie comportant de nombreux événements traumatiques, font pour faire face à cette pression socio-culturelle. Ainsi, dans leur revue de la littérature sur cette question, McLean et Mansfield essaient d'argumenter que dans certains contextes le raisonnement autobiographique peut être néfaste. En tant que sujet « bien portant » nous avons tendance à penser que chacun a la possibilité de construire et développer des récits autobiographiques incluant une réflexion sur lui-même, montrant qu'il a pu tirer profit

⁷Dans cette étude, le raisonnement autobiographique avait été évalué indépendamment de la narration des événements traumatiques via le questionnaire *Post-traumatic Growth Inventory* (PTGI, Tedeschi et Calhoun, 1996). Ce questionnaire mesure le bilan fait par un individu après un événement traumatique et sa capacité à lui donner un sens personnel.

d'évènements négatifs, quelque soient les expériences vécues par la personne qui raconte son histoire. Or, des études suggèrent que les capacités de résilience face à un évènement traumatique peuvent aussi trouver leur source dans les caractéristiques personnelles des individus comme une personnalité optimiste et battante (Pressman & Bonanno, 2007; Westphal & Bonanno, 2007) et non dans leurs capacités narratives. Enfin, certains auteurs considèrent qu'il serait plus adapté de passer moins de temps à réfléchir et raisonner sur l'évènement traumatique (Wilson & Ross, 2003), le laissant dans une dimension passée tout en essayant de se focaliser sur le futur.

Ces éléments de discussions sont importants à prendre en compte car ils peuvent apporter un regard nouveau sur les déficits observés chez les patients en posant légitimement la question de la place du raisonnement autobiographique dans leurs récits de vie. Toutefois, nos travaux ont montré que chez les patients souffrant de schizophrénie, l'utilisation du raisonnement autobiographique dans leur récit de vie était positivement et significativement corrélée à leur sentiment de cohérence personnelle dans leur vie quotidienne. Dans ce cas, l'utilisation du raisonnement autobiographique semble donc être favorable aux patients.

3.2. Au regard de la continuité phénoménologique

Les processus d'évitement comme stratégies de compensation pour faire face à des évènements de vie traumatiques ou une symptomatologie dépressive sont bien décrits dans littérature (Hermans, Defranc, Raes, Williams, & Eelen, 2005; Williams, 2006). Cette observation se réfère à l'hypothèse de la régulation affective permise par l'évitement fonctionnel d'émotions négatives et a été intégrée par Williams et collaborateurs dans le modèle CarFaX (Williams et al., 2007; Williams, Healy, & Ellis, 1999). Afin de contrer les effets anxiogènes et négatifs de la remémoration d'évènements stressants ou traumatiques, certaines personnes auraient recours à des processus d'évitement fonctionnel diminuant le rappel de souvenirs spécifiques et interrompant la recherche au stade de souvenirs généraux. Les personnes qui rappellent des évènements personnels de façon moins spécifique rapportent moins d'émotions négatives en lien avec les évènements stressants,

ont moins de pensées intrusives en lien avec ces événements et évaluent ces intrusions comme étant moins déplaisantes par rapport à des individus qui s'en rappellent de façon très spécifique (Raes, Hermans, de Decker, Eelen, & Mark, 2003).

Dans la schizophrénie, peu de données sont disponibles sur cette question. A notre connaissance, une seule étude a montré que les patients évitant les souvenirs d'événements traumatiques liés à leurs symptômes psychotiques ou à leurs hospitalisations avaient une symptomatologie négative plus sévère et que ceux ayant plus de symptômes négatifs avaient des difficultés à se rappeler de souvenirs autobiographiques spécifiques (Harrison & Fowler, 2004). Les analyses de régression ont mis en évidence que l'évitement des souvenirs d'événements traumatiques et la moindre spécificité autobiographique des souvenirs prédisaient la symptomatologie négative des patients.

Il serait intéressant de prendre en compte cette hypothèse alternative dans la recherche des mécanismes responsables de l'affaiblissement de la continuité phénoménologique dans la schizophrénie.

3.3. Place des événements traumatiques et des événements liés à la maladie dans nos travaux

Dans nos études, nous n'avons pas évalué le caractère traumatisant des événements choisis par les patients pour construire leur narration, ni même de façon plus générale la récurrence des événements traumatiques auxquels ils auraient été confrontés tout au long de leur vie, par l'intermédiaire d'échelles cliniques (par exemple, le questionnaire des expériences traumatiques ; Nijenhuis, Van der Hart, & Kruger, 2002). On pourrait alors supposer que les récits des patients contenaient plus d'événements traumatiques et que pour cette raison, leur cohérence en était singulièrement diminuée.

Il est ici important de préciser que les événements choisis par les patients correspondaient tout autant au schéma de vie culturel (par exemple : naissance de son premier enfant, obtention du baccalauréat, se marier ou avoir un premier travail ; (Berntsen

& Rubin, 2004) que ceux choisis par les contrôles. En outre, même si la valence émotionnelle des événements choisis par les patients était plus négative que celle des événements choisis par les contrôles, elle restait tout de même globalement positive (avec un score moyen de 5.37 sur 7 ; 1 étant totalement négatif et 7 totalement positif). Par ailleurs, si les patients avaient choisi des événements traumatiques à inclure dans leurs récits, nous aurions pu nous attendre à observer une vivacité des souvenirs augmentée par rapport à celle des contrôles, comme décrit classiquement pour les souvenirs d'événements traumatiques (McKinnon et al., 2015), ce qui n'était pas le cas. Au contraire, nous avons observé une diminution du niveau de détails subjectifs observée dans ce groupe par rapport au groupe contrôle. Cependant, on pourrait opposer le fait que les patients ont effectivement vécu plus d'événements traumatiques mais que ces derniers n'ont pas été retenus parmi les 7 événements choisis avant d'élaborer le récit. Cette fréquence supposée plus élevée d'événements traumatiques chez les patients ainsi que l'existence de souvenirs moins vivaces pourraient alors s'accorder avec le fait que des processus d'évitement fonctionnel soient opérants chez nos patients ; tout ceci restant cependant spéculatif.

Sur la base de nos résultats indiquant que les événements majeurs choisis pour structurer le récit ne semblaient pas plus traumatiques chez les patients, la moindre cohérence narrative observée chez eux apparaît davantage liée au dysfonctionnement des processus d'intégration de leurs souvenirs au sein du récit et moins à une conséquence directe de traumatismes passés. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Berna et collaborateurs (2011a) qui avaient mis en évidence un défaut d'intégration des SDMs au *self* alors que ces souvenirs n'étaient en moyenne pas plus traumatiques ou négatifs dans le groupe patient que dans le groupe contrôle.

On pourrait également considérer que la moindre cohérence des récits de patients vient d'une fréquence élevée d'événements en lien avec la maladie qui, du fait de leur contenu psychotique, les rend particulièrement difficile à intégrer dans un récit de vie cohérent. Des analyses complémentaires non publiées ont montré que les sections de récits se rapportant à la maladie n'étaient pas spécifiquement associées à une réduction du raisonnement autobiographique mais que cette dernière concernait toutes les sections des récits. Ces résultats vont dans le sens de ceux de Berna et al. (2011b) qui ont montré que la

difficulté des patients à donner un sens aux événements de vie marquants ne portait pas spécifiquement sur les événements liés à la maladie. Cette même étude a montré qu'en parallèle du sens donné aux événements, correspondant à un processus d'intégration principalement cognitif, les processus d'intégration de nature émotionnelle étaient eux préservés. Ainsi les événements de type rédemption (McAdams, 2001) montraient un changement plus positif dans les SDMs liés la maladie que dans les SDMs non liés à la maladie. Les SDMs liés à la maladie semblent donc prendre une place importante dans la représentation que les patients ont d'eux-mêmes et dans la construction de leur identité personnelle. Ils sont intégrés différemment au *self* par des processus plutôt émotionnels mais ne font pas l'objet d'un moindre raisonnement autobiographique.

Au total, plusieurs arguments laissent à penser que les événements de vie traumatiques et les événements liés à la maladie ne peuvent à eux seuls rendre compte des altérations montrées dans nos travaux. Cependant, nous ne pouvons apporter de conclusion formelle sur ce point et d'autres travaux examinant de façon plus spécifique cette question sont nécessaires. Cette limite sera rediscutée dans le chapitre 5 de notre discussion en tant que perspective de recherche.

4. Perspective neurodéveloppementale des altérations de la continuité narrative

Comme nous l'avons décrit en 1^{ère} partie, la capacité d'élaborer un récit de vie cohérent n'est pas la résultante de processus innés. Elle s'acquiert au fur et à mesure de l'adolescence notamment par le biais d'une maturation cognitive et d'un apprentissage socio-culturel nécessaire à son développement (Fivush, Habermas, Waters, & Zaman, 2011; Habermas & Bluck, 2000; McLean, 2005; Pasupathi, 2007).

Sur la base des études réalisées par l'équipe d'Habermas et collègues en psychologie développementale, il est possible d'imaginer que le développement insidieux de la

schizophrénie tout au long de l'adolescence ait pu empêcher 1) l'acquisition des compétences socio-culturelles et 2) le bon déroulement des processus de maturation cognitive nécessaires à l'élaboration d'un récit de vie cohérent.

4.1. La moindre cohérence narrative des patients est-elle due à un défaut d'apprentissage socio-culturel ?

D'après nos résultats présentés dans l'article 2, un défaut d'acquisition du schéma de vie culturel peut être exclu des potentielles causes d'altération de la cohérence narrative dans la schizophrénie. Avec l'évaluation du concept culturel de biographie, nous avons montré que les connaissances sémantiques des patients, à propos des événements qu'ils sont censés vivre tout au long de leur vie, sont préservées. Cet apprentissage a lieu précocement, avant l'âge de 10 ans et nos résultats montrent qu'il n'a pas été modifié par la maladie.

Les connaissances sémantiques et culturelles ne sont pas les uniques compétences socio-culturelles nécessaires à la mise en cohérence du récit de vie. Plusieurs auteurs ont mis en évidence l'importance de l'apprentissage social de la narration (Fivush et al., 2011; Fivush & Sales, 2006). Il s'agit d'un savoir-faire implicite transmis par l'entourage proche (parents, frères et sœurs, amis et famille au sens large) tout au long de l'enfance et l'adolescence au travers des échanges et des conversations familiales. Cette transmission par les parents et notamment par la mère est bien documentée maintenant (Fivush & Sales, 2006). Au regard de l'environnement social dans lequel les patients ont pu évoluer dans leur enfance (Morgan & Fisher, 2007) et leur adolescence, on peut soulever la question de l'efficacité de cet apprentissage social. Le questionnaire évaluant la fréquence des pratiques biographiques des participants (par exemple : tenir un journal intime, regarder d'anciennes photos, parler de mes soucis avec mon père ou ma mère, etc.) est le seul indice que nous avons collecté en lien avec cette question. Aucune différence n'a été montrée entre les patients et les sujets sains concernant ces pratiques biographiques. En d'autres termes, dans leur vie quotidienne, les patients effectueraient aussi fréquemment que les contrôles des activités en lien avec

leur histoire personnelle. De la même façon, l'étude des SDMs de patients schizophrènes avait montré que les événements choisis par les patients et les sujets contrôles, avaient été partagés et racontés dans un contexte social autant de fois que ceux des témoins (Berna et al., 2011a).

4.2. La moindre cohérence narrative des patients est-elle due à un défaut de maturation ou une diminution des capacités cognitives ?

Au regard de la dimension neurodéveloppementale de la cohérence narrative, nous nous sommes posés la question de savoir si la moindre cohérence narrative observée chez les patients était liée au fait que les patients n'avaient jamais atteint la pleine capacité à élaborer un récit cohérent ou si cette capacité une fois atteinte avait été perdue après l'entrée dans la maladie. La littérature montre que les troubles cognitifs et en particulier le dysfonctionnement exécutif touchent une très grande proportion de patients (Johnson-Selfridge & Zalewski, 2001; Velligan & Bow-Thomas, 1999) or nous avons vu dans la partie 1.1 de ce chapitre que les capacités exécutives semblaient en grande partie rendre compte de la cohérence narrative des récits des patients.

Plusieurs auteurs soutiennent la thèse de l'origine neurodéveloppementale de ces troubles (Bora, 2015). Il a été montré en effet que ces troubles sont présents dès le premier épisode psychotique (Saykin et al., 1994) et même, chez certains patients, présents avant le début des symptômes psychotiques. Les déficits cognitifs (notamment le dysfonctionnement exécutif) sont également retrouvés chez les personnes à risque de développer une schizophrénie (Barch, Cohen, & Csernansky, 2014). En outre, la présence de ces troubles cognitifs lors de la phase prodromique de la maladie serait prédictive de l'évolution fonctionnelle défavorable des patients (Bilder et al., 2000 ; Cornblatt & Erlenmeyer-Kimling, 1985 ; Silverstein, Mavrolefteros, & Close, 2002). Une étude longitudinale récente (Keefe, 2014) suggère que, chez les sujets à risque de développer une schizophrénie, il y aurait des altérations cognitives de base associées à un défaut de développement cognitif pendant l'adolescence conduisant à creuser l'écart cognitif entre eux et les sujets non malades.

Pour tenter d'apporter un éclairage sur cette question, nous avons mené des comparaisons entre le degré de cohérence des récits de vie de patients ayant démarré précocement leur maladie (avant l'âge de théorique d'atteinte de la cohérence maximale des récits) avec ceux ayant eu un début plus tardif. Nos prédictions étaient que le groupe de patients avec un début de maladie précoce aurait eu une altération plus prononcée de la cohérence narrative en comparaison au groupe de patients avec début de maladie tardif. L'absence de résultat significatif nous empêche de réellement conclure quant à la thèse neurodéveloppementale des déficits cognitifs responsables de la moindre cohérence narrative dans la schizophrénie (ces résultats n'ont pas été publiés). Seules des études longitudinales incluant une cohorte des sujets à risque de développer une psychose nous permettrait de mieux comprendre les mécanismes sous-tendant les altérations observées chez les patients chroniques.

5. Hypothèse d'une dysconnexion entre le *self* et la mémoire autobiographique dans la schizophrénie

Pour rendre compte des troubles de l'identité observés chez les patients souffrant de schizophrénie, l'hypothèse d'une dysconnexion entre *self* et mémoire autobiographique a été proposée (Berna, Potheegadoo, & Danion, 2015). Cette dysconnexion serait la résultante d'une déficience des processus exécutifs au moment de l'encodage ou de la récupération en mémoire d'informations autobiographiques qui altérerait les relations réciproques entre le *self* et la mémoire autobiographique. Cette hypothèse permet de rendre compte de nombreuses altérations de la mémoire autobiographiques décrites dans la littérature.

La dysconnexion entre *self* et mémoire autobiographique se reflète d'une part à travers l'affaiblissement des liens thématiques entre les images de soi (faisant partie des concepts de soi) et les souvenirs qui y sont associés (Bennouna-Greene et al., 2012). Dans nos travaux, elle permettrait d'expliquer la difficulté des patients à créer une cohérence thématique à travers des expériences de vie variées. Le dysfonctionnement exécutif des

patients serait un frein au maintien en mémoire de travail des concepts de soi, les empêchant d'utiliser ces concepts à bon escient tout au long de la narration.

De plus, la dysconnexion s'exprime dans les difficultés des patients à intégrer explicitement une expérience marquante au *self* (Berna et al., 2011a, 2011b; Raffard 2009, 2010a, 2015). Ces difficultés sont essentiellement liées à un défaut d'attribution de sens personnel aux événements vécus, déficit qui est corrélé au dysfonctionnement exécutif (Berna et al., 2011a). Nos travaux de thèse corroborent ces observations et les étendent à la dimension narrative de la mémoire autobiographique qu'est le récit de vie. La diminution du raisonnement autobiographique de type causal dans les récits des patients témoigne à nouveau de leurs difficultés à expliquer l'impact des événements sur leur vie et sur l'identité. Ce déficit a été montré corrélé au dysfonctionnement exécutif des patients. Le raisonnement autobiographique permet d'analyser un événement passé, sur la base des souvenirs que l'on en a et avec la perspective du *self* au moment présent. En cela, la diminution du raisonnement autobiographique dans la schizophrénie soutient la thèse d'une dysconnexion chez les patients entre le *self* au moment présent et les informations autobiographiques servant de point d'appui au raisonnement. De plus, les patients n'arrivent pas à construire une cohérence de type causale-motivationnelle dans leur narration. La représentation mentale de leur développement identitaire semble être déficitaire. L'enchaînement chronologique des événements les uns après les autres apparaît découplé de l'évolution personnelle qu'ils sont supposés soutenir. Par ce mécanisme, la mémoire autobiographique ne joue plus le rôle de support identitaire comme c'est le cas chez le sujet sain.

En outre, la dysconnexion entre *self* et mémoire autobiographique peut également rendre compte de l'affaiblissement de la composante expérientielle lors de la remémoration des événements vécus (Berna et al., 2016). Nos travaux ont montré une diminution de la richesse phénoménologique des représentations mentales d'événements passés et futurs chez les patients. Les représentations mentales des patients sont associées à une expérience subjective plus faible, ceci étant là encore une des conséquences du déficit exécutif (Potheegadoo et al., 2014).

Enfin, nous formulons l'hypothèse que la dysconnexion entre *self* et mémoire autobiographique pourrait avoir une origine neurodéveloppementale. Avec la perspective de la dysconnexion, l'affaiblissement de la continuité de soi dans la schizophrénie tant au niveau phénoménologique que narratif serait liée au dysfonctionnement exécutif des patients. Nous avons vu précédemment que ce dysfonctionnement était présent et s'accroissait durant l'adolescence rendant, d'une part, difficile la construction identitaire dans sa composante narrative et d'autre part, affaiblissant l'encodage en mémoire des événements riches de sens vécus durant la période de l'adolescence et du début de l'âge adulte ainsi que la récupération ultérieure des souvenirs autobiographiques. Ensemble, ces processus fragiliseraient la construction du *self* chez les patients en perturbant ses liens avec son support autobiographique.

CHAPITRE 3

QUELLES SOLUTIONS APPORTER AUX TROUBLES DE LA CONTINUITÉ DE SOI DANS LA SCHIZOPHRENIE ?

Sommaire

1. Le récit de vie comme outil thérapeutique
 - 1.1. Récit de vie et santé mentale
 - 1.2. Les psychothérapies narratives
 2. Remédiation cognitive du voyage mental dans le temps
-

1. Le récit de vie comme outil thérapeutique

1.1. Récit de vie et santé mentale

De nombreuses études ont souligné les liens étroits entre la cohérence du récit de vie et le bien-être mental (McAdams, 2001; Pals, 2006; Pennebaker & Seagal, 1999; Wingard & Lester, 2001) en montrant notamment que la cohérence du récit de vie était positivement corrélée au bien-être et à l'estime de soi et négativement corrélée aux symptômes dépressifs (Köber, 2014 ; Thomsen et al., 2016). Dans la continuité de ces précédentes études, nous avons mis en évidence dans nos travaux un lien direct entre la diminution de la cohérence du récit autobiographique des patients et leur perception subjective de moindre cohérence interne, c'est-à-dire que les patients construisant des récits de vie peu cohérents faisaient état d'une compréhension plus faible de leur environnement, exprimaient plus de difficultés à gérer les événements vécus et avaient plus de difficultés à donner un sens aux stimuli extérieurs. L'étude d'Habermas et Köber (2015) appuie ces observations en montrant comment la cohérence du récit de vie soutient le sentiment subjectif de continuité de soi à travers l'utilisation du raisonnement autobiographique au sein de la narration.

