



HAL
open science

Mise en scène et origine perçue des voix hallucinées dans des discours de patients schizophrènes

Ingrid Guigo-Banovic, Daniel Gilibert, Guy Gimenez, Ahmed Jebrane

► To cite this version:

Ingrid Guigo-Banovic, Daniel Gilibert, Guy Gimenez, Ahmed Jebrane. Mise en scène et origine perçue des voix hallucinées dans des discours de patients schizophrènes. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2008, 167 (10), pp.736-744. 10.1016/j.amp.2007.09.004 . hal-01386683

HAL Id: hal-01386683

<https://amu.hal.science/hal-01386683v1>

Submitted on 24 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Mémoire

Mise en scène et origine perçue des voix hallucinées dans des discours de patients schizophrènes

Production and perceived origin of hallucinated voices in the speech of schizophrenic patients

I. Banovic ^{a,b,*}, D. Gilibert ^b, G. Gimenez ^c, A. Jebrane ^d

^aLaboratoire IPSÉ-ParisX-Nanterre, université de Bourgogne, Nanterre, France

^bPôle AAFE, université de Bourgogne, Esplanade Érasme, BP 26513, 21065 Dijon cedex, France

^cLaboratoire PsyCLE, centre de lettres et sciences humaines, université de Provence, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence cedex 1, France

^dInstitut mathématiques de Bourgogne (IMB) UMR du CNRS 5584, 9, avenue Alain-Savary, 21000 Dijon, France

Résumé

Ce travail qui s'inscrit dans la perspective des travaux de Lagache (1934) et de la phénoménologie étudie la mise en récit par des patients schizophrènes de leurs hallucinations auditives. La méthodologie repose sur l'analyse des différents types de « discours rapportés » utilisés par les patients lorsqu'ils relatent leurs hallucinations. On s'attend, en raison de l'autonomie que le sujet halluciné attribue à ses voix, à ce que le discours rapporté « cité » soit le type de discours rapporté le plus fréquemment utilisé. À partir de l'étude de 14 récits faits par des patients hallucinés, les différents types de discours rapportés ont été recensés sur la base des distinctions faites en pragmatique du langage. Les résultats montrent qu'il existe des différences significatives concernant la prévalence des différents types de discours rapportés utilisés, les plus employés étant respectivement les types de discours rapportés cités et indéterminés. Le discours halluciné est rapporté comme totalement distinct et autonome du reste du récit. Ces résultats viennent mettre en évidence dans la construction même du récit le caractère xénopathique des voix hallucinées. Ils sont discutés au regard des possibilités d'études portant sur une comparaison de récits de patients qui hallucinent et de patients qui n'hallucinent plus ainsi que sur l'éventuel impact de l'évolution thérapeutique sur le récit de tels phénomènes.

Abstract

This research explores how hallucinated voices appear in schizophrenic patient's narrations. Fourteen narrations of hallucinated patients were studied and are reported. Results show significant differences regarding the prevalence of use in the types of reported speeches, the ones most employed are reported speech and undetermined reported speech as respectively cited. The report mentions that hallucinated discourse is entirely separate and autonomous from the rest of the narration. These results underscore the xenopathic characteristic of hallucinated voices in the elaboration of the narration. These results are discussed for future research in this perspective and for the impact of the evaluation of psychotherapeutic treatment of these patients.

Mots clés : Dialogisme ; Discours rapporté ; Récit ; Schizophrénie ; Voix

Keywords: Dialogism; Narrative; Reported Speech; Schizophrenia; Voices

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ingrid.banovic@u-bourgogne.fr (I. Banovic).

