

Schizotypy and/or neurosis: the place of deemed psychotic experiences

Renaud Evrard

Les expériences réputées psychotiques dans la population générale

Des études épidémiologiques et psychométriques anciennes et récentes ont cherché à savoir si on pouvait déceler des processus psychotiques dans toute la population, c'est-à-dire chez des individus qui n'étaient pas nécessairement suivis en psychiatrie. Elles ont mis en évidence la présence sous-estimée d'hallucinations et de délires chez de nombreux individus restant sous le seuil de la psychose clinique.

La première tentative systématique de déterminer si les hallucinations pouvaient survenir chez les personnes ne souffrant pas de maladie mentale ou physique fut réalisée en Grande-Bretagne à la fin du XIX^e siècle par la *Society for Psychical Research* (SPR) de Londres (Le Maléfan, 2008a, 2008b). Dans l'étude connue sous le nom de *Census of hallucinations* (Sidwick et al., 1894), un total de 15 000 hommes et femmes répondirent à cette question : « Avez-vous déjà eu l'impression vivace de voir, de sentir ou d'entendre quelque chose qui, autant que vous puissiez le découvrir, n'était due à aucune cause extérieure ? » Au sein de l'échantillon total, 7,8 % des hommes et 12 % des femmes ont signalé au moins une expérience hallucinatoire ayant l'aspect de la réalité, le type le plus commun étant l'hallucination visuelle d'une personne vivante qui n'était pas présente au moment de l'expérience. Des hallucinations au contenu religieux ou paranormal ont aussi été répertoriées, et on a trouvé que les hallucinations auditives étaient moins communes que les hallucinations visuelles.

Au final, le *Census of hallucinations* obtint des réponses affirmatives auprès d'environ 1 personne sur 10. Il est très étonnant de voir que les résultats de cette étude ont résisté à l'épreuve du temps, puisqu'ils ont été confirmés par plusieurs études récentes (Tien, 1991 ; Johns et al., 2004). Les *expériences réputées psychotiques* ainsi mises en évidence apparaissent comme des formes atténuées des hallucinations et délires habituellement attribués à la psychose, et en particulier sous la forme de croyances paranormales et d'expériences exceptionnelles, comme la sortie hors du corps ou l'impression d'un transfert de pensée. Cette catégorie des expériences réputées psychotiques en vient à recouvrir toutes les croyances et toutes les expériences dites *bizarres* ou *inhabituelles*, avec tout le relativisme contenu dans cette appréciation.

Le modèle de la schizotypie

Si on suit la critériologie du DSM-IV-R (APA, 1998), de telles expériences seraient des signes d'une forme de schizophrénie, c'est-à-dire d'un trouble mental grave et déficitaire d'origine génétique et neurologique. Mais la prévalence de la schizophrénie dans la population générale est au moins dix fois moindre que celle de ces expériences (Belz, 2009), ce qui rend suspect la généralisation de ce repérage de schizophrénies. Les chercheurs contemporains sont donc parvenus à un constat (Van Os et al., 2009) : leurs modèles de la psychose ne rendent pas compte de toutes ces personnes qui hallucinent et délirent.

Cette situation problématique a encouragé le développement de modèles psychologiques de la psychose se posant comme des alternatives aux modèles biomédicales (Garety et al., 2001 ; Morrison & Petersen, 2003). Pour ces modèles psychologiques, la psychose est avant tout du ressort de la psychologie et de la psychothérapie, en dépit de ses corrélats biologiques. L'hallucination et le délire seraient des « phénomènes psychologiques » pouvant intégrer la vie mentale normale (Bentall, 2000). Depuis toujours, des psychanalystes ont défendu ce type de point de vue. Il suffit de songer à la fonction que Freud (1900/1999) donne à l'hallucinatoire dans l'éveil de la vie psychique et comme destin de la pulsion, au « fond hallucinatoire du psychisme » discuté par Roussillon (1999) ou au « noyau psychotique » postulé par Mélanie Klein (1946).

Les chercheurs anglo-saxons ont cherché à expliquer la présence de ces expériences réputées psychotiques au moyen de nouveaux modèles issus d'une nosographie dont la névrose est absente, et c'est le concept de *schizotypie* qui semble aujourd'hui concentrer leur attention. Le terme de schizotypie (proposé par Rado en 1953) est un mot-valise issu de « *schizophrenic phenotype* », reprenant l'héritage de la conception bleulerienne d'une « schizophrénie latente » (Bleuler, 1911/1926). Contrairement à Emil Kraepelin (2000), Bleuler ne croyait pas à une séparation claire entre folie et bonne santé mentale. La schizophrénie était pour lui l'expression de pensées et de comportements décelables à des degrés variables dans toute la population. Le psychologue Hans Eysenck (1992) a tenté de comprendre cette variation de l'expression de la schizophrénie au moyen d'une théorie de la personnalité, conceptualisant sous le terme de « psychoticisme » ce trait supposé unique d'une tendance à vivre des expériences réputées psychotiques. Le psychologue Gordon Claridge (1997), en s'appuyant davantage sur les expériences inhabituelles dans la population générale, a montré que le trait de personnalité en jeu ne semblait pas pouvoir se réduire au facteur unique proposé par Eysenck.

Claridge réhabilita alors le terme de schizotypie en le décomposant en quatre facteurs qui, combinés entre eux, produisent différents profils ayant chacun un rapport spécifique à la santé mentale. Par conséquent, un besoin d'affiner le diagnostic différentiel traverse les modèles récents des rapports entre schizotypie et psychopathologie.