Dans une étude prospective et longitudinale d'Adler et collaborateurs (2012), il a été demandé à 47 sujets adultes (suivant des psychothérapies pour diverses raisons allant de problèmes personnels à des pathologies mentales plus sévères) d'écrire des récits personnels avec le plus de détails possible avant de débiter leur psychothérapie et après chacune des séances. Parallèlement à cela, chaque sujet devait compléter des questionnaires⁸ visant à évaluer sa propre santé mentale. Cette étude a permis de mettre en évidence que les changements narratifs observés chez les sujets étaient corrélés à l'amélioration de leur santé mentale. Parmi les éléments narratifs mesurés, l'agentivité narrative (c'est-à-dire le nombre de références à soi dans les événements racontés) était celle qui augmentait le plus au cours du temps. Cette augmentation était fortement corrélée à l'amélioration de leur santé mentale, et apparaissait même en amont de l'amélioration de

⁸Dans cette étude, trois auto-questionnaires permettaient d'évaluer la santé mentale des participants : *Systemic Therapy Inventory of Change* (STIC, Pinsof et al., 2009), *Big Five Inventory* (BFI, John & Srivastava, 1999) et *Washington University Sentence Completion Test of Ego Development* (SCT, Hy & Loevinger, 1996; Loevinger, 1976).

la santé mentale. Cette étude prospective va plus loin que les précédentes en suggérant un lien de causalité entre la cohérence narrative du récit de soi et la santé mentale. Complétée par d'autres études prospectives (Lodi-Smith 2009 ; Bauer 2009), elles ont apporté des preuves que l'amélioration des éléments narratifs prédisait l'évolution favorable du bien-être psychologique, et cela indépendamment de l'effet des traits de personnalité sur la perception subjective de bien-être des sujets. Une étude de Randall et collaborateurs (2015) s'est intéressée aux liens entre le concept de résilience « processus d'adaptation positive face à l'adversité, aux traumatismes, aux menaces ou aux sources de stress diverses » (APA, 2014) et le récit de soi. Ils ont mis en évidence que des personnes âgées ayant un score élevé sur une échelle évaluant le niveau de résilience (*Connor Davidson Resilience Scale* ; Connor, Davidson, & Lee, 2003) affichaient un degré d'agentivité narrative plus marqué, une ouverture d'esprit plus importante et une augmentation du raisonnement autobiographique. Au contraire, les sujets qui avaient les scores les plus bas sur l'échelle de résilience avaient choisi de raconter des souvenirs d'évènements plus négatifs ou non résolus et leurs récits étaient globalement plus pessimistes. Enfin, plusieurs études ont mis en évidence les liens étroits entre l'évolution de la construction narrative⁹ et l'amélioration clinique de patients souffrant de PTSD, ou de dépression au cours de psychothérapies (Foa, Molnar, & Cashman, 1995; Hayes et al., 2007; Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau, & Perlman, 2005; van Minnen, Wessel, Dijkstra, & Roelofs, 2002).

L'ensemble de ces données souligne l'intérêt de la mise en cohérence du récit de soi en lien avec le maintien ou le recouvrement d'une bonne santé mentale. Le récit de vie apparaît comme un processus clé à cibler dans le cadre d'interventions thérapeutiques avec nos patients souffrant de schizophrénie. Au vu des altérations de la cohérence narrative mises en évidence dans les récits de patients schizophrènes, on peut supposer qu'en ciblant les processus sous-tendant la cohérence narrative, il serait possible d'aider les patients à améliorer la construction de leur récit et retrouver un sentiment d'être auteur de leur histoire de vie.

⁹ La construction narrative a été évaluée selon le manuel de cotation standardisé (Foa et al., 1995). Le contenu des premières et dernières sessions de la psychothérapie a été analysé ; la présence d'idées désorganisées dans le discours, de sentiments négatifs, de détails sensoriels, de dialogues, de référence à soi, etc. ont été évalués. La comparaison des premières et dernières séances de psychothérapie a permis de mettre en évidence une amélioration de la construction narrative.

1.2. Les psychothérapies narratives

Comme évoqué dans la 1^{ère} partie de ce manuscrit, le rétablissement des patients souffrant de schizophrénie est un des objectifs essentiels visé par la prise en charge de ces patients. Et c'est parce que le rétablissement est aujourd'hui pleinement envisagé pour ces patients que les traitements pharmacologiques sont appuyés par des psychothérapies de soutien. Dans sa part subjective, le rétablissement requiert des patients qu'ils accèdent à une renaissance identitaire avec une acceptation et une intégration de la maladie dans leur histoire de vie (Koenig et al., 2012). Les processus narratifs apparaissent être une des clés de cette transformation permettant la construction d'une identité narrative en premier lieu (France & Uhlin, 2006; Koenig-Flahaut, Castillo, & Blanchet, 2012; Lysaker, Ringer, Maxwell, McGuire, & Lecomte, 2010; Roe & Davidson, 2005; Smorti, Risaliti, Pananti, & Cipriani, 2008; Soumet-Leman, 2011). Bien qu'encore peu utilisé en psychologie clinique, le travail autour du récit de vie semble être un outil prometteur et efficace dans cet accompagnement psychothérapeutique avec les patients.

Les résultats présentés dans l'article 1 de notre thèse montrent tout d'abord qu'il est possible d'améliorer la cohérence temporelle des récits des patients en les aidant déjà à structurer leur histoire personnelle au moyen de repères temporels assez simples. Plus important, nos travaux invitent à privilégier dans le cadre d'une approche psychothérapeutique, une stimulation du raisonnement autobiographique des patients en les encourageant à donner un sens aux événements importants de leur vie. Les liens entre les différentes expériences vécues doivent être renforcés et explicités par les patients avec l'aide du thérapeute, ceci pour leur permettre notamment de développer un sentiment plus fort de cohérence interne. Plus particulièrement, nos résultats ont montré que les connexions causales étaient le principal point faible des récits des patients. Ces derniers ont des difficultés à comprendre et expliquer quel impact un événement a eu sur leur l'identité ou sur d'autres événements consécutifs. Ainsi, il semble donc nécessaire de leur apporter des clés pour le permettre de mieux comprendre les liens de causalité expliquant leur parcours de vie.

Quelques exemples dans la littérature illustrent bien le potentiel du récit de soi comme moyen d'accéder au rétablissement. Soumet-Leman (2011) évoque, à travers le

rapport d'un cas clinique, la progression d'un patient schizophrène après 3 séances de travail sur son récit de vie¹⁰. Cette progression avait trait à la reconstruction identitaire du patient et lui avait permis une réappropriation subjective de son vécu grâce, notamment, au travail entrepris sur les liens de causalité (autrement dit le raisonnement autobiographique), ces liens étant initialement absents dans son récit autobiographique. Les progrès observés ont également touché d'autres aspects de la vie quotidienne du patient notamment sa socialisation et son contact avec le personnel soignant. Après cette expérience la qualité de son contact avec autrui était bien meilleure, ce patient acceptait plus facilement de parler de lui lorsqu'il y était sollicité et partageait même spontanément certaines de ses expériences passées. Les effets bénéfiques de cette thérapie se sont même étendus à l'équipe soignante travaillant avec ce patient. En effet, ce travail leur a permis de prendre conscience de l'histoire de vie du patient, de mieux le comprendre et de l'aborder avec un regard différent.

Smorti et collaborateurs (2008, 2010) ont développé et proposé à plusieurs groupes de patients souffrant de troubles psychiatriques de participer à une expérience appelée « laboratoire autobiographique ». Avec pour but de favoriser leur sentiment subjectif de cohérence personnelle et leur réintégration sociale, ces cliniciens ont mis au point un protocole thérapeutique basé sur le récit de vie. A l'occasion de 8 à 10 séances (détourées sur 2 à 3 mois), les patients ont été invités à raconter un récit autobiographique de leur vie au cours d'entretiens menés selon le modèle de McAdams¹¹ (1996). Chaque entretien a été retranscrit par l'interviewer et ensuite retravaillé avec le patient. Il s'agissait de pouvoir apporter des modifications au récit initial dans le but de le réintégrer dans une structure narrative plus cohérente. Il était également proposé au patient d'inclure des photos ou des images qu'il considérait importantes dans le cadre de son histoire personnelle. A la fin de leur participation, les patients pouvaient éventuellement éditer « le livre de leur vie » et

¹⁰ Les deux premiers entretiens se sont focalisés sur la narration des événements vécus sous forme d'un récit. Le troisième entretien a permis d'effectuer un travail sur les événements racontés en leur redonnant une chronologie et en interrogeant certains liens de causalité afin de faire émerger du sens.

¹¹ La méthode de recueil du récit de vie développée par McAdams correspond à un enchaînement d'étapes amenant le sujet à réfléchir de manière approfondie sur son histoire personnelle. Le sujet est d'abord amené à déterminer différents chapitres de sa vie, à leur donner un titre puis à les décrire. Après cette première étape, il lui est demandé de se rappeler de 8 événements de vie particuliers et d'identifier et raconter le plus grand défi qu'il ait eu à vivre dans sa vie. Le sujet est également amené à penser à différents éléments qui l'auraient influencé au cours de sa vie. Puis après réfléchi à sa vie future, le sujet doit en quelque sorte conclure son histoire de vie en en extrayant les principaux thèmes.

ainsi créer un objet réel, fruit de leur travail et de leur réflexion. Ce processus avait pour but d'une part de rendre les patients conscients de leur propre narration et histoire de vie et d'autre part de les aider à réaliser que le récit de vie est une entité flexible, malléable et plastique, et qu'il peut comprendre différentes versions de l'histoire de vie ainsi racontée. De manière générale, ces études ont montré que les patients construisaient des récits plus cohérents lors des secondes narrations. A cette occasion, ils donnaient plus d'indications sur eux-mêmes, racontaient des récits plus contextualisés et établissaient plus de connexions entre les différents éléments racontés. De plus, les patients rapportaient un sentiment de satisfaction augmenté à l'issue de la 2^{ème} narration. Ce processus de re-narration permettait aux patients de prendre une perspective différente, d'adopter un autre point de vue sur leur histoire personnelle. L'analyse des récits des patients au fur et à mesure des séances a permis de mettre en évidence qu'ils racontaient de plus en plus leur récit personnel comme si celui-ci était destiné à quelqu'un et non plus uniquement à eux-mêmes. Leur récit n'était plus seulement autobiographique mais il jouait à présent un rôle social. De plus, les récits n'étaient plus uniquement tournés vers le passé mais contenaient davantage de références au présent et au futur, laissant entrevoir une augmentation du sentiment de continuité de soi dans le temps. Enfin, le fonctionnement social des patients avait été évalué avant et après leur participation au « laboratoire autobiographique ». Les résultats de l'étude montrent que tous les patients ont vu leur fonctionnement social s'améliorer par rapport à leurs performances initiales. Il faut noter toutefois que l'absence de groupe contrôle ne nous permet pas de savoir si l'amélioration obtenue est directement imputable à l'intervention thérapeutique portant sur le récit de vie.

Une autre approche thérapeutique utilisant le récit de soi comme un moyen d'amorcer le processus de rétablissement a été développée par Lysaker et ses collaborateurs (de Jong, van Donkersgoed, Pijnenborg, & Lysaker, 2016; Lysaker, Buck, et al., 2011; Van Donkersgoed et al., 2014). Ensemble, ils travaillent sur les aspects métacognitifs du récit autobiographique afin d'aider les patients à prendre conscience de la place de leur maladie dans leur vie mais aussi de leur propre place dans la société. Dans cette approche, il est question de permettre aux patients de construire et intégrer des représentations complexes d'eux-mêmes et des autres dans leur récit personnel. Sur la base de leurs travaux de recherche sur les déficits métacognitifs observés dans les récits personnels de patients

schizophrènes, ils ont développé plusieurs outils permettant de collecter des récits autobiographiques de patients (Indiana Psychiatric Illness Interview, IPII ; Lysaker et al., 2002), d'en analyser la cohérence narrative (NCRS : Narrative Coherence Rating Scale, Lysaker et al., 2002) et l'évolution de cette cohérence au cours d'une psychothérapie (Scale to Assess Narrative Development, STAND ; Lysaker et al., 2003). Plus récemment, une thérapie basée sur l'amélioration des capacités de réflexion et de métacognition des patients a été développée (Metacognitive Reflective Insight Therapy, MERIT ; Van Donkersgoed et al., 2014). Cette approche a pour but d'amener le patient à prendre conscience de lui-même et de la place de la maladie dans son histoire de vie. Plusieurs éléments importants composent cette méthode thérapeutique. Il s'agit pour le clinicien de comprendre tout d'abord quels peuvent être les besoins, les attentes, les désirs ou les souhaits du patient au regard de cette thérapie. Ensuite, le thérapeute doit encourager un dialogue dans lequel le patient et lui échangent librement et en collaboration sur les expériences passées du patient. Le patient est ensuite incité à raconter des épisodes de sa vie personnelle. Puis, patient et thérapeute déterminent ensemble quels sont les problèmes ou difficultés du patient qui émergent dans le cadre de cette narration. Le travail sur les processus réflexifs et métacognitifs peut alors commencer. Etape par étape le patient est amené à réfléchir sur lui-même, sur l'exercice qu'il est en train de faire et à prendre conscience de ce que les autres peuvent penser d'une situation. Cette nouvelle approche thérapeutique a déjà donné des résultats prometteurs avec des patients souffrants de schizophrénie, en apportant une nouvelle cohérence à leur récit personnel (de Jong et al., 2016; Hillis et al., 2015). De nombreuses autres études ont également montré les possibilités d'amélioration des capacités métacognitives par le biais de psychothérapies avec des patients schizophrènes (Lysaker et al., 2005, 2015; Lysaker, Buck, & Ringer, 2007; Lysaker & Buck, 2006).

Enfin, une psychothérapie exclusivement narrative a été développée par Michael White, un travailleur social australien, et cette méthode thérapeutique a maintenant une place reconnue dans le domaine de la psychothérapie. Inspiré par les travaux de nombreux sociologues tels que Foucault, Derrida, Bourdieu ou encore Deleuze, Michael White a publié deux ouvrages fondateurs pour les thérapies narratives *Les moyens Narratifs au service de la Thérapie (Narrative Means to Therapeutic Ends ; White & Epsom, 1990)* et *Cartes des Pratiques Narratives (Maps of Narrative Practice ; White, 2009)*. Dans ce second ouvrage, il

présente la structure et l'organisation des différentes cartes (correspondant à guides pratiques) qui peuvent être utilisées en thérapie narrative. L'objectif de sa démarche est de générer et faire exister chez les patients des histoires alternatives, à côté de l'histoire dominante (qui est habituellement celle du problème). Pour ce faire, Michael White décrit plusieurs approches possibles (résumées sous forme de cartes) dont certaines amènent les patients à créer des liens entre des concepts de soi (valeurs, traits de personnalité, croyances, etc.) et des événements vécus illustrant ces concepts. Puis à partir des événements cités de manière isolée, le patient est incité à trouver des connexions avec d'autres événements vécus ou d'autres concepts de soi. Ainsi, petit à petit une nouvelle cohérence dans l'histoire de vie du patient est tissée. D'abord dirigé vers le passé du patient, ce travail, une fois intégré par le patient, peut être dirigé vers le futur et l'imagination de projets en lien avec des concepts de soi renforcés par la première partie de la thérapie. Par ce processus, Michael White souhaite amener le patient à tirer de nouvelles conclusions identitaires sur lui-même qui soient plus stables, plus cohérentes et plus positives. Selon lui, il est nécessaire de redevenir auteur de son histoire pour redevenir acteur de sa vie par la suite. Le but ultime de cette approche thérapeutique est d'amener les patients à se réapproprier leur identité.

2. Remédiation cognitive du voyage mental dans le temps

En supplément de la reconstruction narrative, le voyage mental dans le temps est la deuxième composante de la continuité de soi qui est affaiblie dans la schizophrénie. A partir de cette observation, le couplage d'une thérapie narrative à une remédiation cognitive visant à stimuler le voyage mental dans le temps semble tout à fait pertinent pour poursuivre ce travail de consolidation identitaire.

Plusieurs équipes ont déjà mis en place des techniques de remédiation cognitive efficaces permettant de rehausser les caractéristiques phénoménologiques des souvenirs des patients. L'ensemble de ces techniques a pour but de pallier le déficit cognitif des patients en leur donnant un support matériel (agenda ou appareil photo automatique) ou des stratégies leur permettant d'accéder à davantage d'informations épisodiques.

Ces supports techniques peuvent être divers comme l'agenda (Ricarte, Hernández-Viadel, Latorre, & Ros, 2012) ou encore les appareils photos automatiques (pour revue voir Allé et al. 2016, en révision). L'utilisation d'indices permettant la récupération des détails phénoménologiques (perceptifs/sensoriels, émotionnels, cognitifs, temporels et contextuels) pourrait être utilisée de manière complémentaire à ces supports techniques. Les questions ouvertes posées aux patients ont déjà montré leur efficacité dans l'amélioration de la quantité de certains détails phénoménologiques retrouvés (Potheegadoo et al., 2014). Pour aller plus loin, l'utilisation d'indices multimodaux serait intéressante. En effet, l'utilisation d'indices visuels (photographies prises en perspective première personne grâce aux appareils photos portables) (Westmacott, Leach, Freedman, & Moscovitch, 2001; Williams et al., 1999), sonores (musiques) (Kreutz, Ott, Teichmann, Osawa, & Vaitl, 2007) ou olfactifs (arômes) (Chu & Downes, 2002; Herz, 2004; Rubin, Groth, & Goldsmith, 1984) pourraient conjointement favoriser un sentiment de reviviscence des événements autobiographiques. Sur la base de ces observations, nous développons actuellement un protocole de remédiation cognitive de la mémoire autobiographique. En utilisant des appareils photos automatiques permettant d'enregistrer des images détaillées de ce que vit le patient au moment de l'encodage et cela en perspective première personne, nous souhaitons mettre au point une méthode permettant de renforcer l'encodage des événements en mémoire autobiographique. Cette méthode associe l'utilisation d'indices visuels (les photographies en perspective première personne) avec un indiçage spécifique basé sur un ensemble de questions ouvertes posées aux patients et ayant pour but de les inciter à récupérer le plus de caractéristiques subjectives possibles de l'évènement en question. L'étude de faisabilité est en cours de réalisation. Actuellement, 10 patients ont déjà participé au protocole.

Enfin, la technique d'imagerie mentale visuelle utilisée dans le cadre de remédiation cognitive a montré son efficacité pour raviver les souvenirs d'évènements passés (Holmes & Mathews, 2010; Huijbers, Pennartz, Rubin, & Daselaar, 2011). Elle apparaît d'autant plus pertinente par rapport à nos questions qu'elle permet de travailler sur la mentalisation d'évènements indépendamment de leur direction temporelle et peut donc trouver une application aussi bien pour le rappel autobiographique que pour les projections futures. Cet aspect est d'autant plus important que les difficultés des patients à se projeter dans le futur semblent venir principalement d'une moindre capacité de construction mentale de scènes

(Raffard et al., 2010a). De récentes études soutiennent ce propos et ont montré que cette technique permettait d'améliorer autant la vivacité du rappel autobiographique que celle des projections futures chez des patients souffrant de sclérose en plaques (Ernst, Blanc, De Seze, & Manning, 2015). De plus, des changements de l'activité cérébrale ont été observés suite à un protocole de remédiation cognitive utilisant l'imagerie mentale visuelle (Ernst, Noblet, et al., 2015), illustrant un phénomène de plasticité cérébrale induit par l'utilisation de l'imagerie mentale visuelle chez des patients souffrants de troubles mnésiques.

Ces techniques de psychothérapies et de remédiation cognitive prises ensemble permettraient de reconstruire et consolider le sentiment subjectif de continuité de soi dans la schizophrénie afin d'accompagner les patients dans le processus de rétablissement.