1. Introduction

Ce travail étudie les récits énoncés par des patients schizophrènes sur leurs expériences hallucinatoires et plus particulièrement celles relatives aux voix hallucinées. Les voix hallucinées sont, ici, appréhendées via la place qu'elles prennent au sein du discours lorsque leurs propos sont rapportés par le patient. Cette approche permet de comprendre les voix non plus comme symptôme mais comme objet de discours. Les voix sont ainsi abordées comme une expression particulière du dialogisme linguistique. Dans une double approche phénoménologique [43] et psychanalytique (plus précisément dans la perspective ouverte par Lagache [37]), ce travail étudie la façon dont le discours tenu par les voix hallucinées s'inscrit dans le récit qu'en fait le patient. Lorsque le sujet rapporte ce que lui a dit la voix à un tiers, il doit naturellement rapporter le discours de celle-ci au sein de son propre discours. Dans le cadre du récit de l'expérience subjective des voix, l'irruption des voix hallucinées vient briser une trame narrative ou peut y être intégré de façon plus ou moins explicite. Le patient peut alors avoir recours à différents types de « discours rapporté » qui transforment plus ou moins fortement le discours d'origine des voix afin de l'intégrer à son propre discours. Si le sujet attribue généralement une autonomie à ce discours survenant de manière intempestive, il devrait utiliser préférentiellement le discours rapporté « cité » (qui, à la différence d'autres types de discours rapportés, reproduit tel qu'il a été énoncé le discours d'origine, de manière autonome par rapport au dire énonciatif qui rapporte). Plus précisément, le récit à un tiers des expériences hallucinatoires devrait être constitué d'une plus grande proportion de discours rapportés cités que de discours rapportés intégrés, narrativisés et évoqués.

2. Revue de la littérature

2.1. Quelques éléments de la clinique des patients schizophrènes hallucinés

Les hallucinations sont définies comme des perceptions sans objet à percevoir [18]¹. Elles touchent toutes les modalités sensorielles (vision, audition, olfaction, goût, toucher) et peuvent être de simples sensations (sonneries de téléphones, bruits de portes) ou des expériences beaucoup plus complexes. À cette occasion, le patient peut avoir le sentiment d'être soumis à une influence extérieure qui le dépossède de sa pensée, l'oblige à penser d'une façon qui n'est pas la sienne ou encore qu'on lui impose des actes ou des paroles, qu'on influence ses actes et ses sentiments. La pensée devient alors auditive et va être perçue comme une réalité objective et extérieure [27]. Pour le DSM-IV, elles sont un signe essentiel de la schizophrénie : « Un seul symptôme du critère A est

¹ Elles se différencient des illusions qui sont des perceptions altérées de stimuli externes. Elles se distinguent aussi des hallucinoses qui sont des perceptions sans stimulus extérieur avec conservation de la conscience de la nature endogène de cette perception.

requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles » ([1], p. 147). L'expérience est d'autant plus intrusive et génératrice de souffrance que le discours des voix hallucinées est fréquemment négatif. Le fait que les voix soient perçues comme venant d'une source extérieure au sujet définit le caractère xénopathique du phénomène hallucinatoire.