Schizotypie et psychopathologie

La notion de schizotypie possède un lien étrange à la pathologie en général et à la schizophrénie en particulier. Elle est fréquemment décrite comme un facteur de vulnérabilité individuelle à la schizophrénie, alors que cette évolution ne concernerait que 10 % des sujets schizotypiques. En fait, la personnalité schizotypique erre littéralement entre diverses catégories, accusant un manque de consensus suspect (Garrabé, 2003). Dans le DSM, la question de savoir si la personnalité schizotypique doit demeurer sur l'Axe II, l'axe des « troubles de la personnalité » (c'est-à-dire, dans la terminologie européenne, à la pathologie de la personnalité, aux caractères ou personnalités pathologiques) ou si elle ne serait pas mieux classée parmi les troubles de l'Axe I – par exemple en tant que variété clinique mineure de schizophrénie – a été clairement posée lors de l'élaboration du DSM-IV (Siever, Silverman, & Bernstein, 1991). Pour l'instant, la *personnalité schizotypique* n'implique pas une maladie mentale *stricto sensu*, du moins pour le DSM. Car, sur ce point précis, la classification internationale des maladies — dans sa dixième révision (CIM-10) — a adopté en 1992 un point de vue différent de celui de l'American Psychiatric Association en ne classant pas le *trouble schizotypique* parmi les troubles de la personnalité mais au sein de la rubrique F2 (comme les différentes formes cliniques de schizophrénie ou de psychoses délirantes considérées comme « fonctionnelles »). Alors que règne cette ambivalence sur le caractère pathologique ou non de la schizotypie, le rapprochement, s'il est effectué, sera toujours avec la schizophrénie.

Cette ambivalence sur le caractère pathologique ou non de la schizotypie se répercute sur les modèles proposés. Le modèle quasi-dimensionnel de Meehl (1962, 1990) décrit la schizotypie comme un continuum de maladies allant de la schizophrénie à un extrême à des individus montrant des signes de schizotypie héréditaire à l'autre extrême. Ainsi, ce modèle présente la schizotypie comme évoluant uniquement sur un axe d'expression d'un processus pathologique.

D'autres formulations *pleinement* dimensionnelles (*fully dimensional*) de la schizotypie rejettent la notion d'un processus pathologique sous-jacent à l'expression de traits schizotypiques. A l'inverse, les théoriciens dimensionnels comprennent le tempérament schizotypique et la tendance à avoir des expériences psychotiques comme une composante normale des différences entre les individus (Mason & Claridge, 2006). Les modèles pleinement dimensionnels incluent un axe de personnalité qui vient moduler l'axe pathologique, ce qui implique qu'on peut être schizotype à divers degrés, tandis que le modèle quasi-dimensionnel ne pouvait rendre compte de la conjonction de scores élevés de schizotypie qui ne serait pas associés avec des troubles mentaux.

Pour permettre de préciser le rapport entre schizotypie et pathologie, des recherches ont été orientées vers le démantèlement de la schizotypie en quatre facteurs puis quatre profils, chacun se positionnant différemment en termes de santé mentale.

Quatre profils de schizotypes

Un consensus a émergé sur la nature multi-factorielle de la schizotypie, mais le nombre de facteurs en cause oscille selon les études entre trois et quatre (Claridge & Beech, 1995 ; Claridge *et al.*, 1996 ; Venables & Bales, 1994 ; Vollema & van den Bosch, 1995). Le premier facteur désigne des formes minorées des symptômes positifs de la psychose (expériences « inhabituelles » ou « exceptionnelles »). Le second facteur implique des formes minorées des défaillances cognitives, comme le blocage des pensées, les difficultés d'attention et l'augmentation de l'anxiété sociale (« désorganisation cognitive »). Le troisième facteur porte sur la symptomatologie négative présente dans la psychose, comme le repli sur soi et l'incapacité à éprouver du plaisir (« anhédonisme introverti »). Le quatrième facteur du comportement asocial (« non-conformité impulsive ») a surtout été étayé sur les études de Claridge et de ses collègues (McCreery & Claridge, 2002). Ce quatrième facteur semble plus en lien avec la

personnalité anti-sociale (Day & Peters, 1999) et paraît donc moins essentiel.

A l'aide de ces quatre facteurs, quatre profils de schizotypes ont pu être dégagés (Goulding, 2004, 2005 ; Simmonds, 2003 ; Holt, Simmonds-Moore, & Moore, 2008) :

1. Le schizotype positif (*positive schizotype*) : il a seulement des scores élevés pour ses expériences inhabituelles ;
2. Le schizotype faible (*low schizotype*) : il n'est pas enclin aux expériences inhabituelles et obtient des scores faibles sur toutes les dimensions de la schizotypie ;
3. Le schizotype élevé (*high schizotype*) : il a des scores élevés en particulier dans la désorganisation cognitive et l'anhédonisme introverti, mais aussi dans les mesures d'expériences inhabituelles ;
4. Le schizotype négatif (*negative schizotype*) : il a des scores élevés seulement sur l'anhédonisme introverti.

Le profil de schizotype positif est le plus paradoxal : McCreery (1993) l'appelle le « schizotype joyeux » car cette catégorie regroupe des personnes qui sont seulement enclines à vivre des expériences exceptionnelles en l'absence de psychopathologie, montrant des niveaux de santé mentale et de bien-être supérieurs à ceux des autres profils. Néanmoins, on peut observer que le profil du schizotype élevé admet également un enclin aux expériences exceptionnelles. Comment se différencient ces deux profils ? Schofield et Claridge (2007) ont observé que les schizotypes joyeux tendaient à évaluer leurs expériences exceptionnelles de façon plaisante tandis que les schizotypes élevés tendaient à les évaluer comme déplaisantes. Cette différence subjective a été interprétée en fonction de la désorganisation cognitive des schizotypes élevés qui les empêcheraient de développer un système de croyance rassurant. Les recherches se poursuivent pour accroître le différentiel entre ces différents profils, l'impact variable des différentes croyances au paranormal et des différentes expériences exceptionnelles, et les différentes formes de créativité développées par les schizotypes (Holt, Simmonds-Moore & Moore, 2008).

Schizotypie et expériences exceptionnelles

La détection de la schizotypie est basée sur des mesures psychométriques des expériences et croyances inhabituelles, ainsi que d'autres traits de personnalité. Les symptômes « positifs » de la psychose que sont les délires et les hallucinations sont présentés sous forme d'items à choix binaire : croyez-vous à *cela*, oui ou non ; avez-vous déjà vécu *cela*, oui ou non (Raine, 1991 ; Eckbald & Chapman, 1983 ; Mason & Claridge, 2006).