CHAPITRE 4

ANALYSE CRITIQUE DES TRAVAUX

Sommaire

1. Le rôle des troubles de langage dans la narration du récit de vie
 2. Le rôle des capacités narratives générales dans la moindre cohérence du récit de vie des patients
 3. La véracité des souvenirs racontés par les patients
 4. L'altération de la continuité de soi est-elle spécifique de la schizophrénie ?
-

Au regard de nos questions de recherche et de la littérature existante dans ce domaine, le choix du modèle théorique dans lequel nous avons positionné nos recherches nécessite quelques précisions.

La plupart des travaux de notre équipe ont en effet pris comme modèle de référence le modèle du Système *Self*-Mémoire de Martin Conway (2000, 2005). Ce modèle a pour intérêt de décrire les relations réciproques entre le *self* et la mémoire autobiographique et nous a permis ainsi d'explorer différents aspects des troubles de la mémoire autobiographique pour tenter d'approcher et de mieux comprendre un des mécanismes cognitifs impliqués dans les troubles du *self* dans la schizophrénie. Cependant, ce modèle comporte un certain nombre de limites qui nous ont conduits à privilégier un autre cadre théorique pour nos réflexions.

En effet, le modèle du Système *Self*-Mémoire est détaillé dans sa conception d'une organisation de la mémoire autobiographique (constituée d'étages hiérarchisés d'information autobiographiques allant du plus général au plus spécifique¹²), intégrant en cela la distinction classique entre information épisodique et sémantique en mémoire. En revanche, il reste beaucoup moins clair sur les différentes dimensions du *self* qui sont classiquement retenues dans la littérature ; en particulier il ne fait pas apparaître de façon explicite la distinction initialement proposée par William James entre un *self* expérientiel (*I self*) et un *self* conceptuel (*me self*), distinction qui reste unanimement acceptée et que l'on retrouve dans la plupart des modèles du *self*. Ainsi, le concept de *working self* est considéré dans la première version du modèle (2000) comme un *self* « exécutif » basé sur une organisation hiérarchique de buts de vie. Guidé par cette hiérarchisation des buts personnels, le *working self* est chargé de filtrer les informations autobiographiques à l'encodage et de déterminer leur accès lors de la récupération (Conway, Meares & Standart, 2004), il permet par-là l'expérience de soi immédiate lors de la remémoration d'événements passés. Au-delà de cet aspect phénoménologique, Conway inclut dans le *working self* la composante plus conceptuelle de la mémoire autobiographique (Conway, Meares & Standart, 2004), effaçant de ce fait les limites entre *self* expérientiel et *self* conceptuel. On

¹² Le dernier niveau d'organisation de la mémoire autobiographique, correspondant au schéma du récit de vie, a été intégré plus tardivement dans le modèle de Système *Self*-Mémoire, en 2004 (Conway, Singer & Tagini, 2004). Dans ce même article, Conway, Singer et Tagini tentent également d'intégrer les SDMs au Système *Self*-Mémoire mais ces derniers n'apparaîtront plus dans la version ultérieure du modèle (2005).

peut, à ce titre, faire remarquer les nombreuses variations proposées par Conway quant aux contours du *self* entre les 2 modèles de 2004 (Conway, Singer & Tagini, 2004 et Conway, Meares & Standart, 2004) et celui de 2005 où le *self* intègre tantôt la base de connaissances autobiographiques sans les éléments épisodiques, parfois intègre ces éléments épisodiques. Il en est de même avec le *self* conceptuel qui fait d'abord partie du *long-term self* (Conway Singer & Tagini, 2004) puis qui se retrouve associé au *working self* (Conway, 2005). Enfin, mis à part quelques références succinctes dans son article de réflexion sur les SDMs (Conway, Singer & Tagini, 2004), Conway n'accorde que peu de place aux mécanismes de raisonnement autobiographique alors qu'ils assurent un rôle important dans la construction de représentations mentales de soi (et donc du *self*) à partir de la mémoire autobiographique.

Pour toutes ces raisons, il nous fallait trouver un modèle permettant une exploration plus fine des différentes facettes du *self*, tout en gardant une articulation forte à la mémoire autobiographique.

Le récent modèle de la mémoire autobiographique et du *self* développé de Prebble et collaborateurs (2013), nous a semblé à plusieurs titres intéressant. Il reprend tout d'abord, comme nous l'évoquions, cette dichotomie du *self* avec ses composantes expérientielle et réflexive. En outre, ce modèle va plus loin en intégrant une dimension temporelle à ces composantes en faisant appel à la mémoire autobiographique et à la projection mentale vers le futur (dimension non évoquée par Conway). Ainsi, le modèle délimite 4 composantes du *self*: le *self* expérientiel 1) au moment présent et 2) étendu dans le temps à travers la continuité phénoménologique, et le *self* conceptuel 3) au moment présent et 4) étendu dans le temps via la continuité sémantique.

Ce modèle fait apparaître que les aspects les plus étudiés des troubles de l'identité dans la schizophrénie (altérations du *self* expérientiel au présent) ne représentent qu'une partie de cet ensemble complexe qu'est le *self*. Dans une dynamique d'exploration et de compréhension des troubles du *self* dans la schizophrénie, ce modèle redonne son importance à la mémoire autobiographique au regard des autres aspects du *self*. De par son approche intégrative, le modèle de Prebble et collaborateurs développe également des hypothèses quant aux relations existantes entre ses différentes composantes et nous

permet de nous interroger sur les possibles liens entre les différents troubles du *self* observés dans la schizophrénie. Pour cela, il nous a semblé pertinent d'appuyer nos recherches actuelles sur ce modèle.

Au-delà de cette considération théorique, plusieurs limites et critiques méthodologiques peuvent être discutées au regard des études que nous avons menées.

1. Le rôle des troubles de langage dans la narration du récit de vie

Les troubles du discours et du langage sont fréquemment observés dans la schizophrénie. Les études ont montré que la syntaxe était globalement préservée à l'intérieur d'une même phrase (Rochester et Martin 1979), même si elle peut être gravement altérée dans certaines formes de schizophrénie (Jabs 2005), c'est la cohésion entre les phrases du discours qui semble altérée (King, Fraser, Thomas, & Kendell, 1990; Thomas, 1990). Ces perturbations du discours ont été reliées aux troubles cognitifs touchant la mémoire de travail ou l'attention chez les patients (Docherty et al., 1996; Sullivan, Shear, Zipursky, Sagar, & Pfefferbaum, 1997). Certains auteurs soutiennent que les patients schizophrènes souffrent d'une altération globale de l'organisation de leur discours plutôt que d'un problème linguistique plus élémentaire. Deux interprétations majeures ont été proposées pour expliquer les troubles du langage observés. La première suppose un défaut de traitement du contexte qui conduirait à une incapacité de se représenter mentalement, de maintenir et mettre à jour les informations contextuelles (Cohen, Servan-Schreiber, & McClelland, 1992). La seconde explique les troubles du langage comme résultant de l'interaction des troubles de la pensée avec les processus de production du langage (Barch & Berenbaum, 1996). Ces troubles du langage sont donc principalement associés à la désorganisation des patients schizophrènes qui englobe plus généralement les troubles du comportement et les troubles de la pensée (Liddle, 1987). Il est vrai qu'au regard de la nature de l'exercice que nous avons demandé aux participants, d'éventuels troubles du

langage auraient pu avoir un impact sur la construction cohérente des récits personnels des patients. Les troubles de la cohérence du récit ne seraient donc pas forcément à interpréter comme indiquant un défaut de représentation de soi ou d'une diminution du sens de soi dans le temps mais comme étant une des manifestations de la désorganisation de ces patients au niveau du récit de vie.

Nous n'avons pas évalué spécifiquement les troubles de la communication ou du langage chez les patients inclus dans nos études. Il aurait été possible de le faire, notamment grâce à l'échelle développée par Bazin et collaborateurs (*Schizophrenia Communication Disorder Scale, SCD* ; 2005). Toutefois, pour des raisons de longueur du protocole qui, selon les personnes, variait de 3h à 5h, nous avons choisi de ne pas retenir cette évaluation pour limiter la lourdeur de l'étude pour les patients. En revanche, à partir des évaluations cliniques effectuées, nous avons calculé un score de désorganisation (selon le sous-score de désorganisation de la classification de Lépine, Piron et Chapot, données non publiées, 1989) pour chaque patient. Les analyses de corrélations que nous avons menées entre le score de désorganisation et les différentes mesures de cohérence des récits des patients n'ont montré aucun lien entre ces deux variables ($r_s < 0.30$; $p_s > 0.26$). La moindre cohérence de leur récit personnel semble donc indépendante de la désorganisation globale des patients et par extension de leurs éventuels troubles du langage.

2. Le rôle des capacités narratives générales dans la moindre cohérence du récit de vie des patients

Nos travaux de thèse ont montré une diminution des capacités narratives chez les patients schizophrènes lorsqu'ils racontent un récit de leur histoire de vie. Nos conclusions s'orientent vers une altération de l'identité narrative chez ces patients. Toutefois, pour pouvoir conclure plus nettement, il est nécessaire de s'interroger sur les capacités narratives générales de ces patients. De manière intéressante, une étude examinant la dynamique du langage des patients schizophrènes lors de la narration d'histoires non autobiographiques n'a montré aucune différence entre le groupe patient et le groupe contrôle au regard de la complexité globale de la narration (Leroy, Pezard, Nandrino, & Beaune, 2005). Cette étude

met en évidence une spécificité du discours des patients qui auraient tendance à faire plus de connexions au niveau micro-structurel du récit. Autrement dit, les patients insisteraient davantage que les sujets contrôles sur les détails de l'histoire qu'ils sont en train de raconter. Les autres paramètres étant égaux par ailleurs, cette étude montre que les patients sont tout autant capables que les sujets sains de conduire une narration cohérente d'histoires non autobiographiques. Toutefois, l'analyse a porté sur des éléments plus élémentaires que ceux que nous avons explorés et qui sont plus pertinents pour approcher le *self* narratif.

Concernant la cohérence temporelle de la narration, comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre de la discussion, il est possible que les résultats observés dans nos études soient le reflet de perturbations de l'organisation temporelle plus générales. En effet, Zalla et collaborateurs (2006) avaient également mis en évidence les difficultés des patients à ordonner chronologiquement des petites histoires non autobiographiques. Il s'agit ici d'un défaut de compréhension de l'ordre temporel d'histoires de la vie quotidienne. Ce déficit ne concernerait donc pas uniquement la cohérence temporelle des récits de vie de patients.

Il est important de rappeler et de souligner qu'une partie de la cohérence narrative que nous avons analysée au sein des récits de vie est une cohérence plus singulière puisqu'elle renvoie à l'expression de l'identité du narrateur dans un récit dont il est à la fois l'auteur et l'acteur. Cela confère un statut particulier au récit de vie. Toutefois, des études ont montré que l'acquisition des compétences narratives à l'adolescence était également observée dans des récits non autobiographiques (Chandler, Lalonde, Sokol, Hallett, & Marcia, 2003). La capacité à établir des liens entre différents événements vécus par un personnage et d'expliquer ses actions et réactions au regard de son vécu s'acquiert également au cours de l'adolescence (Habermas & de Silveira, 2008). L'analyse de cette capacité serait nécessaire dans la schizophrénie afin de pouvoir conclure sur cette question. Mais tenant compte du défaut de théorie de l'esprit observé dans la schizophrénie, nous pourrions observer une altération de la cohérence narrative également présente dans les récits biographiques d'une tierce personne due à ce défaut de cognition sociale plus qu'à certaines difficultés narratives.

3. La véracité des souvenirs racontés par les patients

Cette limite est souvent pointée du doigt lorsque que l'on s'intéresse à la mémoire autobiographique en général mais encore plus particulièrement lorsque le sujet de recherche concerne la mémoire des patients schizophrènes. Plusieurs études chez le sujet sain ont montré à ce titre la relative facilité avec laquelle des faux souvenirs peuvent être produits (Heaps & Nash, 2001; Loftus, 1997). La question des faux souvenirs n'est pas du tout spécifique de la schizophrénie même s'il est vrai que cette maladie comprend parfois des souvenirs délirants ou confabulatoires, autrement dit des souvenirs tout à fait irréels voire fantastiques qui marquent les esprits.

Il est cependant important de rappeler qu'un souvenir autobiographique n'est jamais une reproduction fidèle et littérale d'un événement personnellement vécu. Lorsqu'un sujet revit mentalement un événement personnellement vécu, il ne le revit jamais de la même manière et ne refait pas l'expérience de ce qui s'est réellement passé initialement. Le souvenir autobiographique est toujours une reconstruction mentale et dynamique de l'évènement vécu (Conway, 2005). Cette reconstruction dépend des informations stockées en mémoire (dans les bases de connaissances autobiographiques), de la capacité du sujet à retrouver ces informations (par l'intermédiaire des fonctions exécutives) mais aussi des buts, valeurs, motivations, croyances et désirs personnels du sujet au moment présent, ainsi que de son état émotionnel et du contexte dans lequel l'évènement est rappelé et/ou raconté. De cette façon, chaque remémoration est une construction unique qui va induire à son tour un réencodage du souvenir en mémoire. D'après le modèle SMS de Conway (2004, 2005, 2009), le système de mémoire autobiographique est dicté par deux principes antagonistes que sont la cohérence et la correspondance. Alors que le principe de correspondance tend à préserver un souvenir au plus proche de la réalité expérimentée par le sujet, le principe de cohérence, lui, a pour but d'intégrer l'évènement en question aux croyances, images, valeurs et buts personnels du sujet. Il permet au sujet de rester en adéquation avec lui-même. Conway explique (2009) que la mémoire autobiographique des événements récemment vécus est davantage influencée par le principe de correspondance, alors que la mémoire autobiographique des événements plus anciens est influencée par le principe de cohérence dans le but de maintenir une stabilité du sentiment d'identité dans le temps. De cette façon,

les souvenirs inexacts ou faux souvenirs sont courants dans la population normale. En fait, ils sont le résultat de mécanismes communs et normaux de compensation et d'adaptation. C'est par ce biais que l'on garde une image cohérente et généralement plutôt positive de nous-même.

Ainsi, même les souvenirs délirants des patients souffrant de schizophrénie peuvent être évalués en comparaison aux autres souvenirs des patients ou bien à ceux des témoins, avec des hypothèses de recherche bien précises qui leurs seraient propres. Bien qu'ils ne répondent certainement pas au principe de correspondance décrit par Conway, ils peuvent apporter un fort sentiment de cohérence au patient qui les rappelle.

Plusieurs études se sont intéressées à la question des faux souvenirs dans la schizophrénie en se basant sur un matériel non autobiographique comprenant des listes de mots sémantiques reliés à un mot leurre absent de cette liste (paradigme de Deese-Roediger-McDermott, Roediger & McDermott, 1995). Elles ont apporté des éléments de réponse contrastés. Alors qu'une étude montre une augmentation des faux-souvenirs dans le groupe de patients schizophrènes par rapport au groupe contrôle (Stirling, Hellewell, & Hewitt, 1997), la majorité des études n'a pas mis en évidence de différence entre les deux groupes (Brita Elvevåg, Fisher, Weickert, Weinberger, & Goldberg, 2004; Moritz, Woodward, Cuttler, Whitman, & Watson, 2004; Moritz, Woodward, & Rodriguez-Raecke, 2006). Une étude a même montré que les patients exprimaient moins de faux souvenirs que les sujets sains (Huron & Danion, 2002).

La véracité des souvenirs autobiographiques peut être contrôlée de différentes façons lors des protocoles de recherche en mémoire autobiographique. Premièrement, pour certaines tâches, il est possible de contrôler l'encodage en mémoire. Pour ce faire, il est possible d'utiliser un agenda dans lequel les participants devront décrire les événements tels qu'ils les vivent au quotidien ou bien des appareils photos portables qui permettent de photographier de manière automatique de ce que les sujets vivent dans leur journée. Ces études sont prospectives, elles impliquent le suivi des sujets pendant les différentes phases de mémorisation et se focalisent uniquement sur la mémoire autobiographique d'évènements récemment vécus. Cependant, ces techniques comportent certaines limites, les informations collectées grâce à la méthode de l'agenda ne peuvent pas non plus être

contrôlées par l'expérimentateur et les informations enregistrées par les appareils photos sont, quant à elles, uniquement de nature visuelle.

Concernant l'étude de souvenirs autobiographiques ayant trait à des événements plus anciens, deux autres méthodes sont envisageables. Il est tout d'abord possible de vérifier la véracité des propos tenus par les participants auprès de leurs proches. Il serait alors nécessaire d'inclure pour chaque protocole le sujet complétant l'expérience et un de ces proches. Ensuite, pour chaque souvenir raconté, il faudrait vérifier l'exactitude des propos auprès du proche. Cette méthode comporte donc de nombreuses limites. Elle implique de choisir une personne de l'entourage du participant assez proche de lui pour être susceptible de contrôler tous les souvenirs que le participant aura choisi de raconter. De plus, si nous doutons de la « bonne mémoire » du participant inclus dans notre protocole, qu'en est-il de celle de son proche censé jouer le rôle de contrôle ? Enfin, d'un point de vue éthique, cette façon de procéder peut s'avérer problématique dans la mesure où les souvenirs racontés sont souvent très personnels, parfois traumatiques et de ce fait délicats à aborder avec l'entourage du sujet. La question de la confiance et de la confidentialité des souvenirs racontés peut-être sensible à traiter aussi bien avec les patients qu'avec les témoins. Cette méthode a toutefois été utilisée pour vérifier l'exactitude des rappels autobiographiques chez des personnes âgées (Piolino, Desgranges, & Eustache, 2000).

Enfin, un dernier moyen permet de contrôler les propos racontés par le participant. Il s'agit de la procédure de test-retest. Quelques jours après la passation du premier protocole (entre 7 et 15 jours), les sujets sont invités à répondre aux mêmes questions et à raconter les mêmes souvenirs. Cette procédure donne l'opportunité de vérifier la concordance et la constance du contenu des souvenirs ; elle permet ainsi d'améliorer la fiabilité des souvenirs mais sans garantir l'exactitude de leur contenu (les souvenirs délirants ou confabulatoires sont parfois bien ancrés en mémoire alors qu'ils correspondent à des événements irréels). Des souvenirs qui seraient trop discordants peuvent alors être éliminés des analyses. Cette méthode a été utilisée auprès de patients schizophrènes (Danion et al., 2005; Riutort et al., 2003) et les résultats de ces études n'ont pas montré de discordance dans les souvenirs des patients entre les phases test et retest.

Dans les études que nous avons menées, nous n'avons pas mis en place de stratégie de contrôle de la véracité des souvenirs choisis par les participants, ni pour les contrôles, ni pour les patients. Ceci peut constituer une limite de nos études. Là encore, nous avons renoncé à cette étape avec pour soucis de préserver les patients en allégeant la durée du protocole. De plus, dans le cadre de nos études investiguant l'identité narrative et le sentiment de continuité de soi, nous ne nous sommes pas tant intéressés à la correspondance des souvenirs avec la réalité qu'à leur cohérence avec l'identité. La question n'était pas de savoir à quel point la mémoire des patients reflète avec exactitude ce qui a eu lieu à un moment donné mais plutôt comment les souvenirs des événements vécus sont rappelés et intégrés de manière cohérente dans un récit. L'évaluation du récit de vie s'intéresse en réalité à la représentation subjective de soi créée par le narrateur à travers son récit personnel. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire d'être toujours juste ou objectif au regard des événements vécus. Le point essentiel est d'établir une cohérence interne à travers la narration. Ce sont donc les processus de construction de cette cohérence qui doivent être explorés, beaucoup plus que le contenu même des récits. Par ailleurs, la stabilité du contenu des récits de vie est une variable qui a été explorée par Habermas et Köber (données non publiées) à travers une étude longitudinale collectant des récits de vie tous les 4 ans chez les mêmes sujets. Ils ont montré que le contenu des récits de vie devenait stable à partir de 28 ans et que les événements les plus souvent répétés correspondaient aux événements culturellement normatifs.