Le travail clinique avec des patients psychotiques (ici schizophrènes), au-delà de leur symptomatologie, confronte quasi immédiatement à la question de la communication et du langage. D'une part, les troubles du langage et les troubles de la communication sont considérés comme des signes de psychose. On a longtemps parlé de l'hermétisme [52], de l'utilisation des mots comme des choses [20] ou d'un rapport au langage spécifique [36] des patients psychotiques. Indépendamment des prises de position théorique pour un modèle ou un autre, le discours du psychotique au niveau de son contenu et/ou de sa construction [47,48] confronte parfois le clinicien à une incompréhension (tel ce patient qui ne disait que « wini tac tac » ou celui-ci qui ne disait qu'un seul mot, « atmosphère ») ou à une perte de repère du but conversationnel de ce qui lui est communiqué (comme dans les cas de passage du coq-à-l'âne [6]). Pourtant, si ces éléments cliniques sont patents, ils demeurent difficiles à définir et objectiver [2]. Néanmoins, l'apparente incohérence du propos du patient pourrait être comprise comme une manifestation de troubles du langage, comme par exemple le nonaccès à la métaphore (non accès qui sera nuancé par certains travaux) [34]. Si l'on s'intéresse à la construction même du discours délirant, les travaux soulignent le peu de différences existant entre les discours des schizophrènes et ceux des paranoïaques [11,12]. De surcroît, il n'y aurait pas ou peu de différences entre les séquences délirantes et les séquences non délirantes. Indépendamment de la forme clinique du trouble délirant, les sujets augmentent significativement l'emploi des pronoms relatifs (« que ») lorsqu'ils sont en phase délirante. Les sujets paranoïaques sembleraient plus soucieux de baliser le déroulement du discours alors que les schizophrènes enchaînent les propositions et les thèmes. Ces derniers ne jugeraient donc pas utile de marquer les réorientations discursives. Pour les auteurs, il s'agirait d'une indifférence pragmatique du schizophrène qui se soucie peu d'aider l'interlocuteur dans le processus de compréhension. Finalement, tout cela amène à penser que si les troubles du langage existent chez les patients psychotiques, ils ne sont pas aussi définissables et manifestes que ce qu'on aurait pu croire [44]. C'est dans le cadre de la psychopathologie cognitive que sont le plus souvent abordées les hallucinations acoustico-verbales. Elles sont abordées selon deux axes qui se réfèrent soit aux troubles du discours soit aux troubles du cours de la pensée [35]. Le premier courant, celui de C. Frith [21,22], postule que l'hallucination est un trouble de l'action. Le second courant mené par Hoffman [31-33] les considère comme un trouble de la planification du discours.

Si tous ces travaux, indépendamment de leur courant théorique, postulent une origine des voix hallucinées qu'ils

cherchent à démontrer, aucun n'aborde la question de l'impact des voix hallucinées sur la production narrative. En effet, à partir de ces éléments théorico-cliniques, comment aborder le discours des patients schizophrènes lorsqu'ils viennent raconter leurs hallucinations (leurs voix) dans le cadre de la rencontre clinique ?

Des travaux portant sur des suivis psychothérapeutiques ont mis en évidence que de nombreuses hallucinations trouvent leur origine dans des expériences traumatiques qui n'ont pu être symbolisées ni introjectées. Le sujet hallucine ce qu'il n'a pu mettre en pensée [24,26]. Il ne s'agirait pas ici d'un déficit dans la capacité à construire une pensée, mais d'un mécanisme actif de tentative de destruction de la mise en représentation elle-même, spécifique du fonctionnement psychotique (le rejet pour Freud [19] ; une attaque contre les liens pour Bion [8] ; la forclusion pour Lacan [36]). L'ensemble des mécanismes à l'œuvre dans la construction des hallucinations a été nommé « travail de l'hallucination » [25]. L'hallucination dans ce cadre est donc le produit d'un travail (au même titre qu'il y a un travail du rêve) et qui a une fonction dans l'économie psychique du sujet. Ces travaux psychanalytiques n'abordent pourtant pas directement l'impact que peuvent avoir les phénomènes hallucinatoires sur leur mise en récit.

Dans le cadre d'un tableau clinique signant une schizophrénie, le repérage de voix hallucinées peut avoir une place centrale dans le diagnostic (tous les patients schizophrènes n'entendent pas de voix). Ces hallucinations intrusives ont aussi et surtout une place centrale dans la vie des patients. Pourtant, ce qui apparaît comme étant le plus difficile, notamment avec des patients qui adhèrent aux discours tenus par les voix, est de leur faire mettre en mots ce qu'ils entendent de façon hallucinée. Cette difficulté est essentiellement liée au caractère particulièrement angoissant de ces phénomènes. Par conséquent, pour certains patients schizophrènes le fait d'entendre des voix ne se repère pas d'emblée par le clinicien et ils restent, la plupart du temps, dans l'impossibilité d'avoir au moins la possibilité de verbaliser cette expérience « intime ». L'objectif est donc d'amener les patients à transmettre à un tiers le discours des voix hallucinées et d'observer la façon dont cela était rapporté [5,28,29]. L'intérêt d'une telle démarche est d'étudier la façon dont ils passent d'une expérience privée à une expérience partagée. De plus, la façon dont les patients mettent en mots un discours dont ils sont les seuls destinataires, les seuls à l'avoir entendu, soulève la question de la gestion des différents personnages impliqués (le patient, le clinicien, les voix hallucinées) et les différents discours qui traversent cet échange. Cette situation d'échange intersubjectif présente une spécificité, car il renvoie à un acte double. En effet, Lagache (1934) disait que le langage est : « [...] un acte double, divisé en deux parties qui sont chacune dans un individu différent : l'acte de parler, et l'acte d'« être parlé » [...] » [37]. Cette proposition prend tout son sens lorsqu'on s'attache à étudier la production narrative portant sur les voix hallucinées dans le cadre d'un échange intersubjectif. Dans ce cadre, le langage va renvoyer à l'acte de parler, d'être parlé (ou d'entendre parler), et de parler à un tiers, d'être parlé (ou d'entendre parler).