Tous ces questionnaires comportent des items qui dénotent explicitement des expériences ou des croyances paranormales. Par exemple, le questionnaire de la personnalité schizotypique comporte une échelle des croyances inhabituelles et des pensées magiques, et une échelle des perceptions inhabituelles. Le sujet doit par exemple dire s'il se sent concerné par l'énoncé : « Je pense que certaines personnes ont le don de télépathie (lecture de la pensée des autres) » ; ou encore la phrase : « Il m'est déjà arrivé d'avoir la sensation de sentir une force ou une présence auprès de moi alors même que j'étais tout seul à ce moment-là. ». Des chercheurs (par exemple, Klein et al., 1997, p. 350) ont reconnu que la sous-échelle des croyances inhabituelles pose des problèmes méthodologiques parce que les convictions religieuses et parascientifiques, ainsi que les évidences personnelles qui leur correspondent, sont très répandues et en parfaite conformité avec certaines formes sous-culturelles. Et pourtant ces chercheurs ne remettent pas en cause la validité de l'échelle entière.

Or, on peut considérer comme problématique l'existence d'une zone d'enchevêtrement entre ce que mesurent les questionnaires sur la schizotypie et de nombreuses expériences exceptionnelles (Schetsche, 2003). Cette tautologie permet-elle une mesure valide de la schizotypie ? Les chercheurs n'ont eu aucun mal à accumuler les données montrant une corrélation entre la schizotypie, les croyances paranormales et les expériences exceptionnelles, notamment auprès d'adolescents (Baer, 1993 ; Hergovich, Schott, & Arendasy, 2008) et auprès d'adultes (Irwin & Green, 1998–99 ; Tobacyk & Wilkinson, 1990 ; Williams & Irwin, 1991 ; Wolfradt, Oubaid, Straube, Bischoff, & Mischo, 1999 ; Kennedy & Kanthamani, 1995 ; Kennedy, Kanthamani, & Palmer, 1994 ; Schofield & Claridge, 2007). Cette association ténue occasionne des descriptions de la schizotypie comme « personnalité encline à vivre des expériences exceptionnelles » (*anomaly-*

prone personality ; Simmonds-Moore, 2003 ; Schofield & Claridge, 2007).

Toutefois, du point de vue de la pratique clinique, on constate que la détection de la schizotypie ne contribue pas efficacement au diagnostic différentiel puisque la majorité des personnes vivant des expériences exceptionnelles obtiennent des scores élevés aux diverses mesures de la schizotypie (Belz-Merk & Fach, 2005). Or, la distribution et l'évolution des troubles mentaux associés aux expériences exceptionnelles de ces mêmes individus est extrêmement variable. La moitié des personnes qui viennent consulter sur ce motif ne montrent pas de signes cliniques apparents ; tandis qu'un quart montrent des psychopathologies légères et un dernier quart des psychopathologies graves (Belz, 2009, p. 24-25).

Ce constat clinique fut confirmé par des mesures psychométriques. Goulding (2004, 2005) a montré que les symptômes positifs de la psychose ne permettaient pas à eux seuls le diagnostic de trouble mental. Ces signes devaient être associés à d'autres perturbations comme une désorganisation cognitive et une incapacité à éprouver du plaisir. Ses résultats appuient la notion d'une « schizotypie saine » (*healthy schizotypy* ; McCreery & Claridge, 2002) et donc d'un modèle pleinement dimensionnel de la schizotypie. Par rebond, elle suggérait que les croyances au paranormal et les expériences exceptionnelles devraient être considérées comme « neutres » par rapport à la santé mentale, c'est-à-dire qu'elles pouvaient se révéler aussi nuisibles qu'adaptatives (McCreery & Claridge, 2002 ; Jackson & Fulford, 1997 ; Thalbourne, 1994). La schizotypie pourrait être considéré comme une *sensibilité ou perméabilité renforcée* à certains vécus, que ceux-ci soient positifs ou négatifs. Selon ce point de vue, la schizotypie ne devrait pas être comprise comme conférant uniquement une vulnérabilité, mais aussi comme étant au moins potentiellement impliquée dans la maturation personnelle en augmentant la résilience face à certains stress (Brett, 2006, p. 364).

Le problème des questionnaires

Cette psychologisation de la psychose à partir de questionnaires soulève plusieurs problèmes. Fixer certaines idées ou expériences psychotiques dans des items ne va pas sans poser question : comment peut-on justifier que certaines idées soient délirantes en soi ? Il n'y a qu'à constater l'usage bancal de cette notion indéfinissable d'idée délirante dans les derniers DSM, basé sur un rejet de la prise en considération de la dynamique du sujet, afin d'essayer de s'en tenir à ses comportements. Cette focalisation sur les aspects de surface et sur la pluralité des apparences imaginaires conduit au piège d'un socio-constructivisme, les analyses ne se dégageant pas suffisamment des contraintes de pensée, ou « prédicats anthropologiques », propres à chaque culture à un moment donné. Les cliniciens ont toujours eu à se méfier de ces appels à des références extérieures, hors des observations réalisées dans le cadre clinique. On passe malheureusement trop vite d'une expérience interprétée subjectivement comme sortant de la norme, à une évaluation normative de sa bizarrerie, faisant planer l'ombre de la schizotypie et donc de la schizophrénie.

Il y a là un lieu de rupture épistémologique et clinique : le DSM suit la devise prônée à Bleuler selon laquelle « les idées étranges sont une indication de psychose ». Définir le délire à partir d'une référence naïve à la réalité conduit à faire de n'importe quel phobique ou obsessionnel un sujet délirant. En effet, phobies et obsessions ne sont pas raisonnablement justifiables, pourtant le sujet ne peut s'en défaire, tandis que ses conduites apparaissent déviantes par rapport à la norme culturelle (Maleval, 1996, p. 9-10). Toute définition du délire par rapport à une norme ou à une réalité en soi en fait un objet insaisissable. En effet, « il n'existe pas de critère décisif pour caractériser une idée délirante, pour la distinguer d'une idée raisonnable » (Maleval, 1996, p. 9). Les meilleures définitions du délire sont celles qui n'essayaient pas de l'objectiver, rendant possible d'en saisir les caractéristiques indépendantes de son contenu.