4. L'altération de la continuité de soi est-elle spécifique de la schizophrénie ?

Un des défis de la recherche sur la schizophrénie, et en psychiatrie de manière générale, est de mettre en évidence des troubles qui soient réellement spécifiques d'une pathologie, ici de la schizophrénie. Certains aspects des troubles de l'identité semblent répondre à cette demande puisque plusieurs études ont déjà montré que les troubles l'expérience même d'être soi (correspondant au *self* expérientiel) étaient hautement

spécifiques des patients schizophrènes, en comparaison à des groupes de patients bipolaires ayant présenté des symptômes psychotiques ou de patients déprimés (Parnas et al., 2003 ; Raballo et al., 2012 ; Moe & Docherty, 2014 ; Stanghellini et al., 2014). En outre, les troubles de l'expérience de soi semblent être présents chez les personnes à risque de développer une schizophrénie, que ce soit l'entourage familial d'un patient (Raballo et al., 2011) ou bien des sujets en phase prodromique (Parnas et al., 2011 ; Nelson et al., 2012).

Dans le but d'évaluer l'identité narrative de patients présentant une personnalité borderline, Adler et collaborateurs (2012) ont mené une étude explorant les caractéristiques de leur récit de vie. Ils ont montré que ces patients affichaient une identité narrative affaiblie en termes d'agentivité narrative (c'est-à-dire moins de références à soi dans les événements racontés et une narration plus passive de leur histoire de vie), d'explications motivationnelles donnant sens à leurs expériences vécues et de cohérence globale (incluant le contexte de la narration, sa structure logique, l'évaluation émotionnelle des événements et l'intégration au *self*). La diminution d'agentivité narrative observée chez ces patients était corrélée à leur symptomatologie borderline (évaluée via l'entretien structuré pour la personnalité DSM-IV ; *Structured Interview for DSM-IV Personality*, Pfohl, Blum & Zimmerman, 1997) même après 6 et 12 mois de délai entre la narration et l'évaluation des symptômes.

De plus, différents niveaux d'altérations du *self* ont été mis en évidence chez des patients avec troubles du spectre de l'autisme (S. Lind, 2010). Ces patients présentent également des difficultés à retrouver des souvenirs détaillés d'événements passés (Bruck, London, Landa, & Goodman, 2007; Crane & Goddard, 2007, 2008; Crane, Goddard, & Pring, 2009b; Tanweer, Rathbone, & Souchay, 2010) et à se remémorer consciemment des événements vécus (Bowler, Gardiner, & Grice, 2000; S. E. Lind, Williams, Bowler, & Peel, 2014; Tanweer et al., 2010), indiquant en cela un affaiblissement de la continuité phénoménologique du *self*. De plus, des altérations du raisonnement autobiographique ont également été mises en évidence. Tout comme dans la schizophrénie, les patients souffrant de troubles autistiques ont des difficultés à donner un sens aux événements vécus (Crane, Goddard, & Pring, 2009a). Ces difficultés pourraient également être liées au dysfonctionnement exécutif observé chez ces patients et semblent directement impliquées

dans les altérations du *self* (évaluées par l'échelle de clarté des concepts de soi, Campbell, 1996) liées aux symptômes autistiques (Berna, Göritz, et al., 2016).

L'ensemble de ces résultats laissent penser que les altérations de la mémoire autobiographique observées dans d'autres pathologies pourraient également affaiblir le sentiment de continuité de soi de ces patients dans ses deux dimensions phénoménologique et narrative. En réalité, les troubles de l'identité retrouvés dans les différentes pathologies psychiatriques diffèrent d'un point de vue qualitatif et clinique. Ainsi, les résultats de la littérature sur les altérations de la mémoire autobiographique dans les pathologies psychiatriques témoignent 1) de l'existence d'un continuum symptomatologique entre ces différentes pathologies et 2) de limites méthodologiques ne permettant pas une exploration assez précise ou spécifique de la mémoire autobiographique pour discriminer les troubles identitaires des différentes pathologies.

CHAPITRE 5

PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Sommaire

1. Questions en suspens au regard de nos études
 2. Questions en suspens au regard du modèle du sens et de soi et des troubles du *self* dans la schizophrénie
 3. Questions en suspens au regard de la recherche portant sur la mémoire autobiographique dans la schizophrénie
 - 3.1. Les troubles de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie sont-ils la conséquence de perturbations de l'encodage en mémoire des évènements ?
 - 3.2. Comment préciser le rôle du dysfonctionnement exécutif dans les troubles de la mémoire autobiographique et du *self* dans la schizophrénie ?
-

Nos travaux de thèse se sont focalisés sur l'étude des troubles de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie en lien avec les troubles de l'identité observés chez les patients. A l'issue de nos travaux et de manière plus générale au regard de la littérature dans ce même domaine, plusieurs questions restent sans réponse et peuvent mener à de nouvelles perspectives de recherche.

1. Questions en suspens au regard de nos études

Une des questions restant en suspens à l'issue de nos travaux concerne l'interprétation que l'on peut faire de la moindre cohérence narrative des patients souffrant de schizophrénie. Est-elle (comme nous l'avons discuté dans le chapitre 2) le résultat d'un parcours de vie plus chaotique lié à la survenue d'une maladie chronique plus compliquée à intégrer dans un récit structuré ou est-elle effectivement le reflet de troubles identitaires ?

Pour répondre à cette question, il serait nécessaire de mettre au point un protocole visant à comparer la cohérence narrative de récits de vie provenant de différentes populations cliniques souffrant de maladie chronique mais ne présentant pas forcément de troubles de l'identité. A titre d'exemple, la sclérose en plaques est une maladie neurologique chronique se déclarant au début de l'âge adulte. Similairement à la schizophrénie, l'évolution de cette maladie peut se faire au travers d'épisodes aigus au cours desquels les symptômes sont exacerbés, entraînant des périodes de rupture ou de discontinuité dans l'histoire personnelle des patients. Les patients qui en souffrent présentent des troubles cognitifs mais pas d'altération du sentiment même d'être soi. L'exploration de la cohérence de leur récit de vie et sa comparaison avec la cohérence de récits de patients schizophrènes permettraient de déterminer si le développement d'une maladie chronique et évolutive au début de l'âge adulte est l'un des facteurs perturbant la construction d'un récit de vie cohérent ou si cette altération reflète plus spécifiquement les troubles du *self* observés dans la schizophrénie. Une étude récente a montré que les récits de SDMs de patients souffrant de sclérose en plaques contenaient autant de raisonnement autobiographique que ceux de sujets contrôles (Voltzenlogel et al., en révision). Au regard de ces premiers résultats, il semblerait qu'un des mécanismes impliqués dans la construction cohérente du récit de vie

ne soit pas perturbé dans la sclérose en plaques. Cette étude apporte un premier argument suggérant que les altérations de la cohérence du récit de vie ne seraient pas dues à la chronicité d'une maladie invalidante mais qu'elles pourraient plutôt refléter de manière spécifique les troubles du *self* observés dans la schizophrénie.

D'autre part, au regard de l'interprétation que nous faisons de nos résultats, la question des capacités narratives des patients schizophrènes doit être posée. Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre 4 de cette 3^{ème} partie, l'altération de la cohérence narrative est-elle spécifique du récit de vie, autrement dit liée aux troubles de l'identité des patients, ou bien est-elle le reflet d'un défaut de cohérence narrative plus global touchant également les récits que les patients font de la vie d'une tierce personne ? Pour apporter des éléments de réponses à cette limite, il serait nécessaire de mettre en place un protocole visant à effectuer des comparaisons intra-sujet entre la cohérence d'un récit autobiographique et celle d'un récit biographique d'une autre personne. Ces analyses nous permettraient d'évaluer la sévérité des altérations de la cohérence narrative et de déterminer si l'affaiblissement de la cohérence observée dans nos travaux est spécifique ou plus prononcée dans la condition autobiographique (ce qui conforterait notre hypothèse d'une altération de l'identité narrative) ou s'il ne diffère pas de la condition biographique (résultat qui irait dans le sens d'un défaut aspécifique de cohérence narrative dans la schizophrénie).

2. Questions en suspens au regard du modèle du sens de soi et des troubles du *self* dans la schizophrénie

Nos travaux de thèse se sont focalisés sur l'exploration d'une facette du *self* dans la schizophrénie qui est la continuité narrative et plus globalement le sentiment de continuité de soi dans le temps. Le modèle développé par Prebble et collaborateurs (2013) décrit 4 composantes principales du *self* regroupées en deux axes : le sentiment subjectif d'être soi englobant 1) une composante au moment présent et 2) une étendue dans le temps (la continuité phénoménologique) et le contenu du self, également divisé en 3) concepts de soi au moment présent et 4) continuité sémantique (englobant la continuité narrative). Une des particularités de ce modèle est qu'il tente d'apporter des pistes de réflexions sur les hypothétiques interactions existantes entre ces différentes composantes, en postulant que

certaines seraient même dépendantes les unes des autres. Ainsi, il propose un cadre théorique intéressant permettant de faire le lien entre les caractéristiques du *self* au moment présent et celles étendues dans le temps.

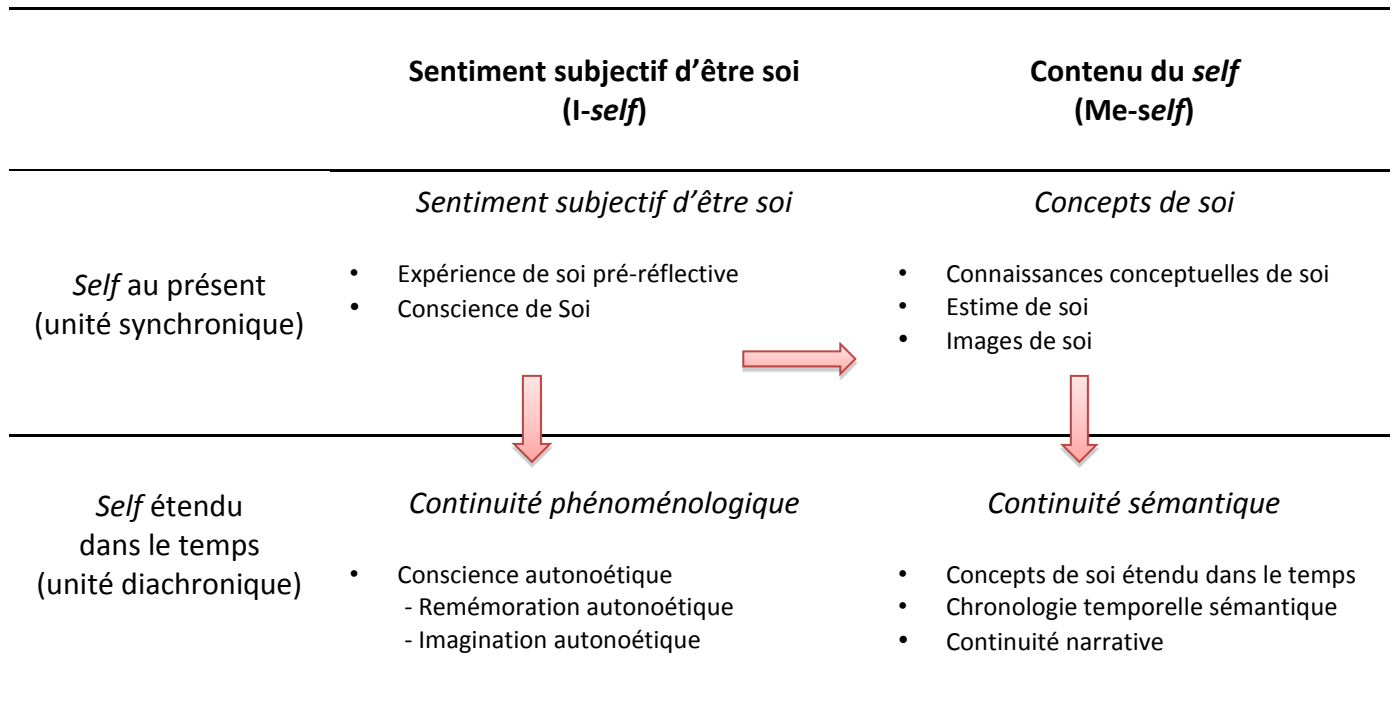


Figure 3 : Modèle du Sens de Soi (*Model of Sense of Self*, Prebble et al., 2013)

Les flèches indiquent les relations hypothétiques entre les différents aspects du sens de soi, avec le postulat que les fonctions les plus basiques sont nécessaires aux fonctions plus complexes.

Dans nos recherches, nous avons exploré la continuité sémantique dans la schizophrénie à travers l'évaluation du raisonnement autobiographique présent dans les récits de vie des patients. Pour aller plus loin, il serait intéressant d'étudier comment les deux autres composantes de la continuité sémantique sont également articulées autour du raisonnement autobiographique chez les patients. Premièrement, la *chronologie temporelle sémantique* participe à la mise en place de la continuité sémantique à travers l'organisation des informations autobiographiques en chapitres de vie (Thomsen, 2009). Pour comprendre la place du raisonnement autobiographique dans cette organisation temporelle sémantique, il serait pertinent d'explorer comment les patients construisent et définissent les chapitres qui composent leur histoire et de vie ainsi que les liens existant entre les chapitres de vie et

les SDMs. Deuxièmement, les liens entre le raisonnement autobiographique et les *concepts de soi étendu dans le temps* pourraient aussi être explorés en étudiant la façon dont les patients souffrant de schizophrénie arrivent à créer des liens et raisonner sur des concepts de soi qui les définissaient dans le passé, sur ceux qui les définissent actuellement et sur ceux qui pourraient les définir dans le futur.

Alors que les quatre composantes du modèle sont généralement explorées indépendamment les unes des autres, la question des hypothétiques liens entre les différents aspects du *self* reste à étudier. Plus précisément, le modèle du sens de soi soulève une question intéressante au vu de l'hétérogénéité des troubles du *self* dans la schizophrénie. Y a-t-il un lien entre les troubles du *self* au moment présent (ou troubles du *self* expérientiel tels que ceux décrits par Sass et Parnas – 1^{ère} partie, chapitre 2) et les troubles du *self* étendu dans le temps, autrement dit de la mémoire autobiographique ? Est-on en train d'étudier des symptômes totalement différents ou a-t-on deux approches différentes d'un seul ou même trouble, ou de troubles ayant une origine commune ? Est-ce que les patients ayant ou ayant eu des altérations du sentiment subjectif d'être soi au présent sont aussi ceux qui présentent un affaiblissement sévère de la continuité phénoménologique ? Pour répondre à cela, il serait intéressant de tester si des corrélations existent entre les troubles du *self* tels qu'ils sont mesurés par l'EASE (Parnas et al., 2005) et la composante phénoménologique des souvenirs autobiographiques de ces patients.

Ensemble, ces études permettraient d'affiner nos connaissances sur les interactions entre les différentes facettes du *self* et la mémoire autobiographique dans la schizophrénie et ainsi enrichir les perspectives d'approches thérapeutiques de ces troubles.

3. Questions en suspens au regard de la recherche portant sur la mémoire autobiographique dans la schizophrénie

3.1. Les troubles de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie sont-ils la conséquence de perturbations de l'encodage en mémoire des événements ?

De manière plus générale, et au regard des données présentes dans la littérature, d'autres perspectives de recherche peuvent être envisagées. La majorité des études en mémoire autobiographique se sont focalisées sur les processus en jeu lors de la récupération des informations en mémoire autobiographique. Or, certaines études, en particulier celles ayant exploré la mémoire épisodique des patients laissent penser que des perturbations des mécanismes sous-tendant l'encodage des événements en mémoire seraient également présentes chez les patients. Ces processus sont particulièrement complexes à étudier puisqu'il est compliqué d'évaluer le fonctionnement cognitif au moment même où le sujet encode les événements qu'il est en train de vivre. Dans un but de compréhension de la physiopathologie de la schizophrénie et dans l'optique d'améliorer, toujours, les méthodes de remédiation cognitive proposées aux patients, il convient d'explorer davantage cette question. Ainsi, pour tenter d'y apporter des éléments de réponses nous avons mis au point deux protocoles complémentaires visant à se rapprocher au plus proche de l'encodage des événements vécus ceci en utilisant 1) des appareils photos automatiques permettant d'enregistrer l'évènement en même temps qu'il est encodé en mémoire (Allé et al., en préparation) et 2) une tâche d'encodage en mémoire de films tournés en perspective première personne et illustrant des événements de la vie quotidienne.

3.2. Comment préciser le rôle du dysfonctionnement exécutif dans les troubles de la mémoire autobiographique et du *self* dans la schizophrénie ?

Une dernière question, en lien avec la précédente, découle des travaux de recherche dans le domaine de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie. Comme nous l'avons présenté dans la discussion (chapitre 2), il existe plusieurs arguments en faveur du

rôle du dysfonctionnement exécutif dans les troubles de la mémoire autobiographique observés chez les patients schizophrènes mais toujours peu de preuves à l'heure actuelle, en particulier concernant la composante expérientielle du souvenir autobiographique. En effet, jusqu'à présent aucune étude n'a réellement mis en évidence de corrélations entre le déficit exécutif mesuré chez les patients et leur moindre remémoration consciente. Seule l'étude de Potheegadoo et collaborateurs (2014) apportent des arguments clairs en faveur de l'implication des fonctions exécutives dans la récupération d'informations épisodiques en mémoire autobiographique. Ces précédentes études évaluant les caractéristiques phénoménologiques des souvenirs autobiographiques ont été réalisées uniquement sur des souvenirs rappelés de manière volontaire, suite à des instructions précises incitant au rappel d'évènements vécus. Cependant, la littérature actuelle interrogeant les liens entre mémoire autobiographique et schizophrénie n'a pas pris en compte l'existence de deux manières différentes de se rappeler des souvenirs autobiographiques. Il existe en effet, une remémoration dite générative (Conway, 2005) ou volontaire (Berntsen, 2012; Berntsen & Jacobsen, 2008) qui a lieu suite à un processus conscient de recherche en mémoire d'évènements personnellement vécus. Sous-tendue par les fonctions exécutives, cette remémoration s'appuie sur la mise en place de stratégies cognitives pour récupérer les informations contextuelles et les détails perceptivo-sensoriels d'un souvenir autobiographique afin de pouvoir le revivre consciemment. La seconde façon de revivre mentalement des évènements personnellement vécus correspond à la remémoration directe (Conway, 2005) ou involontaire (Berntsen, 2012; Berntsen & Jacobsen, 2008). Dans ce cas, la reviviscence d'évènements passés a lieu spontanément, déclenchée la plupart du temps par la présence d'un indice particulier dans l'environnement (cela peut-être un objet, une mélodie, une odeur, un mot, etc.). Le célèbre exemple de la madeleine de Proust illustre parfaitement ce phénomène. Cette remémoration est beaucoup plus rapide que celle dite générative. Déclenchée automatiquement par un indice interne (une pensée, une sensation...) ou externe (un son, une odeur, un lieu...), elle serait beaucoup moins sous le contrôle des fonctions exécutives (Berntsen, 2012 ; Hall et al., 2014). En réalité, elle semble être la façon la plus fréquente de se remémorer des évènements personnellement vécus (Berntsen, 2012).

En tenant compte de cette distinction, nous pensons que l'étude des caractéristiques subjectives des souvenirs spontanés dans la schizophrénie nous permettra de mieux comprendre l'implication du fonctionnement exécutif dans la formation des souvenirs autobiographiques chez ces patients. Pour ce faire, deux études complémentaires sont en cours de développement et feront l'objet d'un projet de recherche en contrat post-doctoral à Con Amore à Aarhus au Danemark.