2.2. Dialogisme, polyphonie énonciative et discours rapporté

Ce passage par la linguistique nous permet d'aborder la situation clinique qui nous intéresse et plus particulièrement nous permet de définir certains indicateurs langagiers à repérer lors de la situation d'interaction.

Le dialogisme, pour Bakhtine [3,4], concerne le discours en général. Il désigne les formes de la présence de l'autre dans le discours. Pour lui, le discours ne peut émerger que dans un processus d'interaction entre une conscience individuelle et une autre qui l'inspire et à qui elle répond. La polyphonie énonciative, elle, a une acception strictement littéraire. Ducrot [17] reprenant Bakhtine [4] pose que la polyphonie énonciative est présente dans tout discours. Plusieurs instances énonciatives différentes (ou énonciateurs successifs « prenant la parole » dans ce qui est raconté) s'expriment et se manifestent dans un seul discours. Elles sont effacées (dans le sens où elles ne heurteraient pas celui qui les exprime) et/ou sont reconnues, identifiables en tant que telles [50,51]. Il y a dialogisme dès que deux voix se disputent un seul acte de locution ; le locuteur faisant alors référence à des propos qui ne sont originellement pas les siens et les mêle à son discours de façons diverses.

Il existe alors différentes manières possibles de rapporter le discours d'un tiers (ou son propre discours énoncé dans un autre temps et autre lieu). Il s'agit du discours rapporté [16]. Dans le discours rapporté, un locuteur rapporteur s'adresse à un interlocuteur dans un certain temps et un certain espace pour rapporter un discours énoncé à une autre époque et un autre lieu. Le locuteur rapporteur ne coïncide pas nécessairement avec le locuteur originaire. Il est donc nécessaire de distinguer le degré de fidélité, le mode de reproduction et la distance du locuteur. Le mode de reproduction traduit le fait que le discours d'origine puisse être reproduit intégralement dans sa forme d'origine ou qu'il puisse être plus ou moins transformé (« je dois partir » devient « il a dit : je dois partir » ou « il a dit qu'il devait partir »). Le degré de fidélité renvoie au fait que le discours émis peut être rapporté avec plus ou moins d'exactitude sans que cela procède d'une intention claire ou non du locuteur (« je dois partir » devient « il a dit qu'il devait partir », ou « il a dit qu'il partait »). Enfin, le type de distance du locuteur explicite si ce dernier rapporte le discours objectivement ou s'il y adhère plus ou moins totalement (« j'imagine qu'elle travaille » peut devenir « il s'imagine qu'elle travaille » : le sens est donc modifié en passant du « je » à « il »). Ces différents niveaux font intervenir la distinction de quatre types de discours rapportés : le discours rapporté cité, intégré, évoqué et narrativisé (cf. la partie méthodologie de ce travail).