Les questionnaires évaluant les expériences psychotiques restent relativement mal conçus par rapport à leur objectif. Par exemple, la plupart de leurs items mélangent une expérience psychotique avec l'une de ses interprétations (Brett, 2006, p. 26). Cela montre à quel point l'idée de fixer une idée délirante en soi est problématique. Il y a des progrès comme avec l'inventaire des délires d'Emmanuelle Peters (Peters, Joseph, & Garety, 1999) qui élargit les mesures au-delà du seul contenu de l'item en incluant des sous-échelles de conviction, de préoccupation et de détresse permettant de rentrer davantage dans les détails de chaque croyance. Néanmoins, ces mesures restent secondaires.

Le plus étonnant est finalement ce retour d'une évaluation de la psychose repassant par de longs entretiens diagnostics. Ainsi, dans sa thèse de psychologie, Caroline Brett a repris une méthodologie à base d'entretiens diagnostics semi-structurés, montrant qu'il s'agissait toujours d'une procédure de qualité, ayant une meilleure validité et fiabilité que les mesures par questionnaire pour la détection de besoins de traitement chez des individus ayant des expériences psychotiques (Brett et al., 2007). Les entretiens diagnostics obtiennent généralement moins de faux-positifs que les questionnaires auto-administrés, mais les deux seraient complémentaires (van Os et al., 2009, p. 185).

Les modèles de la psychose issus de la psychologie cognitive (Garety et al., 2001 ; Brett, 2006) pointent de plus en plus l'importance de l'interprétation (*appraisal*) de l'expérience : il a pu être démontré qu'il est possible de vivre des anomalies qui sont des composantes de la psychose tout en les interprétant de façon apaisée et adaptative (Schofield & Claridge, 2007). Les réflexions sur les stratégies d'intervention doivent donc prendre en compte que le type d'expérience vécue n'est pas nécessairement l'aspect le plus discriminant, mais qu'il faut s'ouvrir aux explications que l'individu se donne pour faire face. Les expériences psychotiques dans la population générale sont une grande chance pour que le champ de la santé mentale se renouvèle non pas simplement en conquérant de nouveaux territoires, mais en faisant fructifier ce savoir singulier qui permet à des individus d'intégrer les aspects étranges de leur existence (Allen, 2008 ; Escher, 2005).

Le problème des interventions précoces

L'hypothèse d'une schizotypie ou « schizophrénie latente » entretient en retour cet intérêt pour les expériences réputées psychotiques : cela permet tout d'abord d'affiner la description de processus psychotiques sous-estimés chez tout-à-chacun. L'exploration des facteurs de risque modulant ces expressions quasi-psychotiques permettrait de mieux comprendre la psychose que la recherche restreinte à des individus à l'extrême fin de la distribution de la dimension psychotique (Verdoux & van Os, 2002). Mais, d'un autre côté, cela laisse suspecter que beaucoup de « populations à risque de psychose » échapperaient encore au circuit médico-psychologique. Il y aurait des expressions non-cliniques de la psychose suffisamment viables pour n'être pas encore détectées par les dispositifs actuels (van Os & Delespaul, 2005). Des stratégies d'intervention nouvelles et possiblement iatrogènes sont proposées pour ces individus, enfants comme adultes, qui sortaient jusque-là des tableaux psychiatriques, réveillant des enjeux idéologiques, politiques et économiques de médicalisation de vécus intimes (Gori & Del Volgo, 2008).

Ce programme élargi d'intervention sur la psychose profite de l'attention portée depuis une quinzaine d'années à la notion de « durée de psychose non traitée » (DUP : *Duration of Untreated Psychosis*). La détection et l'introduction d'un traitement adapté au plus tôt d'un trouble psychotique modifierait l'évolution de la maladie (Mouchabac, 2009). Il s'agit donc de mesurer la durée depuis le début de la maladie – quand bien même il n'y a pas de consensus sur les manifestations essentielles d'une psychose débutante (Brémaud, 2008) – jusqu'à l'introduction du traitement, lequel est souvent réduit à l'administration de médicaments antipsychotiques tassant les symptômes positifs. La DUP jouerait le rôle d'un facteur pronostique « modifiable » par des interventions précoces.

Si la DUP est retenue comme marqueur clinique représentatif des schizophrénies, ce sont les symptômes positifs – hallucinations et délires – qui conserveront leur rang premier. En effet, cette symptomatologie productive est plus aisée à délimiter par rapport à une « norme » que les symptômes plus imprécis que l'on range dans la catégorie des « négatifs ». Une conjecture se met donc en place entre les études de la prévalence des expériences réputées psychotiques, les modèles de la prépsychose et la prescription d'antipsychotiques qui a des retombées financières pour les laboratoires (Bottéro, 2009). Or, les résultats des études permettent seulement de dire aujourd'hui que la DUP est « modestement » associée à une rémission de moindre qualité lors d'un premier épisode de schizophrénie. Un point semble acquis : plus on délire ou hallucine longtemps, plus on risque de délirer ou d'halluciner longtemps. Mais il est loin d'être assuré qu'un traitement précoce de ces expériences réputées psychotiques garantisse qu'on évitera une schizophrénie grave. Il est encore difficile d'importer un tel raisonnement de prévention médicale dans le champ de la psychopathologie. « Avoir des idées délirantes, des hallucinations passagères, qui rentrent dans l'ordre sans traitement, serait plutôt répandu dans la population générale si l'on en croit les enquêtes épidémiologiques qui se sont penchées sur la question (Johns & van Os, 2001). Les points de discontinuité entre normal et pathologique sont ici beaucoup plus délicats à situer qu'il n'y paraît – sauf à "pathologiser" à l'excès des symptômes dont l'évolution spontanée s'avère sans lendemain. » (Bottéro, 2009, p. 22).