CONCLUSION

L'objectif de nos travaux de thèse était de mieux comprendre les troubles de l'identité dont souffrent les patients atteints de schizophrénie, en particulier les perturbations de la continuité de soi qui restent peu comprises à l'heure actuelle. Le modèle du sens de soi proposé par Prebble et collaborateurs (2013) décrit les relations réciproques existant entre l'identité personnelle d'une part et la mémoire autobiographique d'autre part. Il nous a servi de base pour mener une analyse critique de la littérature existante sur ce sujet et formuler notre question de recherche.

Les précédentes études des troubles de la mémoire autobiographique dans la schizophrénie avaient permis de mettre en avant une fragilisation importante d'une première composante de la continuité de soi dans le temps, la continuité phénoménologique. Les patients ont des difficultés à revivre consciemment des événements passés ou à se projeter mentalement dans des événements futurs signant en cela un affaiblissement de la composante expérientielle et subjective de leurs souvenirs autobiographiques et une altération du voyage mental dans le temps dans la schizophrénie. Parallèlement à ces altérations, d'autres études avaient apporté des arguments suggérant une altération de la seconde composante de la continuité de soi, la continuité narrative, celle qui repose sur des processus auto-réflexifs comme la capacité de raisonner sur les événements vécus. Toutefois, s'étant focalisées uniquement sur un aspect de la continuité narrative et cela au sein d'événements ponctuels et isolés, les conclusions de ces études quant à l'altération de la continuité narrative dans la schizophrénie restaient limitées.

Sur la base de ces observations et des précédents travaux réalisés, nos recherches se sont orientées sur l'exploration de la nature et des mécanismes de l'altération de la continuité de soi, et en particulier de la continuité narrative, dans la schizophrénie. La question des liens entre les continuités phénoménologique et narrative a également été abordée dans nos travaux.

Dans le but de mieux caractériser les troubles de la continuité de soi, nos travaux de thèse ont consisté en une analyse exhaustive de la cohérence narrative de récits de vie de patients schizophrènes stabilisés. En nous basant sur les travaux théoriques et expérimentaux d'Habermas et ses collaborateurs (Habermas & Bluck, 2000; Habermas & de Silveira, 2008 ; Köber et al., 2015), nous avons collecté des récits retraçant l'histoire de vie

des participants ainsi qu'un récit imaginaire de ce que serait leur vie future. D'après la méthode développée par Habermas et ses collaborateurs, quatre types de cohérence participant à l'élaboration du récit de vie ont été évalués : le concept culturel de biographie, la cohérence temporelle, la cohérence causale-motivationale et la cohérence thématique. Les caractéristiques subjectives des souvenirs composant les récits de vie ont également été évaluées.

Nos analyses ont mis en évidence des altérations de la continuité de soi dans la schizophrénie. Nous avons montré que les continuités phénoménologique et narrative étaient affaiblies dans les deux dimensions temporelles, passé et futur. Concernant la continuité narrative, le déficit des patients était particulièrement sévère dans leur récit de vie tourné vers le passé. Des analyses supplémentaires ont permis de mieux appréhender l'origine de ces altérations.

Premièrement, nous avons montré que l'affaiblissement de la continuité narrative était dû à un défaut de cohérence temporelle du récit autobiographique. Bien que les patients étaient capables de ponctuer leur récit de vie d'indicateurs chronologiques, ils déviaient de l'ordre chronologique plus souvent que les volontaires sains et ce de manière implicite, conduisant *in fine* à une incompréhension de la trame chronologique du récit pour l'auditeur. Deuxièmement, les cohérences causale-motivationale et thématique de leur récit étaient sévèrement affaiblies. Les patients avaient de grandes difficultés à expliquer le développement et l'évolution de leur identité à travers leur récit personnel, et à mettre en avant des liens thématiques reflétant une stabilité et une continuité narrative. Ces difficultés ont également été mises en évidence notamment au travers d'une diminution du raisonnement autobiographique dans les récits des patients. Ce résultat signifie que les patients avaient des difficultés à expliquer spontanément le sens des événements racontés et leurs impacts sur leur personnalité, comportements ou valeurs. Nous avons montré que ces difficultés étaient corrélées au dysfonctionnement exécutif des patients.

Le concept culturel de biographie était quant à lui préservé chez les patients schizophrènes, permettant d'exclure l'hypothèse qu'un déficit généralisé touchant des connaissances culturelles basiques acquises dans l'enfance explique les altérations de la continuité de soi.

En outre, nos analyses ont révélé que la moindre cohérence narrative des récits de patients évaluée de manière externe et objective était corrélée à la diminution de leur sentiment subjectif de cohérence interne et personnelle. Cette observation montre que la cohérence narrative du récit de vie est un bon reflet du sentiment subjectif de cohérence interne et de compréhension de soi dans la schizophrénie.

Nos travaux de thèse ont confirmé et étendu les précédents résultats de la littérature en montrant un affaiblissement de la continuité de soi dans la schizophrénie. Ils apportent des éléments nouveaux au regard des mécanismes cognitifs pouvant rendre compte des troubles de l'identité dans la schizophrénie. Le déficit exécutif des patients semble jouer un rôle majeur dans ces altérations en empêchant la construction de la cohérence narrative dans la schizophrénie. Ces résultats vont dans le sens d'une dysconnexion entre le *self* et la mémoire autobiographique dans la schizophrénie conduisant à une perturbation du sentiment de continuité de soi dans le temps.

De nos travaux peuvent découler des applications cliniques et thérapeutiques afin d'aider les patients à recréer un récit cohérent de leur vie et tenter de retrouver un sentiment de continuité de soi. Quelques exemples de la littérature illustrent le potentiel du récit de soi comme vecteur du rétablissement dans la schizophrénie. En ciblant les mécanismes et éléments narratifs que nous avons montré déficients et responsables de l'altération de la cohérence narrative, il serait possible d'aider les patients à reconstruire leur histoire de vie de manière plus cohérente et recentrée sur leur identité, mettant en avant les caractéristiques identitaires stables dans le temps et donnant un sens aux changements vécus.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

A

AbdelMalik, P., Husted, J., Chow, E. W. C., & Bassett, A. S. (2003). Childhood head injury and expression of schizophrenia in multiply affected families. *Archives of General Psychiatry*, 60(3), 231-236.

Achim, A. M., & Lepage, M. (2005). Episodic memory-related activation in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 187(6), 500-509.

Addington, D., Addington, J., & Maticka-Tyndale, E. (1993). Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, (22), 39-44.

Addis, D. R., & Tippett, L. J. (2008). The Contributions of autobiographical Memory to the Content and Continuity of Identity A Social-Cognitive Neuroscience Approach.

Addis, D. R., Wong, A. T., & Schacter, D. L. (2007). Remembering the past and imagining the future: common and distinct neural substrates during event construction and elaboration. *Neuropsychologia*, 45(7), 1363-1377.

Addis, D. R., Wong, A. T., & Schacter, D. L. (2008). Age-related changes in the episodic simulation of future events. *Psychological Science*, 19(1), 33-41.

Adler, J. M. (2012). Living into the story: agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(2), 367-389.

Adler, J. M., Chin, E. D., Kolisetty, A. P., & Oltmanns, T. F. (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of borderline personality disorder: an empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 498-512.

Aleman, A., Hijman, R., de Haan, E. H., & Kahn, R. S. (1999). Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1358-1366.

Allé, M.C., Manning, L., Potheegadoo, J., Coutelle, R., Danion, J.M., Berna, F. (2016). Wearable cameras: useful tools to investigate and remediate autobiographical memory impairment. *Neuropsychology Review*, In revision.

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine* (1982), 36(6), 725-733.

American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th éd.). Washington, DC: AMericain Psychiatric Association Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5th éd.). Washington, DC: AMericain Psychiatric Association Press.

American Psychological Association. The road to resilience. Washington, DC: American Psychological Association; 2014. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.

B

Baerger, D. R., & McAdams, D. P. (1999). Life Story Coherence and its Relation to Psychological Well-Being. *Narrative Inquiry*, 9(1), 69-96.

Barch, D. M., & Berenbaum, H. (1996). Language production and thought disorder in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(1), 81-88.

Barch, D. M., & Ceaser, A. (2012). Cognition in schizophrenia: core psychological and neural mechanisms. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 27-34.

Barch, D. M., Cohen, R., & Csernansky, J. (2014). Altered cognitive development in the siblings of individuals with schizophrenia. *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 138-151.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a « theory of mind » ? *Cognition*, 21(1), 37-46.

Bazin, N., Sarfati, Y., Lefrère, F., Passerieux, C., & Hardy-Baylé, M.-C. (2005). Scale for the evaluation of communication disorders in patients with schizophrenia: a validation study. *Schizophrenia Research*, 77(1), 75-84.

Beck, A. T. (1961). A systematic investigation of depression. *Comprehensive Psychiatry*, 2, 163-170.

Benedict, R. H., & Harris, A. E. (1989). Remediation of attention deficits in chronic schizophrenic patients: a preliminary study. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 28 (2), 187-188.

Bennouna-Greene, M., Berna, F., Conway, M. A., Rathbone, C. J., Vidailhet, P., & Danion, J.-M. (2012). Self-images and related autobiographical memories in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 21(1), 247-257.

Bentall, R. P., Jackson, H. F., & Pilgrim, D. (1988). The concept of schizophrenia is dead: long live the concept of schizophrenia? *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 27 (4), 329-331.

Berna, F., Bennouna-Greene, M., Potheegadoo, J., Verry, P., Conway, M. A., & Danion, J.-M. (2011a). Impaired ability to give a meaning to personally significant events in patients with schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 20(3), 703-711.

Berna, F., Bennouna-Greene, M., Potheegadoo, J., Verry, P., Conway, M. A., & Danion, J.-M. (2011b). Self-defining memories related to illness and their integration into the self in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189(1), 49-54.

- Berna, F., Göritz, A. S., Schröder, J., Coutelle, R., Danion, J.-M., Cuervo-Lombard, C. V., & Moritz, S. (2016). Self-Disorders in Individuals with Autistic Traits: Contribution of Reduced Autobiographical Reasoning Capacities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(8), 2587-2598.
- Berna, F., Göritz, A. S., Schröder, J., Martin, B., Cermolacce, M., Allé, M. C., ... Moritz, S. (2016). Self-disorders in individuals with attenuated psychotic symptoms: Contribution of a dysfunction of autobiographical memory. *Psychiatry Research*, 239, 333-341.
- Berna, F., Huron, C., Kazès, M., Offerlin-Meyer, I., Willard, D., Verry, P., ... Danion, J.-M. (2014). Chronic persecutory delusion and autobiographical memories in patients with schizophrenia: a diary study. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(1), 25-33.
- Berna, F., Potheegadoo, J., Aouadi, I., Ricarte, J. J., Allé, M. C., Coutelle, R., ... Danion, J.-M. (2016). A Meta-Analysis of Autobiographical Memory Studies in Schizophrenia Spectrum Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 42(1), 56-66.
- Berna, F., Potheegadoo, J., & Danion, J.-M. (2015). Les relations entre mémoire autobiographique et self dans la schizophrénie : l'hypothèse d'une dysconnexion. *Revue de neuropsychologie*, 6(4), 267-275.
- Berntsen, D. (2012). Spontaneous recollections: involuntary autobiographical memories are a basic mode of remembering. In *Understanding Autobiographical Memory*. Cambridge University Press.
- Berntsen, D., & Jacobsen, A. S. (2008). Involuntary (spontaneous) mental time travel into the past and future. *Consciousness and Cognition*, 17(4), 1093-1104.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2004). Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory. *Memory & Cognition*, 32(3), 427-442.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: a measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 219-231.
- Bilder, R. M., Goldman, R. S., Robinson, D., Reiter, G., Bell, L., Bates, J. A., ... Lieberman, J. A. (2000). Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 549-559.
- Blagov, P. S., & Singer, J. A. (2004). Four dimensions of self-defining memories (specificity, meaning, content, and affect) and their relationships to self-restraint, distress, and repressive defensiveness. *Journal of Personality*, 72(3), 481-511.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Traduit par A. Viallard. Paris : E.P.E.L., Clichy : G.R.E.C., 1993.
- Bluck, S. (2001). Autobiographical memories: Building blocks of life narratives. In G. Kenyon, B. deVries, & P. Clark (Eds.), *Narrative gerontology: Theory, research, and practice*. New York: Springer.

Boulanger, M., Dethier, M., Gendre, F., & Blairy, S. (2013). Identity in schizophrenia: a study of trait self-knowledge. *Psychiatry Research*, 209(3), 367-374.

Bora, E. (2015). Neurodevelopmental origin of cognitive impairment in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 45(1), 1-9.

Bowler, D. M., Gardiner, J. M., & Grice, S. J. (2000). Episodic Memory and Remembering in Adults with Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(4), 295-304.

Boydell, J., van Os, J., McKenzie, K., & Murray, R. M. (2004). The association of inequality with the incidence of schizophrenia--an ecological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 597-599.

Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., & Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18(1), 21-26.

Brewer, W. F. (1986). What is autobiographical memory? In *Autobiographical memory*. Cambridge University Press.

Brown, A. S., Begg, M. D., Gravenstein, S., Schaefer, C. A., Wyatt, R. J., Bresnahan, M., ... Susser, E. S. (2004). Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 774-780.

Bruck, M., London, K., Landa, R., & Goodman, J. (2007). Autobiographical memory and suggestibility in children with autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*, 19(1), 73-95.

Buckner, R. L., & Carroll, D. C. (2007). Self-projection and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(2), 49-57.

Bruner, J. S. (1990). *Acts of Meaning*. Harvard University Press.

C

Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 538-549.

Capa, R. L., Duval, C. Z., Blaison, D., & Giersch, A. (2014). Patients with schizophrenia selectively impaired in temporal order judgments. *Schizophrenia Research*, 156(1), 51-55.

Chandler, M. J., Lalonde, C. E., Sokol, B. W., Hallett, D., & Marcia, J. E. (2003). Personal Persistence, Identity Development, and Suicide: A Study of Native and Non-Native North American Adolescents. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 68(2), i-138.

Christoff, K., Cosmelli, D., Legrand, D., & Thompson, E. (2011). Specifying the self for cognitive neuroscience. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(3), 104-112.

- Chu, S., & Downes, J. J. (2002). Proust nose best: odors are better cues of autobiographical memory. *Memory & Cognition*, 30(4), 511-518.
- Cicei, C. C. (2012). Examining the Association Between Self-Concept Clarity and Self-Esteem on a Sample of Romanian Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 4345-4348.
- Cicero, D. C., Becker, T. M., Martin, E. A., Docherty, A. R., & Kerns, J. G. (2013). The role of aberrant salience and self-concept clarity in psychotic-like experiences. *Personality Disorders*, 4(1), 33-42.
- Cicero, D. C., Docherty, A. R., Becker, T. M., Martin, E. A., & Kerns, J. G. (2015). Aberrant Salience, Self-Concept Clarity, and Interview-Rated Psychotic-Like Experiences. *Journal of personality disorders*, 29(1), 79-99. http://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_150
- Cicero, D. C., Martin, E. A., Becker, T. M., & Kerns, J. G. (2016). Decreased Self-Concept Clarity in People with Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(2), 142-147.
- Cirillo, M. A., & Seidman, L. J. (2003). Verbal declarative memory dysfunction in schizophrenia: from clinical assessment to genetics and brain mechanisms. *Neuropsychology Review*, 13(2), 43-77.
- Chandler, M. J., Lalonde, C. E., Sokol, B. W., Hallett, D., & Marcia, J. E. (2003). Personal persistence, identity development, and suicide: A study of native and non-native North American adolescents. *Monographs of the society for research in child development*, i-138.
- Cohen, J. D., Servan-Schreiber, D., & McClelland, J. L. (1992). A Parallel Distributed Processing Approach to Automaticity. *The American Journal of Psychology*, 105(2), 239-269.
- Coleman, P. G. (1999). Creating a life story: the task of reconciliation. *The Gerontologist*, 39(2), 133-139.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., & Lee, L.-C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 487-494.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the Self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594-628.
- Conway, M. A. (2009). Episodic memories. *Neuropsychologia*, 47(11), 2305-2313.
- Conway, M. A., & Fthenaki, A. (2000). Disruption and loss of autobiographical memory. In *Handbook of neuropsychology: Memory and its disorders*, Vol. 2, 2nd ed (p. 281-312). Amsterdam, Netherlands: Elsevier Science Publishers B.V.
- Conway, M. A., Meares, K., & Standart, S. (2004). Images and goals. *Memory*, 12(4), 525-531.

Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288.

Copeland, D. E., Radvansky, G. A., & Goodwin, K. A. (2009). A novel study: forgetting curves and the reminiscence bump. *Memory (Hove, England)*, 17(3), 323-336.

Cornblatt, B. A., & Erlenmeyer-Kimling, L. (1985). Global attentional deviance as a marker of risk for schizophrenia: specificity and predictive validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(4), 470-486.

Cotard, J. (1891). *Maladies Cérébrales et Mentales*. Baillière, Paris.

Craig, A. D. (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Current Opinion in Neurobiology*, 13(4), 500-505.

Craig, A. D. B. (2009). How do you feel--now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews. Neuroscience*, 10(1), 59-70.

Crane, L., & Goddard, L. (2007). Episodic and Semantic Autobiographical Memory in Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(3), 498-506.

Crane, L., & Goddard, L. (2008). Episodic and semantic autobiographical memory in adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(3), 498-506.

Crane, L., Goddard, L., & Pring, L. (2009a). Brief Report: Self-defining and Everyday Autobiographical Memories in Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(3), 383-391.

Crane, L., Goddard, L., & Pring, L. (2009b). Specific and general autobiographical knowledge in adults with autism spectrum disorders: The role of personal goals. *Memory*, 17(5), 557-576.

Cuervo-Lombard, C., Jovenin, N., Hedelin, G., Rizzo-Peter, L., Conway, M. A., & Danion, J.-M. (2007). Autobiographical memory of adolescence and early adulthood events: an investigation in schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 13(2), 335-343.

D

Daban, C., Amado, I., Bourdel, M.-C., Loo, H., Olié, J.-P., Poirier, M.-F., & Krebs, M.-O. (2005). Cognitive dysfunctions in medicated and unmedicated patients with recent-onset schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 39(4), 391-398.

Damasio, A. (2003). Feelings of emotion and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001, 253-261.

Damasio, A. R. (1999). How the brain creates the mind. *Scientific American*, 281(6), 112-117.

- Danion, J. M., Meulemans, T., Kauffmann-Muller, F., & Vermaat, H. (2001). Intact implicit learning in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 158(6), 944-948.
- Danion, J. M., Peretti, S., Gras-Vincendon, A., & Singer, L. (1992). Memory disorders in schizophrenia. *L'Encéphale*, 18 Spec No 2, 315-328.
- Danion, J.-M., Cuervo, C., Piolino, P., Huron, C., Riutort, M., Peretti, C. S., & Eustache, F. (2005). Conscious recollection in autobiographical memory: an investigation in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 14(3), 535-547.
- Danion, J.-M., Huron, C., Vidailhet, P., & Berna, F. (2007). Functional mechanisms of episodic memory impairment in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52(11), 693-701.
- Danion, J.-M., Kazes, M., Huron, C., & Karchouni, N. (2003). Do patients with schizophrenia consciously recollect emotional events better than neutral events? *The American Journal of Psychiatry*, 160(10), 1879-1881.
- Danion J.M., Rizzo L, & Bruant A. (1999). Functional mechanisms underlying impaired recognition memory and conscious awareness in patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 639-644.
- D'Argembeau, A., Cassol, H., Phillips, C., Balteau, E., Salmon, E., & Van der Linden, M. (2014). Brains creating stories of selves: the neural basis of autobiographical reasoning. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(5), 646-652
- D'Argembeau, A., Feyers, D., Majerus, S., Collette, F., Van der Linden, M., Maquet, P., & Salmon, E. (2008). Self-reflection across time: cortical midline structures differentiate between present and past selves. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3(3), 244-252.
- D'Argembeau, A., Lardi, C., & Van der Linden, M. (2012). Self-defining future projections: exploring the identity function of thinking about the future. *Memory (Hove, England)*, 20(2), 110-120.
- D'Argembeau, A., Raffard, S., & Van der Linden, M. (2008). Remembering the past and imagining the future in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 247-251.
- D'Argembeau, A., & Van der Linden, M. (2004). Phenomenal characteristics associated with projecting oneself back into the past and forward into the future: influence of valence and temporal distance. *Consciousness and Cognition*, 13(4), 844-858.
- D'Argembeau, A., & Van der Linden, M. (2012). Predicting the phenomenology of episodic future thoughts. *Consciousness and Cognition*, 21(3), 1198-1206.
- Davidson, L. (2003). *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. NYU Press.
- De Clérambault, G. (1942). *Œuvre Psychiatrique*, ed. J. Fretet. Paris: PUF.