Pour Bakhtine [3,4], il n'y a pas de dialogisme (deux voix se disputent un seul acte de locution) lorsque la parole d'autrui est rapportée au style direct ou si elle est citée (discours rapporté cité : « elle a dit : "je pars" »). La parole d'autrui est alors présentée par un acte de locution clairement attribué à un autre locuteur. Cette parole rapportée est totalement objectivée. Elle ne se diffuse pas dans la voix du sujet parlant. Le discours rapporté cité est donc strictement monologique : il n'y a pas de mélange de voix entre l'instance citante (ici, le patient qui

parle) et l'instance citée (ici, la voix hallucinée). Pour Ducrot [17], qui s'inscrit dans cette perspective, les autres formes de discours rapporté sont dialogiques dans la mesure où il y a traduction d'un acte de locution dans son contenu sans respect absolu de sa forme. Les propos rapportés le sont plus ou moins fidèlement, plus ou moins exactement, sans certitude qu'ils ne soient pas interprétés par l'instance citante. La langue française distingue quatre types de discours rapporté [16]. Le discours rapporté cité où le discours d'origine est reproduit tel qu'il a été énoncé (ex : « elle a dit : "tu es méchante !" »). Le discours rapporté intégré correspond à une transformation partielle du discours d'origine qui va s'intégrer partiellement dans le dire qui rapporte (ex : « elle a dit que j'étais méchante »). Le discours rapporté évoqué renvoie à une disparition totale du discours d'origine qui n'apparaît plus que par touche évocatrice (cela correspond à « comme il dit ; comme on dit »). Le discours rapporté narrativisé renvoie à une disparition dans le dire qui rapporte du discours d'origine (ex : « je suis heureux » devient « il a confié son bonheur »). Pour ces types de discours rapportés (intégré, évoqué, narrativisé), il y a mélange de voix : il y a dialogisme.

Ces éléments de la linguistique permettent alors d'aborder la situation d'interaction clinique [10,49] avec des patients schizophrènes hallucinés sous un angle différent. En effet, en s'attachant à l'étude de l'emploi du discours rapporté il n'y a pas de postulat a priori d'un trouble dans la construction du discours. Lorsque le sujet rapporte ce que lui a dit la voix hallucinée, il va donc naturellement et spontanément utiliser le discours rapporté. Néanmoins, il le fera de manière différente selon la distance qu'il entretient avec le discours de la voix hallucinée. On peut alors supposer qu'il va attribuer une autonomie à ce discours qui survient de façon intempestive (la source de la voix est indépendante de lui, elle est autre). Il devrait donc utiliser préférentiellement le discours rapporté cité. Ce qui caractérise ce type de discours rapporté est qu'il reproduit le discours d'origine (celui tenu par les voix hallucinées) tel qu'il a été énoncé. Il y a donc une autonomie du discours rapporté par rapport au dire qui rapporte (le discours sera alors monologique). L'halluciné utilisera donc plus le discours rapporté cité que les autres types de discours rapportés.

3. Méthodologie

3.1. Indicateur recherché : le discours rapporté

Les quatre types de discours rapporté ont été recherchés [16]. Le discours rapporté cité où le discours d'origine est reproduit tel qu'il a été énoncé (ex. : « elle a dit : "tu es méchante !" »). Le discours rapporté intégré correspond à une transformation partielle du discours d'origine qui va s'intégrer partiellement dans le dire qui rapporte (ex. : « elle a dit que j'étais méchante »). Le discours rapporté évoqué renvoie à une disparition totale du discours d'origine qui n'apparaît plus que par touche évocatrice (cela correspond à « comme il dit ; comme on dit »). Le discours rapporté narrativisé renvoie à une disparition du discours d'origine

dans le dire qui rapporte (ex : « je suis heureux » devient « il a confié son bonheur »).