Les orientations cliniques qui doivent éventuellement accompagner la détection d'expériences réputées psychotiques sont donc limitées par les possibilités en termes de diagnostic différentiel. Face à une hallucination ou un délire, le clinicien peut-il penser son intervention en d'autres termes qu'un traitement visant l'abrasion de ces symptômes ? Ne peut-il pas percevoir un fonctionnement psychique qui puisse être soutenu, car son destin serait celui de la construction subjective et non de la pathologie déficitaire ? Avant de savoir quel est le moment opportun pour intervenir, il serait nécessaire de repenser la complexité de la subjectivation et de ses dysfonctionnements. Un traitement systématiquement pharmacologique ne rendrait pas compte de la compétition entre des catégories diagnostiques ouvrant à des pratiques cliniques différenciés des hallucinations et des délires.

Le problème des structures psychopathologiques névrose-psychose

Un autre problème est l'inadéquation entre les tableaux de la psychose clinique et de la schizophrénie découlant du DSM et les structures psychopathologiques de la névrose et de la psychose décrites par les psychanalystes et une certaine tradition clinique française. Cette inadéquation tient notamment au fait que des hallucinations et des délires ont

pu être observé dès la fin du XIXe siècle sur des sujets non-psychotiques (Janet, 1889 ; Breuer & Freud, 1895/1973 ; Maleval, 1981). Il aurait paru bien imprudent à l'époque de parler de psychose uniquement sur la base du contenu d'une hallucination. Freud emploie communément l'expression « hallucinations de l'hystérie » (Freud, 1900, p. 462) et en donnent de nombreux exemples. Les *Etudes sur l'hystérie* avec Breuer (1895) mettent en scène des grandes hystériques : à l'exception d'Elisabeth von R., toutes ont des hallucinations et d'autres phénomènes généralement associés à la psychose (Steyaert, 1992, p. 32-33). Anna O. voit en hallucination des serpents noirs et a des troubles de la parole, allant jusqu'à l'utilisation exclusive de langues étrangères ; Emmy von N. a des hallucinations effrayantes d'animaux et de cadavres, et en arrive au délire ; Miss Lucy R. a des hallucinations olfactives ; Katharina l'hallucination répétée d'une tête effrayante.

Le tableau clef reste celui de la *folie hystérique* ou des *formes crépusculaires de l'hystérie* (pour une synthèse, voir Maleval, 1981 ; Sauzé, 2002 ; Libbrecht, 1995/2000). Sa disparition créa un vide nosographique, « immédiatement comblé par la démence précoce, voire, en certaines circonstances, par la psychose maniaco-dépressive, avant que Bleuler, par un véritable diktat, ne subsume l'essentiel de la folie hystérique sous la schizophrénie » (Maleval, 1981, p. 64). Les psychanalystes voient dans certaines cliniques actuelles, comme celle des personnalités multiples, des évocations de la folie hystérique (Gori & Del Volgo, 2008). Toutefois, comme le remarque le psychanalyste Jean-Claude Maleval (1981, p. 241) : « L'on serait bien en peine de débusquer la folie hystérique de toutes ses caches nosographiques ».

Depuis la fin des années 1970, Maleval a tenté de réhabiliter le diagnostic de folie hystérique à partir d'une étude différentielle rigoureuse de ses manifestations. Les observations anciennes et nouvelles qu'il présente suggèrent qu'une personne qui délire, qui a des hallucinations et des croyances magiques, puisse tout de même être structurée du côté de la névrose¹. Son travail vient renverser la perspective sociale ou psychiatrique, « en mettant l'accent sur les ressources d'une dynamique inconsciente et non sur des déficiences de la pensée » (Maleval, 1996, p. 4-5). Globalement, les notions de folie névrotique, d'hystérie crépusculaire, de bouffée délirante aiguë ou encore d'hallucinoses accompagnent une conception de la psychopathologie qui est beaucoup moins bousculée par la prévalence des délires et hallucinations dans la population générale.

L'émergence d'un modèle pleinement dimensionnel de la psychose, s'ancrant par exemple sur la notion de schizotypie, n'est d'ailleurs pas sans rappeler le modèle freudien de la structure névrotique. Comme la névrose, la schizotypie est une notion fondamentalement neutre, connectée parfois à la santé et parfois à la maladie (Claridge, 1997). Cette neutralité va jusqu'à l'affirmation que nous sommes tous concernés par la schizotypie, ce qui n'est pas sans rappeler la généralisation effectuée par la psychanalyse freudienne. La description d'expériences dites psychotiques comme faisant suite à un événement de vie traumatique, tel que c'est le cas pour 70 % des adultes de la population générale rapportant des hallucinations auditives (Romme & Escher, 1987, 2000), n'est pas sans évoquer le fonctionnement névrotique. La sensibilité accrue et la créativité données pour des caractères courants des personnalités schizotypiques pourraient correspondre à des traits hystériques. Enfin, le discours présentant la folie comme « une épreuve », faite de crises transitoires et de maturation psychologique, bref marquée par l'angoisse de castration plutôt que de néantisation, rend davantage compte de la logique du délire névrotique que psychotique (Maleval, 1996 ; Schäfer, 2007).

En somme, quand bien même le paradigme des grandes structures psychopathologiques a fait l'objet de critiques pertinentes, il n'est pas interdit que certaines observations cliniques puissent être mises à profit dans les problématiques actuelles. L'approche psychanalytique des délires inverse le discours médical en postulant que le délire est une tentative de guérison. Ce postulat du délire comme travail autothérapeutique et défense orientée doit être approfondi pour encourager une prise en compte de la subjectivité dans le délire.