- de Jong, S., van Donkersgoed, R., Pijnenborg, G. H. M., & Lysaker, P. H. (2016). Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT) With a Patient With Severe Symptoms of Disorganization. *Journal of Clinical Psychology, 72*(2), 164-174.
- de Oliveira, H., Cuervo-Lombard, C., Salamé, P., & Danion, J.-M. (2009). Auto-noetic awareness associated with the projection of the self into the future: an investigation in schizophrenia. *Psychiatry Research, 169*(1), 86-87.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Popolo, R., & Lysaker, P. H. (2012). Autobiographical memory and mentalizing impairment in personality disorders and schizophrenia: clinical and research implications. *Frontiers in Psychology, 3*
- Doba, K., Pezard, L., Lesne, A., Vignau, J., Christophe, V., & Nandrino, J.-L. (2007). Dynamics of emotional expression in autobiographic speech of patients with anorexia nervosa. *Psychological Reports, 101*(1), 237-249.
- Docherty, N. M., Hawkins, K. A., Hoffman, R. E., Quinlan, D. M., Rakfeldt, J., & Sledge, W. H. (1996). Working memory, attention, and communication disturbances in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(2), 212-219.
- Dreher, J. C., Banquet, J. P., Allilaire, J. F., Paillère-Martinot, M. L., Dubois, B., & Burnod, Y. (2001). Temporal order and spatial memory in schizophrenia: a parametric study. *Schizophrenia Research, 51*(2-3), 137-147.
- Durston, S., & Casey, B. J. (2006). What have we learned about cognitive development from neuroimaging? *Neuropsychologia, 44*(11), 2149-2157.

E

- Eaton, W. W., Mortensen, P. B., & Frydenberg, M. (2000). Obstetric factors, urbanization and psychosis. *Schizophrenia Research, 43*(2-3), 117-123.
- Elvevåg, B., Egan, M. F., & Goldberg, T. E. (2000). Memory for temporal order in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 46*(2-3), 187-193.
- Elvevåg, B., Fisher, J. E., Weickert, T. W., Weinberger, D. R., & Goldberg, T. E. (2004). Lack of false recognition in schizophrenia: a consequence of poor memory? *Neuropsychologia, 42*(4), 546-554.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. WW Norton & Company.
- Ernst, A., Blanc, F., De Seze, J., & Manning, L. (2015). Using mental visual imagery to improve autobiographical memory and episodic future thinking in relapsing-remitting multiple sclerosis patients: A randomised-controlled trial study. *Restorative Neurology and Neuroscience, 33*(5), 621-638.
- Ernst, A., Noblet, V., Denkova, E., Blanc, F., de Seze, J., Gounot, D., & Manning, L. (2015). Functional cerebral changes in multiple sclerosis patients during an autobiographical memory test. *Memory, 23*(8), 1123-1139.

Ey, H. (1951). A propos de la personne du schizophrène. In Ey : Schizophrénie : études cliniques et psychopathologiques. Paris : Les Empêcheurs de tourner en rond. pp135-143.

F

Feinstein, A., Goldberg, T. E., Nowlin, B., & Weinberger, D. R. (1998). Types and characteristics of remote memory impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 30(2), 155-163.

Fitzgerald, J. M. (1996). The distribution of self-narrative memories in younger and older adults: Elaborating the self-narrative hypothesis. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 3(3), 229-236.

Fivush, R. (2011). The development of autobiographical memory. *Annual Review of Psychology*, 62, 559-582.

Fivush, R., Habermas, T., Waters, T. E. A., & Zaman, W. (2011). The making of autobiographical memory: intersections of culture, narratives and identity. *International Journal of Psychology: Journal International de Psychologie*, 46(5), 321-345.

Fivush, R., & Sales, J. M. (2006). Coping, Attachment, and Mother-Child Narratives of Stressful Events. *Merrill-Palmer Quarterly*, 52(1), 125-150.

Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 675-690.

France, C. M., & Uhlin, B. D. (2006). Narrative as an outcome domain in psychosis. *Psychology and Psychotherapy*, 79(Pt 1), 53-67.

Frith, C. D. (1995). The cognitive abnormalities underlying the symptomatology and the disability of patients with schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 10 Suppl 3, 87-98.

Frith, C., & Frith, U. (2005). Theory of mind. *Current Biology*, 15(17), R644 - R645. <http://doi.org/10.1016/j.cub.2005.08.041>

G

Gallagher, S. (2000). Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(1), 14-21.

Gardiner, J. M. (1988). Recognition failures and free-recall failures: implications for the relation between recall and recognition. *Memory & Cognition*, 16(5), 446-451.

Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., ... Rapoport, J. L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2(10), 861-863.

- Giedd, J. N., Keshavan, M., & Paus, T. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature reviews. Neuroscience*, 9(12), 947-957.
- Giuliano, A. J., Li, H., Mesholam-Gately, R. I., Sorenson, S. M., Woodberry, K. A., & Seidman, L. J. (2012). Neurocognition in the psychosis risk syndrome: a quantitative and qualitative review. *Current Pharmaceutical Design*, 18(4), 399-415.
- Gottesman, I. I., McGuffin, P., & Farmer, A. E. (1987). Clinical genetics as clues to the « real » genetics of schizophrenia (a decade of modest gains while playing for time). *Schizophrenia Bulletin*, 13(1), 23-47.
- Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews. Neuroscience*, 16(10), 620-631.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the « right stuff »? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136.
- Grégoire, J., & Wierzbicki, C. (2009). Comparaison de quatre formes abrégées de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes – troisième édition (WAIS-III). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 59(1), 17-24.
- Grondin, S. (2001). From physical to the first and second moments of psychological time, *Psychological bulletin*, 127, 22-44.

H

- Habermas, T. (2011). Autobiographical reasoning: arguing and narrating from a biographical perspective. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2011(131), 1-17.
- Habermas, T., & Bluck, S. (2000). Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126(5), 748-769.
- Habermas, T., & de Silveira, C. (2008). The development of global coherence in life narratives across adolescence: temporal, causal, and thematic aspects. *Developmental Psychology*, 44(3), 707-721.
- Habermas, T., Ehlert-Lerche, S., & de Silveira, C. (2009). The development of the temporal macrostructure of life narratives across adolescence: beginnings, linear narrative form, and endings. *Journal of Personality*, 77(2), 527-559.
- Habermas, T., & Köber, C. (2015). Autobiographical reasoning in life narratives buffers the effect of biographical disruptions on the sense of self-continuity. *Memory*, 23(5), 664-674.
- Hall, S. A., Rubin, D. C., Miles, A., Davis, S. W., Wing, E. A., Cabeza, R., & Berntsen, D. (2014). The neural basis of involuntary episodic memories. *Journal of cognitive neuroscience*, 26(10), 2385-2399.

- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hammack, P. L. (2008). Narrative and the cultural psychology of identity. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 12(3), 222-247.
- Harrison, C. L., & Fowler, D. (2004). Negative symptoms, trauma, and autobiographical memory: an investigation of individuals recovering from psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 745-753
- Hartmann, E., Milofsky, E., Vaillant, G., Oldfield, M., Falke, R., & Ducey, C. (1984). Vulnerability to schizophrenia. Prediction of adult schizophrenia using childhood information. *Archives of General Psychiatry*, 41(11), 1050-1056.
- Hassabis, D., & Maguire, E. A. (2007). Deconstructing episodic memory with construction. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(7), 299-306.
- Hayes, A. M., Beevers, C. G., Feldman, G. C., Laurenceau, J.-P., & Perlman, C. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 111-122.
- Hayes, A. M., Feldman, G. C., Beevers, C. G., Laurenceau, J.-P., Cardaciotto, L., & Lewis-Smith, J. (2007). Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 409-421.
- Heaps, C. M., & Nash, M. (2001). Comparing recollective experience in true and false autobiographical memories. *Journal of Experimental Psychology. Learning, Memory, and Cognition*, 27(4), 920-930.
- Hermans, D., Defranc, A., Raes, F., Williams, J. M. G., & Eelen, P. (2005). Reduced autobiographical memory specificity as an avoidant coping style. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 44(Pt 4), 583-589.
- Hesnard, A.-L.M. (1909). *Les Troubles de la Personnalité dans les États d'Asthénie Psychique. Étude de Psychologie Clinique. Thèse de médecine. Bordeaux: Université de Bordeaux.*
- Herz, R. S. (2004). A naturalistic analysis of autobiographical memories triggered by olfactory visual and auditory stimuli. *Chemical Senses*, 29(3), 217-224.
- Hillis, J. D., Leonhardt, B. L., Vohs, J. L., Buck, K. D., Salvatore, G., Popolo, R., ... Lysaker, P. H. (2015). Metacognitive reflective and insight therapy for people in early phase of a schizophrenia spectrum disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 125-135.
- Hjern, A., Wicks, S., & Dalman, C. (2004). Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants--a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychological Medicine*, 34(6), 1025-1033.
- Holmes, A., Conway, M.A. (1999). Generation identity and the reminiscence bump: memory for public and private events. *Journal of Adult Development*, 6(1), 21-34.

Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 349-362.

Huijbers, W., Pennartz, C. M. A., Rubin, D. C., & Daselaar, S. M. (2011). Imagery and retrieval of auditory and visual information: Neural correlates of successful and unsuccessful performance. *Neuropsychologia*, 49(7), 1730-1740.

Huron, C., & Danion, J.-M. (2002). Impairment of constructive memory in schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 17(3), 127-133.

Huron, C., Danion, J. M., Giacomoni, F., Grangé, D., Robert, P., & Rizzo, L. (1995). Impairment of recognition memory with, but not without, conscious recollection in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1737-1742.

Huron, C., Danion, J.-M., Rizzo, L., Killofer, V., & Damiens, A. (2003). Subjective qualities of memories associated with the picture superiority effect in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 152-158.

Huttunen, M. O., & Niskanen, P. (1978). Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 35(4), 429-431.

Hy, L. X., & Loevinger, J. (1996). *Measuring Ego Development*. L. Erlbaum Associates.

J

Jaeger, J. (1999). Studying the effectiveness of neurocognitive remediation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 193-196.

Janet, P. (1903). *Les Obsessions et la Psychasthénie*. Paris: Alcan.

Janssen, S. M. J., & Murre, J. M. J. (2008). Reminiscence bump in autobiographical memory: unexplained by novelty, emotionality, valence, or importance of personal events. *Quarterly Journal of Experimental Psychology* (2006), 61(12), 1847-1860.

James, W. (1919). *Psychopathologie générale*. Paris Ed : La Bibliothèque des Introuvables (2007). 552p.

Javitt, D. C., Doneshka, P., Grochowski, S., & Ritter, W. (1995). Impaired mismatch negativity generation reflects widespread dysfunction of working memory in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52(7), 550-558.

John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: Theory and research*, 2(1999), 102-138.

Johns, L. C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-1141.

Johnson-Selfridge, M., & Zalewski, C. (2001). Moderator variables of executive functioning in schizophrenia: meta-analytic findings. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 305-316.

K

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.

Kean, C. (2009) Silencing the Self: Schizophrenia as a Self-disturbance. *Schizophrenia Bulletin*, 35(6), 1034-1036.

Keefe, R. S. E. (2014). The longitudinal course of cognitive impairment in schizophrenia: an examination of data from premorbid through posttreatment phases of illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75 Suppl 2, 8-13.

Kern, R. S., Hartzell, A. M., Izaguirre, B., & Hamilton, A. H. (2010). Declarative and nondeclarative memory in schizophrenia: What is impaired? What is spared? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(9), 1017-1027.

King, K., Fraser, W. I., Thomas, P., & Kendell, R. E. (1990). Re-examination of the language of psychotic subjects. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 156, 211-215.

Kihlstrom, J. F., Beer, J. S., & Klein, S. B. (2003). Self and Identity as Memory. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Éd.), *Handbook of Self and Identity* (p. 68–90). Guilford Press.

Klein, S. B., & Gangi, C. E. (2010). The multiplicity of self: neuropsychological evidence and its implications for the self as a construct in psychological research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1191, 1-15.

Klein, S. B., & Lax, M. L. (2010). The unanticipated resilience of trait self-knowledge in the face of neural damage. *Memory*, 18(8), 918-948.

Köber, C. (2014). Autobiographical reasoning and well-being. In: *The self: from autobiographical memories to the life story. Theory and Psychopathologie*. Strasbourg, France.

Köber, C., & Habermas, T. (2016). The development of temporal macrostructure in life narratives across the lifespan. *Discourse Processes*. Advance online publication. doi:10.1080/0163853X.2015.1105619

Köber, C., Schmiedek, F., & Habermas, T. (2015). Characterizing lifespan development of three aspects of coherence in life narratives: A cohort-sequential study. *Developmental Psychology*, 51(2), 260-275.

Koenig-Flahaut, M., Castillo, M.-C., & Blanchet, A. (2012). Rémission, rétablissement et schizophrénie : vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie. *Bulletin de psychologie*, Numéro 514(4), 339-346.

Kraepelin, E. (1919). *Dementia Praecox*. New York, Robert, E., Krieger., 1971.

- Kreutz, G., Ott, U., Teichmann, D., Osawa, P., & Vaitl, D. (2007). Using music to induce emotions: Influences of musical preference and absorption. *Psychology of music*.
- Kuhn, M. H., & McPartland, T. S. (1954). An Empirical Investigation of Self-Attitudes. *American Sociological Review*, 19(1), 68-76.

L

- Lalanne, L., Van Assche, M., Wang, W., & Giersch, A. (2012). Looking forward: an impaired ability in patients with schizophrenia? *Neuropsychologia*, 50(12), 2736-2744.
- Leary, M. R., & Tangney, J. P. (2003). *Handbook of Self and Identity*. Guilford Press.
- Lencz, T., Smith, C. W., McLaughlin, D., Auther, A., Nakayama, E., Hovey, L., & Cornblatt, B. A. (2006). Generalized and specific neurocognitive deficits in prodromal schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 59(9), 863-871.
- Leroy, F., Pezard, L., Nandrino, J.-L., & Beaune, D. (2005). Dynamical quantification of schizophrenic speech. *Psychiatry Research*, 133(2-3), 159-171.
- Lépine, J.P., Piron, J.J., Chapotot, E. (1989). Factor analysis of the PANSS in schizophrenic patients. In: Stefanis CN, Soldatos CR, & Radavilas AD, editors. *Psychiatry today: accomplishments and promises*. Abstracts of the VIII World Congress of Psychiatry. Amsterdam: Excerpta Medica.[Abstract no. 3232].
- Levine, B., Svoboda, E., Hay, J. F., Winocur, G., & Moscovitch, M. (2002). Aging and autobiographical memory: Dissociating episodic from semantic retrieval. *Psychology and Aging*, 17(4), 677-689.
- Libby, L. K., & Eibach, R. P. (2002). Looking back in time: self-concept change affects visual perspective in autobiographical memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(2), 167-179.
- Lieberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256-272.
- Liddle, P. F. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *The British Journal of Psychiatry*, 151(2), 145-151.
- Lind, S. (2010). Memory and the self in autism: A review and theoretical framework. *Autism*.
- Lind, S. E., Williams, D. M., Bowler, D. M., & Peel, A. (2014). Episodic memory and episodic future thinking impairments in high-functioning autism spectrum disorder: An underlying difficulty with scene construction or self-projection? *Neuropsychology*, 28(1), 55-67.
- Locke, J. (1689). *Essais sur l'entendement humain*. Paris. Ellipses Marketing, 2004. 80p.
- Loftus, E. F. (1997). Creating false memories. *Scientific American*, 277(3), 70-75.
- Loevinger, J., & Loevinger, J. (1976). *Ego development: Conceptions and theories* (No. 04; BF175, L6.).

- Lysaker, P. H., & Buck, K. D. (2006). Narrative enrichment in the psychotherapy for persons with schizophrenia: a single case study. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(3), 233-247.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Carcione, A., Procacci, M., Salvatore, G., Nicolò, G., & Dimaggio, G. (2011). Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy for schizophrenia: A conceptual model of the key tasks and processes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., & Ringer, J. (2007). The recovery of metacognitive capacity in schizophrenia across 32 months of individual psychotherapy: A case study. *Psychotherapy Research*, 17(6), 713-720.
- Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J. K., Nicolò, G., Procacci, M., & Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 64-71.
- Lysaker, P. H., Clements, C. A., Plascak-Hallberg, C. D., Knipscheer, S. J., & Wright, D. E. (2002a). Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry*, 65(3), 197-206.
- Lysaker, P. H., Clements, C. A., Plascak-Hallberg, C. D., Knipscheer, S. J., & Wright, D. E. (2002b). Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry*, 65(3), 197-206.
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Eckert, G. J., Strasburger, A. M., Hunter, N. L., & Buck, K. D. (2005). Changes in narrative structure and content in schizophrenia in long term individual psychotherapy: a single case study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(5), 406-416.
- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Carcione, A., Procacci, M., Buck, K. D., Davis, L. W., & Nicolò, G. (2010). Metacognition and schizophrenia: The capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 124-130.
- Lysaker, P. H., Kukla, M., Belanger, E., White, D. A., Buck, K. D., Luther, L., ... Leonhardt, B. (2015). Individual Psychotherapy and Changes in Self-Experience in Schizophrenia: A Qualitative Comparison of Patients in Metacognitively Focused and Supportive Psychotherapy. *Psychiatry*, 78(4), 305-316.
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2010). Schizophrenia and alterations in self-experience: a comparison of 6 perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 331-340.
- Lysaker, P. H., Olesek, K. L., Warman, D. M., Martin, J. M., Salzman, A. K., Nicolò, G., ... Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia: correlates and stability of deficits in theory of mind and self-reflectivity. *Psychiatry Research*, 190(1), 18-22.
- Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A., & Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 271-276.

Lysaker, P. H., Tsai, J., Maulucci, A. M., & Stanghellini, G. (2008). Narrative accounts of illness in schizophrenia: association of different forms of awareness with neurocognition and social function over time. *Consciousness and Cognition*, 17(4), 1143-1151.

Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 194-200.

Lysaker, P. H., Wickett, A., & Davis, L. W. (2005). Narrative qualities in schizophrenia: associations with impairments in neurocognition and negative symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(4), 244-249.

Lysaker, P. H., Wickett, A. M., Campbell, K., & Buck, K. D. (2003). Movement towards coherence in the psychotherapy of schizophrenia: a method for assessing narrative transformation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(8), 538-541.

M

Mackinnon, A., & Mulligan, R. (2005). The estimation of premorbid intelligence levels in French speakers. *L'Encéphale*, 31(1 Pt 1), 31-43.

Mäki, P., Veijola, J., Jones, P. B., Murray, G. K., Koponen, H., Tienari, P., ... Isohanni, M. (2005). Predictors of schizophrenia--a review. *British Medical Bulletin*, 73-74, 1-15.