Au cours de la phase d'analyse des récits, des discours rapportés ont été identifiés mais ils ne correspondaient à aucun des quatre types de discours rapportés précédemment définis. Ils ont été répertoriés et isolés sous le terme de discours rapporté indéterminé. La pertinence de cette catégorisation est liée au fait qu'il ne s'agissait pas formellement d'un discours rapporté cité (bien que le style soit direct), dans la mesure où il manquait les marqueurs langagiers permettant de l'identifier en tant que tel : « Elle me guide par exemple quand je suis perdu : "va à tel endroit, va à tel endroit". Elle me guide et je trouve mon chemin. » Dans cet exemple la voix guide le patient, mais « va à tel endroit » n'est pas introduit par un marqueur de discours rapporté (cela aurait pu être : « elle me dit "va à tel endroit" » ou encore « elle me dit d'aller à tel endroit »). En plus d'un souci de rigueur méthodologique dans l'analyse langagière de ces retranscriptions d'entretiens, la situation d'entretien, en tant que telle, mettait le clinicien face à des questionnements : « qui parle ? », « qui s'adresse à moi ? le patient ou sa voix hallucinée ? » Il n'y avait pas une perte de sens à proprement parler, mais une perte de cohérence dans le repérage des « interlocuteurs » dans l'actualité de l'entretien.

3.2. Population

Il s'agit de 14 sujets (six femmes et huit hommes) schizophrènes (répondant aux critères du DSM-IV de la schizophrénie) en phase hallucinatoire processuelle. L'âge moyen des patients est 28 ans. Treize d'entre eux sont hospitalisés dans un service de psychiatrie adulte, un seul est suivi en ambulatoire au moment de la recherche. Ils sont tous au moment de l'entretien sous traitement neuroleptique (typique ou atypique). Un seul sujet a vu ses symptômes apparaître tardivement, les autres ayant présenté un premier épisode psychotique au tout début de l'âge adulte. Tous ces patients sont préoccupés par leurs voix et ont eu des passages à l'acte autoagressifs. Aucun n'a eu de comportements hétéroagressifs.

Les critères d'exclusion étaient (a) de ne pas répondre aux critères DSM-IV et (b) la consommation actuelle de substances psychoactives.

3.3. Procédure

Les entretiens avec les patients ont tous duré entre 30 et 40 minutes. Pour ce faire, le clinicien disposait d'une grille composée de 47 relances qu'il utilisait en fonction du cas de chaque patient rencontré et de ses symptômes (questions fournies en [Annexe 1](#) et passant en revue de façon exhaustive l'expérience hallucinatoire ; si ces questions semblent inductrices, aucune n'incite plus particulièrement à rapporter le dire des voix d'une façon ou d'un autre). Les entretiens ont été enregistrés sur bande vidéo et le corpus recueilli a été retranscrit. Pour chaque entretien, les énoncés lors desquels les patients rapportaient les dires de ces voix ont été identifiés (une quinzaine en moyenne par patient). Le nombre de fois où les patients utilisaient l'un des types de discours rapporté a été

Tableau 1

Proportions et rangs moyens des différents types de discours rapportés (« cité » versus « narrativisé » versus « intégré » versus « évoqué » versus « indéterminé »).

	% moyen et ET	Rangs moyens et sommes	
« Cité » : « elle me disait : “va te jeter sous la voiture” »	51,48 (28,96)	4,25 ^a	59,50
« Indéterminé » : « va dans le sud, va dans le sud »	18,36 (17,53)	3,03 ^b	42,50
« Narrativisé » : « elle me disait sa jalousie »	14,94 (16,68)	2,96 ^b	41,50
« Intégré » : « c’est lui qui m’a dit que j’étais le Christ »	12,74 (15,14)	2,93 ^b	41,00
« Évoqué » : « je sais pas, des mauvais conseils »	2,46 (6,29)	1,82 ^c	25,50

Les rangs des différents discours sont présentés de 5 (celui qui est le plus fréquent) à 1 (le moins fréquent). Deux rangs portant une lettre différente, en indice, sont statistiquement différents.

compté et ramené au nombre de fois où le patient énonçait les dires de ses voix, et ce, pour chaque type de discours rapporté².