Si l'on considère que la forclusion du Nom-du-Père permet de cerner la structure de la psychose, en ce qui la sépare de la névrose, il apparaît que les acceptions psychiatriques et psychanalytiques de ces termes ont cessé de coïncider (Maleval, 1981, p. 11). En précisant mieux les critères véritablement spécifiques au fonctionnement psychotique, le diagnostic différentiel des expériences psychotiques serait probablement amélioré (Maleval, 2000). De manière schématique,

l'hystérique ne parvient pas à habiter son corps sexué, tandis que le psychotique ne réussit pas son entrée dans le langage. Pour le premier, l'imaginaire est la dimension dont le déficit cause les troubles, pour le second, c'est grâce à elle qu'il peut se maintenir, et parfois même éviter que la maladie ne se déclare. Le psychotique cherche une solution intérieure aux énigmes de son être ; l'hystérique demande à d'autres la solution de ses problèmes. (Maleval, 1981,

¹ La thèse de Maleval peut être résumée par cette interrogation : « (...) qui soutiendra que le clinicien puisse avoir le même mode d'intervention à l'égard d'un phénomène, le délire, qui est une tentative de guérison, qui s'efforce de remédier à une énigme, qui témoigne d'une certitude quasi-inébranlable, et à l'égard d'un autre trouble, le délirium, dont le sujet cherche à se défaire, dont l'instabilité est la règle, qui ne possède pas de finalité interne, et qui reste partiellement analysable. » (Maleval, 2001, p. 318).

p. 112).

Il faudrait explorer les lieux de différenciation de la névrose et de la psychose, opposant les mécanismes et les propriétés de chaque structure psychique, reliant dans la théorie les observations cliniques. Ainsi, il reste encore à déterminer si les sujets névrotiques et psychotiques ont les mêmes types de discours, de dissociation, d'automatisme, de projection, d'angoisse, de croyance, de néologisme, de relation aux idéaux, d'influence du milieu, d'adresse, d'hypnotisabilité et de logique évolutive.

Les psychanalystes ont appuyé, à leur façon, le modèle dimensionnel de la psychose, ne trouvant que des gradations d'une même pathologie de la névrose à la psychose (Tausk, 1919/1975). Abraham et Klein ont développé des conceptions dans ce sens : la psychose serait un trouble plus grave que la névrose, mais de même nature. Elle impliquerait les mêmes mécanismes, mais plus violents, plus archaïques. On trouve de tels principes dans des nosologies plus développementalistes que structuralistes comme celle de Bergeret (1974), où on ressent un manque de fondements pour catégoriser rigoureusement toutes les observations. Un exemple serait celui d'un homme bien sous tout rapport, mais qui rapporte au cours d'une conversation qu'il se pense la 7ème réincarnation de Scarron. Cette croyance apparaît à Bergeret comme une défense psychotique focalisé sur un aspect, une sorte de bouchon pour une psychose avérée, et il parlera de *parapsychose* (Bergeret, 1974, p. 96-98).

Pourtant, la dichotomie névrose-psychose n'est plus factice lorsqu'elle est saisie au niveau structural. Le postulat essentiel est qu'il n'y a pas une différence de degré (imputée souvent en termes de « gravité » des troubles) mais bien une différence de nature entre les structurations psychiques. L'examen attentif des manifestations de l'inconscient dans le discours conduirait à dégager des cadres nosologiques différents de ceux façonnés au début du XXe siècle.

Conclusion

L'évaluation de la psychose n'est pas uniquement une question technique de diagnostic différentiel. Depuis les années 1980, des auteurs ont développé les principes d'une psychothérapie des psychoses dont Lacan avait posé les prolégomènes, et qui se différencie à plus d'un titre de la psychothérapie des névroses. Une conduite de la thérapie inappropriée peut favoriser le déclenchement d'une psychose, en particulier si le thérapeute s'exerce à miner les « pare-psychose » (identifications imaginaires et suppléances élaborées), « en les interprétant au lieu de les soutenir » (Maleval, 2000, p. 287). Maleval nomme cela « l'autre centrement », lequel désigne « [en] quoi la pratique analytique se trouve modifiée avec les psychotiques en s'orientant sur le tempérament de la jouissance, afin de permettre l'élaboration de suppléances » (Maleval, 2000, p. 20). C'est sur cette voie que s'élabore le point de mire de la clinique différentielle : « C'est bien ici la "direction" à donner à l'hallucination qui pose problème – au sens de son interprétation [...]. Il faut dès lors souligner les efforts intenses fournis par le schizophrène – tous n'y parviennent pas – lorsqu'il s'agit effectivement de "faire quelque chose" de ses hallucinations, et éventuellement de trouver des solutions afin de les border, de les réguler [...] » (Brémaud, 2003, p. 793).

Dans la continuité de ce travail sur la folie hystérique extraite des psychoses, Maleval (2000, 2003) a aussi beaucoup avancé sur la description des structures psychotiques ne manifestant pas d'états délirants traités cliniquement, c'est-à-dire la « psychose ordinaire » (Collectif, 1999). Il illustre plusieurs manifestations spécifiques de la structure psychotique délicates à observer : l'émergence d'une jouissance hors-limite ; la carence du fantasme fondamental ; l'émoussement affectif ; les ébauches du pousse-à-la-femme ; et enfin le signe du miroir. Les concepts lacaniens permettent de nommer de nombreuses manifestations discrètes de la forclusion du Nom-du-Père, indépendantes de la psychose clinique et des symptômes « positifs » que sont hallucinations et délires.

Cette approche diffère des précédentes évaluations de la psychose dans la population générale, suivant le modèle quasi ou pleinement dimensionnel, à visée avouée de prévention et d'extension du champ psychiatrique. « L'approche de la psychose ordinaire ne saurait se confondre avec celle de la pré-psychose (...) car la psychose clinique n'est pas en germe dans la structure. Elle n'est qu'une possibilité qui s'actualisera éventuellement à l'occasion de mauvaises rencontres. L'identification de la structure psychotique hors-déclenchement n'est pas réductible au discernement de faits morbides initiaux. » (Maleval, 2003, p. 6). La détection de certaines croyances ou vécus hors-normes comme signes d'une psychose ne serait pas suffisant sur le plan clinique. La gamme étendue des

manifestations discrètes de la psychose laissent penser que le diagnostic différentiel névrose-psychose ne devient clinique différentielle qu'avec l'étude des ratages de la structure et des suppléances correspondantes (Maleval, 2003, p. 20).