Markus, H., & Kunda, Z. (1986). Stability and malleability of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(4), 858-866.

Martin, B., Giersch, A., Huron, C., & van Wassenhove, V. (2013). Temporal event structure and timing in schizophrenia: preserved binding in a longer « now ». *Neuropsychologia*, 51(2), 358-371.

Matuszewski, V., Piolino, P., de la Sayette, V., Lalevée, C., Pélerin, A., Dupuy, B., ... Desgranges, B. (2006). Retrieval mechanisms for autobiographical memories: insights from the frontal variant of frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 44(12), 2386-2397.

McAdams, D. P. (1988). *Power, Intimacy, and the Life Story: Personological Inquiries Into Identity*. Guilford Press.

McAdams, D. P. (1993). *The Stories We Live by: Personal Myths and the Making of the Self*. Guilford Press.

McAdams, D. P. (1996). Personality, Modernity, and the Storied Self: A Contemporary Framework for Studying Persons. *Psychological Inquiry*, 7(4), 295-321.

McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 100-122.

McAdams, D. P., & Pals, J. L. (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61(3), 204-217.

- McAdams, D. P. (2013). The Psychological Self as Actor, Agent, and Author. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 8(3), 272-295.
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*, 2, 13.
- McKay, A. P., McKenna, P. J., Bentham, P., Mortimer, A. M., Holbery, A., & Hodges, J. R. (1996). Semantic memory is impaired in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 39(11), 929-937.
- McKinnon, M. C., Palombo, D. J., Nazarov, A., Kumar, N., Khuu, W., & Levine, B. (2014). Threat of death and autobiographical memory a study of passengers from flight AT236. *Clinical psychological science*, 2167702614542280.
- McLean, K. C. (2005). Late adolescent identity development: narrative meaning making and memory telling. *Developmental Psychology*, 41(4), 683-691.
- McLean, K. C. (2008). Stories of the young and the old: personal continuity and narrative identity. *Developmental Psychology*, 44(1), 254-264.
- McLean, K. C., & Mansfield, C. D. (2011). To reason or not to reason: is autobiographical reasoning always beneficial? *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2011(131), 85-97.
- McLean, K. C., & Pasupathi, M. (Éd.). (2010). *Narrative Development in Adolescence*. Boston, MA: Springer US.
- McLean, K. C., & Thorne, A. (2003). Late adolescents' self-defining memories about relationships. *Developmental Psychology*, 39(4), 635-645.
- Mehl, S., Rief, W., Mink, K., Lüllmann, E., & Lincoln, T. M. (2010). Social performance is more closely associated with theory of mind and autobiographical memory than with psychopathological symptoms in clinically stable patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 178(2), 276-283.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex « Frontal Lobe » Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100.
- Moe, A.M. & Docherty, N.M. (2014). Schizophrenia and the sense of self. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 161-168.
- Morgan, C., & Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 3-10.
- Moritz, S., Woodward, T. S., Cuttler, C., Whitman, J. C., & Watson, J. M. (2004). False Memories in Schizophrenia. *Neuropsychology*, 18(2), 276-283.

Moritz, S., Woodward, T. S., & Rodriguez-Raecke, R. (2006). Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them. *Psychological Medicine*, (5), 659–667

Moscovitch, M. (1995). Recovered consciousness: a hypothesis concerning modularity and episodic memory. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 17(2), 276-290.

N

Neisser, U. (1988). Five Kinds of Self-Knowledge. *Philosophical Psychology*, 1(1), 35–59.

Nelson, B., Parnas, J., & Sass, L. A. (2014). Disturbance of Minimal Self (Ipseity) in Schizophrenia: Clarification and Current Status. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 479-482.

Nelson, B., Thompson, A., & Yung, A. R. (2012). Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis « prodromal » population. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1277-1287.

Nelson, B., Thompson, A., & Yung, A. R. (2013). Not all first-episode psychosis is the same: preliminary evidence of greater basic self-disturbance in schizophrenia spectrum cases. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2), 200-204.

Neumann, A., Blairy, S., Lecompte, D., & Philippot, P. (2007). Specificity deficit in the recollection of emotional memories in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 16(2), 469-484.

Nieznanski, M. (2003). The self and schizophrenia: a cognitive approach. *Swiss Journal of Psychology*, 62(1), 45-51.

Nigro, G., & Neisser, U. (1983). Point of view in personal memories. *Cognitive Psychology*, 15(4), 467-482.

Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(3), 200-210.

Norman, R. M., & Malla, A. K. (1993). Stressful life events and schizophrenia. I: A review of the research. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 162, 161-166.

Northoff, G., & Bermpohl, F. (2004). Cortical midline structures and the self. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(3), 102-107.

Northoff, G., Heinzel, A., de Greck, M., Bermpohl, F., Dobrowolny, H., & Panksepp, J. (2006). Self-referential processing in our brain--a meta-analysis of imaging studies on the self. *NeuroImage*, 31(1), 440-457.

Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Green, M. F., Ventura, J., Asarnow, R. F., Gitlin, M. J., ... Mintz, J. (2011). Neurocognitive predictors of work outcome in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37 Suppl 2, S33-40.

O

Opler, M. G. A., Brown, A. S., Graziano, J., Desai, M., Zheng, W., Schaefer, C., ... Susser, E. S. (2004). Prenatal lead exposure, delta-aminolevulinic acid, and schizophrenia. *Environmental Health Perspectives*, 112(5), 548-552.

Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *Classification internationale des troubles mentaux et du comportement (CIM)*. 10ème révision. Masson : Paris.

Organisation Mondial de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde. Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Suisse.

Ottson, C. L., & Berntsen, D. (2014). The cultural life script of Qatar and across cultures: effects of gender and religion. *Memory*, 22(4), 390-407.

Ottson, C. L., & Berntsen, D. (2015). Prescribed journeys through life: Cultural differences in mental time travel between Middle Easterners and Scandinavians. *Consciousness and Cognition*, 37, 180-193.

Oyserman, D. (2001). Self-Concept and Identity. In A. Tesser & N. Schwarz (Éd.), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Intraindividual Processes* (p. 499-517). Blackwell Publishers Inc.

P

Palmer, B. W., Heaton, R. K., Paulsen, J. S., Kuck, J., Braff, D., Harris, M. J., ... Jeste, D. V. (1997). Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology*, 11(3), 437-446.

Palmier-Claus, J., Dunn, G., Drake, R., & Lewis, S. (2011). The negative and positive self: a longitudinal study examining self-esteem, paranoia and negative symptoms in individuals with first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(2), 150-155.

Palombo, D. J., Alain, C., Söderlund, H., Khuu, W., & Levine, B. (2015). Severely deficient autobiographical memory (SDAM) in healthy adults: A new mnemonic syndrome. *Neuropsychologia*, 72, 105-118

Pals, J. L. (2006). Narrative Identity Processing of Difficult Life Experiences: Pathways of Personality Development and Positive Self-Transformation in Adulthood. *Journal of Personality*, 74(4), 1079-1110.

Parker, S., Wells, A., & Morrison, A. P. (2014). Metacognitive change as a predictor of outcome in cognitive therapy for psychosis. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(1), 8-16.

Parnas, J., & Handest, P. (2003). Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), 121-134.

- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38(5), 236-258.
- Parnas, J., Raballo, A., Handest, P., Jansson, L., Vollmer-Larsen, A., & Saebye, D. (2011). Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(3), 200-204.
- Pasupathi, M. (2007). Telling and the remembered self: linguistic differences in memories for previously disclosed and previously undisclosed events. *Memory*, 15(3), 258-270.
- Pasupathi, M., Lucas, S., & Coombs, A. (2002). Conversational Functions of Autobiographical Remembering: Long-Married Couples Talk About Conflicts and Pleasant Topics. *Discourse Processes*, 34(2), 163-192.
- Pasupathi, M., & Mansour, E. (2006). Adult age differences in autobiographical reasoning in narratives. *Developmental Psychology*, 42(5), 798-808.
- Pennebaker, J. W., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: the health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243-1254.
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1997). *Structured interview for dsm-iv personality: Sidp-iv*. American Psychiatric Pub.
- Philips, J. (2002). Schizophrenia and the narrative self. In T. Kircher & A. David (Ed), *The Self in Neuroscience and Psychiatry* (p. 319-357). Cambridge University Press.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32(5), 763-782.
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R. E., Lebow, J. L., Knobloch-Fedders, L. M., Durbin, E., Chambers, A., ... Friedman, G. (2009). Laying the foundation for progress research in family, couple, and individual therapy: The development and psychometric features of the initial systemic therapy inventory of change. *Psychotherapy Research*, 19(2), 143-156.
- Piolino, P., Chételat, G., Matuszewski, V., Landeau, B., Mézenge, F., Viader, F., ... Desgranges, B. (2007). In search of autobiographical memories: A PET study in the frontal variant of frontotemporal dementia. *Neuropsychologia*, 45(12), 2730-2743.
- Piolino, P., Coste, C., Martinelli, P., Macé, A.-L., Quinette, P., Guillery-Girard, B., & Belleville, S. (2010). Reduced specificity of autobiographical memory and aging: do the executive and feature binding functions of working memory have a role? *Neuropsychologia*, 48(2), 429-440.
- Piolino P Desgranges B & Eustache F (2000) *La mémoire autobiographique : Théorie et pratique* (Marseille : Solal).

Piolino, P., Desgranges, B., Clarys, D., Guillery-Girard, B., Taconnat, L., Isingrini, M., & Eustache, F. (2006). Autobiographical memory, auto-noetic consciousness, and self-perspective in aging. *Psychology and Aging*, 21(3), 510-525.

Potheegadoo, J., Berna, F., Cuervo-Lombard, C., & Danion, J.-M. (2013). Field visual perspective during autobiographical memory recall is less frequent among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 150(1), 88-92.

Potheegadoo, J., Cordier, A., Berna, F., & Danion, J.-M. (2014). Effectiveness of a specific cueing method for improving autobiographical memory recall in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 152(1), 229-234.

Potheegadoo, J., Cuervo-Lombard, C., Berna, F., & Danion, J.-M. (2012). Distorted perception of the subjective temporal distance of autobiographical events in patients with schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 21(1), 90-99.

Prebble, S. C., Addis, D. R., & Tippett, L. J. (2013). Autobiographical memory and sense of self. *Psychological Bulletin*, 139(4), 815-840.

Pressman, D. L., & Bonanno, G. A. (2007). With whom do we grieve? Social and cultural determinants of grief processing in the United States and China. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(5), 729-746.

R

Raballo, A., & Parnas, J. (2011). The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. *Schizophrenia Bulletin*, 37(5), 1017-1026.

Rabinowitz, J., Levine, S. Z., Haim, R., & Häfner, H. (2007). The course of schizophrenia: progressive deterioration, amelioration or both? *Schizophrenia Research*, 91(1-3), 254-258.

Raes, F., Hermans, D., de Decker, A., Eelen, P., & Mark, J. (2003). Autobiographical memory specificity and affect regulation: An experimental approach. *Emotion*, 3(2), 201-206.

Raffard, S., & Bayard, S. (2012). Understanding the executive functioning heterogeneity in schizophrenia. *Brain and Cognition*, 79(1), 60-69.

Raffard, S., Bortolon, C., D'Argembeau, A., Gardes, J., Gely-Nargeot, M.-C., Capdevielle, D., & Van der Linden, M. (2016). Projecting the self into the future in individuals with schizophrenia: a preliminary cross-sectional study. *Memory*, 24(6), 826-837.

Raffard, S., D'Argembeau, A., Bayard, S., Boulenger, J.-P., & Van der Linden, M. (2010). Scene construction in schizophrenia. *Neuropsychology*, 24(5), 608-615.

Raffard, S., D'Argembeau, A., Lardi, C., Bayard, S., Boulenger, J.-P., & Van Der Linden, M. (2009). Exploring self-defining memories in schizophrenia. *Memory*, 17(1), 26-38.

Raffard, S., D'Argembeau, A., Lardi, C., Bayard, S., Boulenger, J.-P., & Van der Linden, M. (2010). Narrative identity in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 19(1), 328-340.

- Raffard, S., Esposito, F., Boulenger, J.-P., & Van der Linden, M. (2013). Impaired ability to imagine future pleasant events is associated with apathy in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 209(3), 393-400.
- Rathbone, C. J., Moulin, C. J. A., & Conway, M. A. (2008). Self-centered memories: the reminiscence bump and the self. *Memory & Cognition*, 36(8), 1403-1414.
- Reichenberg, A., & Harvey, P. D. (2007). Neuropsychological impairments in schizophrenia: Integration of performance-based and brain imaging findings. *Psychological Bulletin*, 133(5), 833-858.
- Ricarte, J. J., Hernández, J. V., Latorre, J. M., Danion, J. M., & Berna, F. (2014). Rumination and autobiographical memory impairment in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 160(1-3), 163-168.
- Ricarte, J. J., Hernández-Viadel, J. V., Latorre, J. M., & Ros, L. (2012). Effects of event-specific memory training on autobiographical memory retrieval and depressive symptoms in schizophrenic patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43 Suppl 1, S12-20.
- Ricoeur, P. (1990) *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil.
- Ricoeur, P. (1991) *Temps et récits*. Tomes 1 à 3. Paris, Points Essais.
- Riutort, M., Cuervo, C., Danion, J.-M., Peretti, C. S., & Salamé, P. (2003). Reduced levels of specific autobiographical memories in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 117(1), 35-45.
- Robinson, J. A., & Swanson, K. L. (1993). Field and observer modes of remembering. *Memory*, 1(3), 169-184.
- Roe, D., & Davidson, L. (2005). Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story. *Medical Humanities*, 31(2), 89-94.
- Roediger, H. L., & McDermott, K. B. (1995). Creating false memories: Remembering words not presented in lists. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 21(4), 803-814
- Rogers, T. B., Kuiper, N. A., & Kirker, W. S. (1977). Self-reference and the encoding of personal information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(9), 677-688.
- Rose Addis, D., & Tippett, L. (2004). Memory of myself: Autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory*, 12(1), 56-74.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press Princeton, NJ.
- Ross, M., & Wang, Q. (2010). Why We Remember and What We Remember: Culture and Autobiographical Memory. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4), 401-409.
- Rubin, D. C., & Berntsen, D. (s. d.). Life scripts help to maintain autobiographical memories of highly positive, but not highly negative, events. *Memory & Cognition*, 31(1), 1-14.

Rubin, D. C., Groth, E., & Goldsmith, D. J. (1984). Olfactory cuing of autobiographical memory. *The American Journal of Psychology*, 97(4), 493-507.

Rybarczyk, B., & Bellg, A. (1997). *Listening to life stories: A new approach to stress intervention in health care* (Vol. xviii). New York, NY, US: Springer Publishing Co.

S

Saavedra, J., Cubero, M., & Crawford, P. (2009). Incomprehensibility in the narratives of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Qualitative Health Research*, 19(11), 1548-1558.

Sass, L. A. (2014a). Altération du self et schizophrénie : structure, spécificité, pathogénèse. *Recherches en psychanalyse*, (16), 111-126.

Sass, L. A. (2014b). Self-disturbance and schizophrenia: structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). *Schizophrenia Research*, 152(1), 5-11.

Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444.

Sass, L., Parnas, J., & Zahavi, D. (2011). Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(1), 1-23.

Saykin, A. J., Shtasel, D. L., Gur, R. E., Kester, D. B., Mozley, L. H., Stafiniak, P., & Gur, R. C. (1994). Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 51(2), 124-131.

Schacter, D. L., & Addis, D. R. (2007). The cognitive neuroscience of constructive memory: remembering the past and imagining the future. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 362(1481), 773-786

Schacter, D. L., Addis, D. R., Hassabis, D., Martin, V. C., Spreng, R. N., & Szpunar, K. K. (2012). The Future of Memory: Remembering, Imagining, and the Brain. *Neuron*, 76(4).

Scharfetter, C. (1996). *The Self-experience of Schizophrenics. Empirical Studies of the Ego/Self in Schizophrenia, Borderline Disorders and Depression*, 2nd edn. Zürich: University of Zürich.

Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 238-261.

Shields, J., Gottesman, I. I., & Slater, E. (1967). Kallmann's 1946 schizophrenic twin study in the light of new information. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(4), 385-396.

Silverstein, M. L., Mavrolefteros, G., & Close, D. (2002). Premorbid adjustment and neuropsychological performance in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 157-165.

- Singer, J. A. (1995). Seeing one's self: locating narrative memory in a framework of personality. *Journal of Personality*, 63(3), 429-457.
- Singer, J. A. (2005). *Memories that Matter: How to Use Self-defining Memories to Understand & Change Your Life*. New Harbinger Publications.
- Singer, J. A., & Moffitt, K. H. (1992). An Experimental Investigation of Specificity and Generality in Memory Narratives. *Imagination, Cognition and Personality*, 11(3), 233-257.
- Singer, J. A., & Salavey, P. (1993). The remembered self: emotion and memory. In *personality*. New York, NY: Free Press.
- Smith, B., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P., ... Kuipers, E. (2006). Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 86(1-3), 181-188.
- Smith, E. R., & Mackie, D. M. (2000). *Social Psychology*. Psychology Press.
- Smorti, A., Risaliti, F., Pananti, B., & Cipriani, V. (2008). Autobiography as a tool for self-construction: a study of patients with mental disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(7), 531-537.
- Soumet-Leman, C. (2011). Impacts d'un travail d'histoire de vie sur la prise en charge d'un patient psychotique. *Le Journal des psychologues*, n°289(6), 26-30.
- Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 327-336.
- Stanghellini, G., Ballerini, M., Blasi, S., Mancini, M., Presenza, S., Raballo, A., & Cutting, J. (2014). The bodily self: A qualitative study of abnormal bodily phenomena in persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1703-1711.
- Stinson, D. A., Wood, J. V., & Doxey, J. R. (2008). In search of clarity: self-esteem and domains of confidence and confusion. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 34(11), 1541-1555.
- Stirling, J. D., Hellewell, J. S. E., & Hewitt, J. (1997). Verbal memory impairment in schizophrenia: no sparing of short-term recall. *Schizophrenia Research*, 25(2), 85-95.
- Suddendorf, T. (2010). Linking yesterday and tomorrow: preschoolers' ability to report temporally displaced events. *The British Journal of Developmental Psychology*, 28(Pt 2), 491-498.
- Suddendorf, T., & Corballis, M. C. (1997). Mental time travel and the evolution of the human mind. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 123(2), 133-167.
- Suddendorf, T., & Corballis, M. C. (2007). The evolution of foresight: What is mental time travel, and is it unique to humans? *The Behavioral and Brain Sciences*, 30(3), 299-313-351.
- Suddendorf, T., Nielsen, M., & von Gehlen, R. (2011). Children's capacity to remember a novel problem and to secure its future solution. *Developmental Science*, 14(1), 26-33.

Sullivan, P. F., Kendler, K. S., & Neale, M. C. (2003). Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Archives of General Psychiatry*, 60(12), 1187-1192.

Sullivan, E. V., Shear, P. K., Zipursky, R. B., Sagar, H. J., & Pfefferbaum, A. (1997). Patterns of content, contextual, and working memory impairments in schizophrenia and nonamnesic alcoholism. *Neuropsychology*, 11(2), 195-206.

Susser, E., Neugebauer, R., Hoek, H. W., Brown, A. S., Lin, S., Labovitz, D., & Gorman, J. M. (1996). Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence. *Archives of General Psychiatry*, 53(1), 25-31.

Sutin, A. R., & Robins, R. W. (2010). Correlates and phenomenology of first and third person memories. *Memory*, 18(6), 625-637.

Szpunar, K. K., Watson, J. M., & McDermott, K. B. (2007). Neural substrates of envisioning the future. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(2), 642-647.

T

Talarowska, M., Berk, M., Maes, M., & Gálecki, P. (2016). Autobiographical memory dysfunctions in depressive disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(2), 100-108.

Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, « just the facts » 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 1-23.

Tanweer, T., Rathbone, C. J., & Souchay, C. (2010). Autobiographical memory, auto-noetic consciousness, and identity in Asperger syndrome. *Neuropsychologia*, 48(4), 900-908.

Thomas, H. B. (1990). Linguistics of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 157, 621-622.

Thomsen, D. K. (2009). There is more to life stories than memories. *Memory*, 17(4), 445-457.

Thomsen, D. K., & Berntsen, D. (2008). The cultural life script and life story chapters contribute to the reminiscence bump. *Memory*, 16(4), 420-435.

Thomsen, D. K., Pillemer, D. B., & Ivcevic, Z. (2011). Life story chapters, specific memories and the reminiscence bump. *Memory*, 19(3), 267-279.

Thomsen, D. K., Steiner, & Pillemer, D. (2016). Writing life stories increases self-esteem: An experimental study. In: *Travelling in time*. Aarhus, Denmark.

Tonkin, E. (1995). *Narrating Our Pasts: The Social Construction of Oral History*. Cambridge University Press.

Townsend, L. A., Malla, A. K., & Norman, R. M. G. (2001). Cognitive functioning in stabilized first-episode psychosis patients. *Psychiatry Research*, 104(2), 119-131.

Troll, L. E., & Skaff, M. M. (1997). Perceived continuity of self in very old age. *Psychology and Aging, 12*(1), 162-169.

Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 26*(1), 1-12.

Tulving, E. (1987). Multiple memory systems and consciousness. *Human Neurobiology, 6*(2), 67-80.

Tulving, E. (1993). What Is Episodic Memory? *Current Directions in Psychological Science, 2*(3), 67-70.

Tulving, E. (2002). Episodic memory: from mind to brain. *Annual Review of Psychology, 53*, 1-25.

V

Van Donkersgoed, R. J. M., De Jong, S., Van der Gaag, M., Aleman, A., Lysaker, P. H., Wunderink, L., & Pijnenborg, G. H. M. (2014). A manual-based individual therapy to improve metacognition in schizophrenia: protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry, 14*, 27.

van Minnen, A., Wessel, I., Dijkstra, T., & Roelofs, K. (2002). Changes in PTSD patients' narratives during prolonged exposure therapy: a replication and extension. *Journal of Traumatic Stress, 15*(3), 255-258.

van Os, J., Kenis, G., & Rutten, B. P. F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature, 468*(7321), 203-212.

van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine, 39*(2), 179-195.

van Os, J., & Selten, J. P. (1998). Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. The May 1940 invasion of The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 172*, 324-326.

Vandekerckhove, M., & Panksepp, J. (2009). The flow of anoetic to noetic and auto-noetic consciousness: a vision of unknowing (anoetic) and knowing (noetic) consciousness in the remembrance of things past and imagined futures. *Consciousness and Cognition, 18*(4), 1018-1028.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 661-671.

Velligan, D. I., & Bow-Thomas, C. C. (1999). Executive function in schizophrenia. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 4*(1), 24-33.

Velligan, D. I., Bow-Thomas, C. C., Huntzinger, C., Ritch, J., Ledbetter, N., Prihoda, T. J., & Miller, A. L. (2000). Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1317-1323.

Velligan, D. I., Bow-Thomas, C. C., Mahurin, R. K., Miller, A. L., & Halgunseth, L. C. (2000). Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in schizophrenia? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(8), 518-524.

Velligan, D. I., Diamond, P. M., Maples, N. J., Mintz, J., Li, X., Glahn, D. C., & Miller, A. L. (2008). Comparing the efficacy of interventions that use environmental supports to improve outcomes in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 312-319.

Venneri, A., Bartolo, A., McCrimmon, S., & St Clair, D. (2002). Memory and dating of past events in schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 8(6), 861-866.

Verdoux, H., & van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54(1-2), 59-65.

Voltzenlogel, V., Ernst, A., de Sèze, J., Brassat, D., Manning, L., Berna, F. (2016). Giving meaning to illness: an investigation of self-defining memories in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis patients. *Consciousness and Cognition*. In revision

Vygotsky, L. S., & Cole, M. (1978). *Mind in Society*. Harvard University Press.

W

Wang, Q., & Brockmeier, J. (2002). Autobiographical Remembering as Cultural Practice: Understanding the Interplay between Memory, Self and Culture. *Culture & Psychology*, 8(1), 45-64.

Wang, Q., & Conway, M. A. (2004). The Stories We Keep: Autobiographical Memory in American and Chinese Middle-Aged Adults. *Journal of Personality*, 72(5), 911-938.

Waters, T. E. A., Shallcross, J. F., & Fivush, R. (2013). The many facets of meaning making: Comparing multiple measures of meaning making and their relations to psychological distress. *Memory*, 21(1), 111-124.

Wechsler D. WAIS-III. Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes (Troisième édition) ECPA, Paris (2000)

Westmacott, R., Leach, L., Freedman, M., & Moscovitch, M. (2001). Different patterns of autobiographical memory loss in semantic dementia and medial temporal lobe amnesia: a challenge to consolidation theory. *Neurocase*, 7(1), 37-55.

Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology*, 56(3), 417-427.

Wheeler, M. A., Stuss, D. T., & Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: the frontal lobes and auto-noetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121(3), 331-354.

White, M. (2009). *Cartes des pratiques narratives*. Satas.

White, M. & Epton, D. (1990). *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Broché.

Williams, J. M. G. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition & Emotion*, 20(3-4), 548-568.

Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148.

Williams, H. C., Conway, M. A., & Cohen, G. (2008). Autobiographical Memory. In G. Cohen & M.A. Conway (Eds), *Memory in the real world* (3rd Edition). London: Psychology Press (pp. 21-90).

Williams, J. M., Healy, H. G., & Ellis, N. C. (1999). The effect of imageability and predicability of cues in autobiographical memory. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology. A, Human Experimental Psychology*, 52(3), 555-579.

Wilson, A., & Ross, M. (2003). The identity function of autobiographical memory: Time is on our side. *Memory*, 11(2), 137-149.

Wingard, B., & Lester, J. (2001). *Telling Our Stories in Ways that Make Us Stronger*. Dulwich Centre Publications.

Wong, Q., & Ross, M. (2007) Culture and memory. In H.Kitayama & D. Cohen (Eds). *Handbook of Cultural Psychology* (pp 645-667). New York: Guilford Publicaters

Wu, Y., Yao, Y.-G., & Luo, X.-J. (2016). SZDB: A Database for Schizophrenia Genetic Research. *Schizophrenia Bulletin*.

Y

Yoo, T., Kim, S.-W., Kim, S.-Y., Lee, J.-Y., Kang, H.-J., Bae, K.-Y., ... Yoon, J.-S. (2015). Relationship between Suicidality and Low Self-esteem in Patients with Schizophrenia. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience: The Official Scientific Journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 13(3), 296-301.

Z

Zahavi, D. (2005) *Subjectivity and Selfhood investifating the first person perspective*. Cambridge, MA: MIT Press

Zalla, T., Bouchilloux, N., Labruyere, N., Georgieff, N., Bougerol, T., & Franck, N. (2006). Impairment in event sequencing in disorganised and non-disorganised patients with schizophrenia. *Brain Research Bulletin*, 68(4), 195-202.

ANNEXES

Annexe 1 : Échelle d'Estime de Soi (Rosenberg 1965)

Traduction de l'échelle: "Rosenberg's Self-Esteem scale", 1965
 par Évelyne F. Vallières et Robert J. Vallerand, 1990
International Journal of Psychology 25, 305-316

Description de l'échelle

Cette échelle représente une validation transculturelle du Rosenberg Self-Esteem Scale publié en 1965. Elle représente une évaluation de l'estime de soi globale que la personne peut avoir d'elle-même. L'échelle comprend 10 énoncés mesurés sur une échelle de 1 à 4.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			
3. Tout bien considéré, je suis porté-e à me considérer comme un-e raté-e.			
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.			
5. Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.			
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.			
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.			
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			
10. Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.			

Annexe 2 : Questionnaire de Pratiques Biographiques (Habermas *et al.*, 2008)

A quelle fréquence exercez-vous les activités suivantes ?

Ecrire des poèmes sur ses propres sentiments

jamais rarement de temps en temps souvent toujours
0 - - - 1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8

Écrire un journal intime

jamais rarement de temps en temps souvent toujours
0 - - - 1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8

Dessiner ou peindre des images

jamais rarement de temps en temps souvent toujours
0 - - - 1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8

Lire d'anciennes lettres

jamais rarement de temps en temps souvent toujours
0 - - - 1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8

Regarder d'anciennes photos

jamais rarement de temps en temps souvent toujours
0 - - - 1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8

Lire une biographie

jamais rarement de temps en temps souvent toujours
 0 - - - 1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8

Écrire des choses personnelles sur internet

jamais rarement de temps en temps souvent toujours
 0 - - - 1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8

Parler de problèmes avec un bon ami

jamais rarement de temps en temps souvent toujours
 0 - - - 1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8

Parler de problèmes avec une bonne amie

jamais rarement de temps en temps souvent toujours
 0 - - - 1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8

Parler de problèmes avec mon père

jamais rarement de temps en temps souvent toujours
 0 - - - 1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8

Parler de problèmes avec ma mère

jamais rarement de temps en temps souvent toujours
 0 - - - 1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8

Annexe 3 : Questionnaire d'Orientation de Vie

Voici une série de questions relatives à divers aspects de votre vie.

Chaque question a 7 réponses possibles.

Veuillez entourer le chiffre qui reflète votre réponse, étant donné que les chiffres 1 et 7 expriment les réponses extrêmes.

Si les mots sous le chiffre 1 sont « justes » pour vous, entourez 1, ou si les mots sous le chiffre 7 sont « justes » pour vous, entourez le chiffre 7.

Si vous sentez les choses différemment, entourez le chiffre qui exprime le mieux votre sentiment. Veuillez donner une seule réponse par question.

1.r) Quand vous parlez aux gens, avez-vous le sentiment qu'ils ne vous comprennent pas ?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Je n'éprouve jamais ce sentiment</i>						<i>J'éprouve toujours ce sentiment</i>

2) Dans le passé, quand vous avez eu à faire quelque chose basé sur la coopération avec les autres, avez-vous eu le sentiment que cela ...

1	2	3	4	5	6	7
<i>N'irait certainement pas</i>						<i>Irait certainement</i>

3) Pensez aux gens avec qui vous êtes en contact quotidiennement, en mettant de côté ceux avec qui vous vous sentez très proches. A quel point connaissez-vous la plupart d'entre eux ?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Vous avez l'impression qu'ils sont des étrangers</i>						<i>Vous les connaissez très bien</i>

4.r) Avez-vous l'impression de ne pas réellement prêter attention à ce qui se passe autour de vous ?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Très rarement ou jamais</i>						<i>Très souvent</i>

5.r) Est-il arrivé dans le passé que vous ayez été surpris par le comportement de gens que vous pensiez bien connaître ?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Jamais arrivé</i>						<i>Toujours arrivé</i>

6.r) Est-il arrivé que les gens sur lesquels vous comptiez vous déçoivent ?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Jamais arrivé</i>						<i>Toujours arrivé</i>

7.r) La vie est :

1	2	3	4	5	6	7
<i>Pleine d'intérêt</i>						<i>Tout à fait routinière</i>

8) Jusque maintenant, votre vie s'est déroulée :

1	2	3	4	5	6	7
<i>Sans buts ni projets précis</i>						<i>Selon des buts et des projets précis</i>

9) Avez-vous le sentiment d'être traité(e) injustement ?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Très souvent</i>						<i>Très rarement ou jamais</i>

10) Ces dix dernières années, votre vie a été :

1	2	3	4	5	6	7
<i>Pleine de changements sans savoir ce qui allait arriver après</i>						<i>Tout à fait cohérente et claire</i>

11.r) La plupart des choses que vous ferez dans le futur seront probablement :

1	2	3	4	5	6	7
<i>Tout à fait attirantes</i>						<i>Mortellement ennuyeuses</i>

12) Avez-vous l'impression d'être dans une situation peu familière et de ne pas savoir quoi faire ?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Très souvent</i>						<i>Très rarement ou jamais</i>

13.r) Qu'est ce qui décrit le mieux la manière dont vous concevez la vie ?

1	2	3	4	5	6	7
<i>On peut toujours trouver une solution aux choses pénibles de la vie</i>						<i>Il n'y a pas de solution aux choses pénibles de la vie</i>

14.r) Quand vous pensez à votre vie, très souvent, vous

1	2	3	4	5	6	7
<i>Réalisez combien il est bon d'être en vie</i>						<i>Vous vous demandez pourquoi vous existez en fin de compte</i>

15) Quand vous affrontez un problème, le choix d'une solution est

1	2	3	4	5	6	7
<i>Toujours confus et difficile à trouver</i>						<i>Toujours parfaitement clair</i>

16.r) Faire les choses que vous accomplissez chaque jour est

1	2	3	4	5	6	7
<i>Une source de plaisir profond et de satisfaction</i>						<i>Une source de douleur et d'ennui</i>

17) Votre vie dans le futur sera probablement

1	2	3	4	5	6	7
<i>Pleine de changements sans savoir ce qui va arriver après</i>						<i>Tout à fait cohérente et claire</i>

18) Quand quelque chose de déplaisant vous arrivait dans le passé, votre réaction était de

1	2	3	4	5	6	7
<i>Vous « ronger d'inquiétude » à ce propos</i>						<i>Vous dire « ok c'est comme ça, je dois faire avec » et de continuer</i>

19) Avez-vous beaucoup de sentiments et d'idées confuses ?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Très souvent</i>						<i>Très rarement ou jamais</i>

20.r) Quand vous faites quelque chose qui vous procure une bonne impression

1	2	3	4	5	6	7
<i>Il est certain que vous continuerez à vous sentir bien</i>						<i>Il est certain que quelque chose viendra gâcher ce sentiment</i>

21) Vous arrive-t-il d'avoir des sentiments que vous préféreriez ne pas ressentir ?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Très souvent</i>						<i>Très rarement ou jamais</i>

22) Vous anticipez que dans le futur, votre vie privée sera :

1	2	3	4	5	6	7
<i>Absolument sans aucun sens ni projet</i>						<i>Pleins de sens et de projets</i>

23.r) Pensez-vous que, dans le futur, il y aura toujours des gens sur qui vous pourrez compter ?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Vous êtes certain(e) qu'il y en aura</i>						<i>Vous doutez qu'il y en ait</i>

24) Vous arrive-t-il d'avoir le sentiment de ne pas savoir exactement ce qui est en train de se passer ?

1	2	3	4	5	6	7
<i>Très souvent</i>						<i>Très rarement ou jamais</i>

Annexe 4 : Evaluation des événements de vie

Évènement de vie n°

Mon âge au moment de l'événement :

Mon souvenir de l'événement est

Vague 1 2 3 4 5 6 7 *Très détaillé*

L'ambiance générale du souvenir est

Négative 1 2 3 4 5 6 7 *Positive*

Mes sentiments au moment de l'événement étaient

Négatifs 1 2 3 4 5 6 7 *Positifs*

Mes sentiments au moment de l'événement étaient

Pas Intenses 1 2 3 4 5 6 7 *Très Intenses*

Lorsque je me souviens de l'événement maintenant, mes sentiments sont

Négatifs 1 2 3 4 5 6 7 *Positifs*

Lorsque je me souviens de l'événement maintenant, mes sentiments sont

Pas Intenses 1 2 3 4 5 6 7 *Très Intenses*

Dans cet événement, j'étais

Spectateur 1 2 3 4 5 6 7 *Participant*

A cette époque, il m'a semblé que cet événement pourrait avoir des conséquences importantes

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 *Tout à fait*

En regardant en arrière, l'événement a vraiment eu des conséquences importantes

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 *Tout à fait*

Perspective visuelle du souvenir :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acteur <i>je vois la scène de mes propres yeux comme lors de l'événement initial</i>	Les deux	Spectateur <i>je me vois dans la scène comme si une caméra filmaient ce qui se passait</i>

Etats subjectif de conscience

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me rappelle	Je sais	Je suppose

Je ressens que cet événement est devenu une partie de mon identité.

Complètement en désaccord 1 2 3 4 5 Complètement d'accord

Cet événement est devenu un point de référence pour ma manière de me comprendre moi-même et de comprendre le monde

Complètement en désaccord 1 2 3 4 5 Complètement d'accord

Je ressens que cet événement est devenu une partie centrale de mon histoire de vie.

Complètement en désaccord 1 2 3 4 5 Complètement d'accord

Cet événement a coloré ma façon de penser et de ressentir d'autres expériences)

Complètement en désaccord 1 2 3 4 5 Complètement d'accord

Cet événement a changé ma vie de façon définitive

Complètement en désaccord	1	2	3	4	5	Complètement d'accord
------------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Je pense souvent aux effets que cet événement aura sur mon futur.

Complètement en désaccord	1	2	3	4	5	Complètement d'accord
------------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Cet événement était un tournant dans ma vie.

Complètement en désaccord	1	2	3	4	5	Complètement d'accord
------------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Je ressens que cet événement deviendra une partie centrale de mon histoire de vie

Complètement en désaccord	1	2	3	4	5	Complètement d'accord
------------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Cet événement colorera ma façon de penser et de ressentir d'autres expériences

Complètement en désaccord	1	2	3	4	5	Complètement d'accord
------------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Cet événement changera ma vie de façon définitive

Complètement en désaccord	1	2	3	4	5	Complètement d'accord
------------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Cet événement sera un tournant dans ma vie

Complètement en désaccord	1	2	3	4	5	Complètement d'accord
------------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Mélissa ALLÉ

**EXPLORATION DE LA CONTINUITÉ DE SOI DANS LA SCHIZOPHRÉNIE AU
TRAVERS DES RECITS DE VIE DE PATIENTS**

Résumé

L'objectif de nos travaux de thèse était de mieux comprendre les troubles de l'identité dans la schizophrénie, et en particulier les perturbations du sentiment de continuité de soi dans le temps. Dans ce but, nos recherches ont consisté en une analyse exhaustive de la cohérence narrative de récits de vie recueillis auprès de patients schizophrènes stabilisés. Nos résultats mettent en évidence un défaut de raisonnement autobiographique au sein des récits de patients accompagné de perturbations de la cohérence temporelle. Ces altérations sont liées aux déficits exécutifs des patients d'une part et à la diminution de leur sentiment subjectif de cohérence personnelle d'autre part. Nos résultats vont dans le sens d'une dysconnexion entre le *self* et la mémoire autobiographique dans la schizophrénie conduisant à une perturbation du sentiment de continuité de soi dans le temps. Nous concluons notre travail en développant des applications cliniques et thérapeutiques en vue d'aider les patients à recréer un récit cohérent de leur vie et tenter de renforcer leur sentiment de continuité de soi.

Mots clés : Schizophrénie, Continuité de soi, Récit de vie, Mémoire autobiographique, Raisonnement autobiographique

Abstract

The purpose of this project was to better understand disorders of the self in schizophrenia, and more particularly impairments of the sense of self-continuity observed in these patients. In order to do so, we deeply investigated narrative coherence of stabilized patients' life stories. Our analyses showed a lack of autobiographical reasoning within patients' narratives and a decreased of temporal coherence. Those impairments were related to patients' executive dysfunction and to their subjective feeling of less coherent life. Our results suggest a disconnection between the self and autobiographical memory in schizophrenia leading to an impoverishment of the sense of self-continuity across time in those patients. To go further, clinical and therapeutic applications could ensue from our work. Indeed, it would be possible to help patients creating new and more coherent life stories through psychotherapy and by this way help them to retrieve a sense of self-continuity.

Keywords: Schizophrenia, Self-continuity, Life story, Autobiographical memory, Autobiographical reasoning