4. Résultats

4.1. Traitements statistiques et résultats

Pour chaque patient, l’emploi du discours rapporté a donc été compté. Nous avons ensuite calculé, pour chaque patient, la proportion de chaque type de discours par rapport à l’ensemble des discours rapportés utilisés par le patient. La répartition de chaque type de discours est présentée dans la Fig. 1. D’un point de vue purement descriptif, on constate que les discours rapportés les plus utilisés sont respectivement le discours rapporté cité, indéterminé, narrativisé, intégré et évoqué.

La petitesse de l’échantillon (n = 14) ne permettant pas d’accepter l’hypothèse de normalité des distributions, le choix du test statistique s’est porté vers une ANOVA de Friedman, pour comparer des rangs moyens occupés par chaque discours. Un test de Wilcoxon pour échantillons appariés a été utilisé pour comparer les discours deux à deux en fonction de leurs différences de rang. L’ensemble des données pour chaque discours est présenté dans le Tableau 1.

Comme attendu, il existe des différences significatives concernant la prévalence des différents types de discours rapportés utilisés (suite à une ANOVA de Friedman à 4 ddl fournissant un $\chi^2 = 18,12$, $p < 0,02$). En ordre décroissant, on trouve le discours rapporté cité, le discours rapporté indéterminé, le discours rapporté narrativisé, l’intégré et l’évoqué.

Les discours rapportés – intégré, narrativisé et indéterminé – occupent une place équivalente (15 % chacun) dans les discours rapportés des sujets (2,93 pour le discours intégré, 2,96 pour le discours narrativisé et 3,03 pour le discours indéterminé, voir

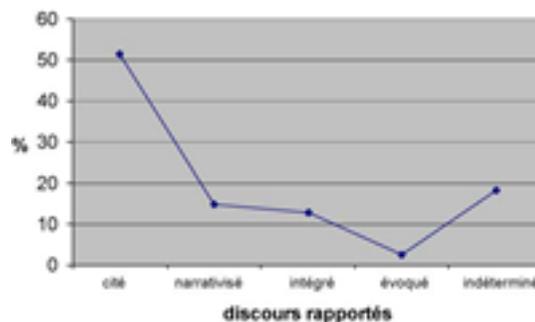


Fig. 1. Parts prises par les différents discours rapportés en pourcentages moyens.

Tableau 2 pour les contrastes par paires de rangs). Conformément, à ce qui était attendu, le discours rapporté cité est prévalent sur les autres types de discours rapportés (51,5 % avec un rang de 4,25 supérieur au rang de 3,03, le plus élevé des trois discours précédents, avec une valeur de Wilcoxon de 14, $p < 0,02$). Le discours rapporté évoqué est le plus rarement utilisé (moins de 3 %) et arrive significativement en dernière place (1,82, $W = 3$, $p < 0,05$).

4.2. Discussion des résultats

Dans la double approche phénoménologique [43] et psychanalytique (plus précisément dans la perspective ouverte par Lagache [37]), ce travail illustre la façon dont le discours tenu par les voix hallucinées s’inscrit dans le récit qu’en fait le patient. En effet, on peut dire que les patients sont en mesure de rapporter le discours des voix avec une intégration plus ou moins grande à leur trame narrative. La répartition de chacun des types de discours rapportés, mise en évidence par l’analyse des contrastes, apporte clairement cette information. Le fait que

Tableau 2

Comparaison par paires des rangs moyens des différents types de discours rapportés (« cité » versus « narrativisé » versus « intégré » versus « évoqué » versus « indéterminé ») grâce à un Wilcoxon pour échantillon apparié.