Références

- Allen, M.S. (2008). *Beyond the happy schizotype: Opportunities for personal transformation in putatively pathogenic schizotypal experiences*. Thèse de doctorat en psychologie non publiée, Université de Miami, Miami, Etats-Unis.
- Baer, S.J. (1993). *Zusammenhang zwischen Neigung zu Magie/Okkultismus und schizotypischen Persönlichkeitszügen /psychischen Problemen bei Schülern*. Thèse de doctorat en médecine non publiée, Faculté de Tübingen, Tübingen, Allemagne.
- Belz, M. (2009). *Aussergewöhnliche Erfahrungen*. Göttingen: Hogrefe, coll. « Fortschritte der Psychotherapie ».
- Belz-Merk, M. & Fach, W. (2005). Beratung und Hilfe für Menschen mit Außergewöhnlichen Erfahrungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 55, 256-265.
- Bentall, R.P. (2000). Hallucinatory experiences. In E. Cardeña, S.J., Lynn, & S. Krippner (Eds.), *Varieties of Anomalous Experience* (pp 85-120). Washington: American Psychological Association.
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.
- Bleuler, E. (1911/1926). *Démence précoce ou le groupe des schizophrénies*. Paris : Centre d'Etude Psychiatrique.
- Bottéro, A. (2009). La durée de psychose non traitée : quelle valeur pronostique lui attribuer ? *InterPsy*, 11, 21-22.
- Brémaud, N. (2003). Le schizophrène et la voix. *L'Information psychiatrique*, 79(99), 789-795.
- Brémaud, N. (2008). Prépsychose : revue de la littérature et approche critique. *L'information psychiatrique*, 84(5), 383-393.
- Brett, C. M. C. (2006). *Appraisals of Anomalous Experiences Interview (AANEX): a multidimensional measure of psychological responses to anomalies associated with psychosis*. Thèse de doctorat en psychologie non publiée, King's College London, Londres, Royaume-Uni.
- Brett, C.M.C., Peters, E.P., Johns, L.C., Tabraham, P., Valmaggia, L.R., & McGuire, P.K. (2007). Appraisals of Anomalous Experiences Interview (AANEX): a multidimensional measure of psychological responses to anomalies associated with psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(51), 23-30.
- Breuer, J., & Freud, S. (1895). *Etudes sur l'hystérie*. Paris : PUF, coll. « Bibliothèque de psychanalyse ».
- Claridge, G. (Ed.). (1997). *Schizotypy: Implications for illness and health*. New York: Oxford University Press.
- Claridge, G., & Beech, T. (1995). Fully and quasi-dimensional constructions of schizotypy. In: A. Raine, T. Lencz, & S. A. Mednick (1995) (Eds.), *Schizotypal personality* (pp. 192-216). New York: Cambridge University Press.
- Claridge, G., McCreery, C., Mason, O., Bentall, R., Boyle, G., Slade, P., & Popplewell, D. (1996). The factor structure of 'schizotypal' traits: A large replication study. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 103-115.
- Collectif (1999). *La psychose ordinaire, la Convention d'Antibes*. Paris : Agalma-Le Seuil, coll. « Le Paon ».
- Day, S., & Peters, E. (1999). The incidence of schizotypy in new religious movements. *Personality and Individual Differences*, 27(1), 55-67.
- Eckbald M., Chapman L.J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 215-225.
- Escher, A.D.M.A.C. (2005). *Making sense of psychotic experiences*. Thèse de doctorat en psychiatrie non publiée, Université de Maastricht, Maastricht, Pays-Bas.
- Eysenck, H.J. (1992). The Definition and Meaning of Psychoticism. *Personality and Individual Differences*, 13, 757-785.

- Freud, S. (1900/1999). *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF, coll. « Grands ouvrages ».
- Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P.E. (2001). A Cognitive Model of the Positive Symptoms of Psychosis. *Psychological Medicine*, 31(02), 189-195.
- Garrabé, J. (2003). *La schizophrénie : un siècle pour comprendre*. Paris : Les Empêcheurs de Penser en Rond.
- Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (2008). *Exilés de l'intime : Médecine et psychiatrie au service du nouvel ordre économique*. Paris : Denoël, coll. « Médiations ».
- Goulding, A. (2004). Schizotypy models in relation to subjective health and paranormal beliefs and experiences. *Personality and Individual Differences*, 37(1), 157-167.
- Goulding, A. (2005). Healthy schizotypy in a population of paranormal believers and experiencers. *Personality and Individual Differences*, 38, 1069-1083.
- Hergovich, A., Schott, R., & Arendasy, M. (2008). On the relationship between paranormal belief and schizotypy among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 119-125.
- Holt, N., Simmonds-Moore, C., & Moore, S. (2008). Benign schizotypy: Investigating differences between clusters of schizotypy on paranormal belief, creativity, intelligence and mental health. *Proceedings of Presented papers of the 51st annual convention of the Parapsychology Association* (pp. 82-96). 13-17 août 2008, Winchester, Royaume-Uni.
- Irwin, H.J., & Green, M.J. (1998-1999). Schizotypal processes and belief in the paranormal: A multidimensional study. *European Journal of Parapsychology*, 14, 1-15.
- Jackson, M., & Fulford, K. W. M. (1997). Spiritual Experience and Psychopathology. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 4(1), 41-65.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Alcan.
- Johns, L. C., Cannon, M., Singleton, N., Murray, R. M., Farrell, M., Brugha, T., Bebbington, P., Jenkins, R., & Meltzer, H. (2004). Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 298-305.
- Johns, L. C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-1141.
- Kennedy, J. E., & Kanthamani, H. (1995). An exploratory study of the effects of paranormal and spiritual experience on peoples' lives and well-being. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 89, 249-264.
- Kennedy, J. E., Kanthamani, H., & Palmer, J. (1994). Psychic and spiritual experiences, health, well being and meaning in life. *Journal of Parapsychology*, 58(4), 353-383.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Klein, C., Andresen, B., & Jahn, T. (1997). Erfassung der schizotypen Persönlichkeit nach DSM-III-R: Psychometrische Eigenschaften einer autorisierten deutschsprachigen Uebersetzung des "Schizotypal Personality Questionnaire" (SPQ) von Raine. *Diagnostica*, 43, 347-369.
- Kraepelin, E. (2000). *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*. Paris : L'Harmattan, coll. « Psychanalyse et Civilisations ».
- Le Maléfan, P. (2008a). Les hallucinations télépathiques dans la psychologie et la psychopathologie françaises. *L'Evolution psychiatrique*, 73(1), 15-39.
- Le Maléfan, P. (2008b). Les hallucinations télépathiques dans la psychologie française naissante : étude d'un inconscient oublié. *Bulletin de psychologie*, 61(3), 279-293
- Libbrecht, K. (1995/2000). *Les délires de l'hystérique : une approche historique*. Paris : Erès, coll. « La maison jaune ».
- Maleval, J.-C. (1981). *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris : Payot.
- Maleval, J.-C. (1996). *Logique du délire*. Paris : Masson, coll. « Médecine et psychothérapie ».
- Maleval, J.-C. (2000). *La forclusion du Nom-du-Père. Le concept et sa clinique*. Paris : Seuil, coll. « Champ freudien ».
- Maleval, J.-C. (2003). Eléments pour une appréhension clinique de la psychose ordinaire. *Séminaire de la découverte freudienne*, 18-19 janvier 2003. Disponible sur : <http://w3.erc.univ->

- Mason, O., & Claridge, G. (2006). The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE): Further description and extended norms. *Schizophrenia Research*, 82(2-3), 203-211.
- McCreery, C. (1993). *Schizotypy and out-of-the-body experiences*. Thèse de doctorat en psychologie non publiée, Université d'Oxford, Oxford, Royaume-Uni.
- McCreery, C., & Claridge, G. (2002). Healthy schizotypy: the case of out-of-the-body experiences. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 141-154.
- Meehl, P.E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Meehl, P.E. (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 4, 1-99.
- Morrison, A. P., & Petersen, T. (2003). Trauma, Metacognition And Predisposition To Hallucinations In Non-Patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(03), 235-246.
- Mouchabac, S. (2009). Les interventions précoces dans la schizophrénie : importance de la « durée de psychose non traitée ». *InterPsy*, 11, 19-20.
- Peters, E.R., Joseph, S.A., Garety, P.A. (1999b). Measurement of delusional ideation in the normal population : introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25, 553-576.
- Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 110, 406-416.
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 556-564.
- Romme, M., & Escher, A. (1987). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209-216.
- Romme, M., & Escher, A. (2000). *Making Sense of Voices*. Mind : London.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF.
- Sauzé, E. (2002). *Folie hystérique : Considérations historiques, cliniques et théoriques, à partir d'une observation*. Mémoire DES Psychiatrie non publié, Université de Franche-Comté, Besançon, France.
- Schäfer, C.S. (2007). *Außergewöhnliche Erfahrungen: Konstruktion von Identität und Veränderung in autobiographischen Erzählungen*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Freiburg, Freiburg-in-Brigsau, Allemagne. Disponible en ligne : <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/6153/>
- Schetsche, M. (2003). Soziale Kontrolle durch Pathologisierung? Konstruktion und Dekonstruktion, außergewöhnlicher Erfahrungen' in der Psychologie. In: Menzel, B., & Ratzke, K. (Eds.), *Grenzenlose Konstruktivität? Standortbestimmung und Zukunftsperspektiven konstruktivistischer Theorien abweichenden Verhaltens* (pp. 141-160). Opladen : Leske/Budrich.
- Schofield, K., & Claridge, G. (2007). Paranormal experiences and mental health: Schizotypy as an underlying factor. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1908-1916.
- Sidgwick, H., Johnson, A., Myers, F. W. H., Podmore, F., & Sidgwick, E.M. (1894). Report on the census of hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, 10, 25-422.
- Siever, L.J., Bernstein, D.P., & Silverman, J.M. (1991). Schizotypal personality disorder: a review of its current status. *Journal of Personality Disorders*, 5, 178-193.
- Simmonds-Moore, C. (2003). *Investigating schizotypy as an anomaly-prone personality*. Thèse de doctorat en psychologie non publiée, Université de Leicester, Leicester, Royaume-Uni.
- Steyaert, M. (1992). *Hystérie, folie et psychose*. Paris : Institut Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».
- Tausk, V. (1919/1975). De la genèse de l'appareil à influencer au cours de la schizophrénie. *Oeuvres psychanalytiques*. Paris : Payot.
- Thalbourne, M.A. (1994). Belief in the paranormal and its relationship to schizophrenia-relevant measures: A confirmatory study. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 78-80.
- Tien, A. Y. (1991). Distribution of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- Tobacyk, J. J., & Wilkinson, L. V. (1990). Magical Thinking an Paranormal Beliefs. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 255-264.

- van Os, J., & Delespaul, P. (2005). Toward a world consensus on prevention of schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7(1), 53-67.
- van Os, J., Linscott, R., 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(02), 179-195.
- Venables, P.H., & Bailes, K. (1994). The structure of schizotypy, its relation to sub-diagnoses of schizophrenia and to sex and age. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 277- 294.
- Verdoux, H., & van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54(1-2), 59-65.
- Vollema, M.G., & van den Bosch, R.J. (1995). The multidimensionality of schizotypy. *Schizophreny Bulletin*, 21, 19-31.
- Williams, L.M., & Irwin, H.J. (1991). A study of paranormal belief, magical ideation as an index of schizotypy and cognitive style. *Personality and Individual Differences*, 12(12), 1339-1348.
- Wolfradt, U., Oubaid, V., Straube, E.R., Bischoff, N., & Mischo, J. (1999). Thinking styles, schizotypal traits and anomalous experiences. *Personality and Individual Differences*, 27, 821-830.