	W de Wilcoxon	p exact de Wilcoxon
« Cité » & « indéterminé »	14	0,013
« Indéterminé » & « narrativisé »	29	0,765
« Narrativisé » & « intégré »	35	0,749
« Intégré » & « évoqué »	3	0,020

² Comparer la proportion de chaque type de discours rapporté est en accord avec notre hypothèse sur la prévalence du discours rapporté « cité ». Pour plus de détail, dix patients ont majoritairement utilisé le discours rapporté « cité », un seul a majoritairement utilisé le discours « indéterminé », un seul le discours « intégré », un le discours « narrativisé » et un dernier a utilisé autant les discours « indéterminé » et « narrativisé » (χ^2 à cinq cases est égale à 11,45 ; $p < 0,001$). Par ailleurs, 13 patients ont utilisé le discours rapporté cité et pour 55 % en moyenne des énoncés des voix, 11 ont utilisé un discours rapporté indéterminé mais pour seulement 23 % de leurs énoncés ; dix ont utilisé le discours rapporté narrativisé mais pour 21 % de leurs énoncés ; huit ont utilisé le discours intégré pour 22 % de leurs énoncés et deux pour le discours rapporté évoqué pour 17 % de ces énoncés.

les sujets utilisent préférentiellement le discours rapporté cité indique qu'ils rapportent le discours des voix distinctement dans leur propre discours³. Le discours hallucinatoire est ainsi présenté comme totalement autonome du reste du récit. Il n'y a pas d'intégration de la voix hallucinatoire à la voix de l'halluciné. Deux instances énonciatives sont donc en présence, mais elles ne se répondent pas dans la trame narrative : elles sont distinctes et isolées l'une de l'autre.

Un autre point important de ces observations concerne l'emploi de ce qui avait été nommé discours rapporté indéterminé. Aussi bien au moment de l'entretien que de l'analyse des récits, il avait été impossible de déterminer avec certitude qui était la source du discours : la voix hallucinée ou la voix de l'halluciné (les marques l'introduisant faisant défaut). La proportion de ces discours indéterminés confirme le bien-fondé de les distinguer. De plus, les discours rapportés indéterminés viennent en seconde place, après les discours rapportés cités, dans les récits des schizophrènes. Les patients ont des difficultés, lorsqu'ils relatent ce qu'ont dit les voix, à toujours utiliser correctement le discours rapporté. Ils font comme si les voix « venaient elles-mêmes parler » en leur nom propre dans le récit en train de s'énoncer. La distinction n'existe plus entre le dire qui rapporte et le dit rapporté. Les patients ne se rendaient pas compte à ces moments précis du manque de clarté de leur discours. La question pour le clinicien n'est alors pas de savoir « qui parle ? » puisque c'est toujours le patient, mais comment il en parle. C'est ce qui transparait lorsqu'on tente de comprendre les interventions des deux locuteurs (voix hallucinée versus voix de l'halluciné) au sein d'une même trame narrative. L'emploi des autres types de discours rapporté (intégré, évoqué, narrativisé) montre que les patients parviennent parfois à assimiler dans leur parole, leur acte de locution, des instances énonciatives différentes, y compris les voix hallucinées.

L'écart dans la fréquence d'emploi de ces deux types de discours rapporté (cité et indéterminé) et les autres (narrativisé, intégré, évoqué) montrent que ce qui se négocierait au travers de la transmission du discours des voix à un tiers est d'être à l'origine ou non de ce discours et l'adhésion du patient au contenu de son propre discours halluciné.

Toutefois, ces résultats sont à modérer à plusieurs endroits. D'une part, le récit est recueilli dans le cadre d'un entretien en partie standardisé. Les patients ont sans doute été amenés plus à répondre en fonction de ce que le clinicien attend d'eux que de leur expérience hallucinatoire. Les résultats de cette étude ne peuvent être désolidarisés du contexte de recueil de données : tout travail clinique reposant sur du discours, ce dernier induit nécessairement une réponse qui correspondra à des degrés divers à ce que le clinicien attend. D'autre part, la méthode

employée ne permet pas de différencier les hallucinations auditives (voix extérieures) et les hallucinations psychiques (voix intérieures), comme cela est décrit par la sémiologie psychiatrique.

5. Conclusion

Les résultats de ce travail peuvent être intéressants au regard de la méthode utilisée et des possibilités de recherches à venir concernant la prise en charge de patients hallucinés (pour l'évolution du phénomène hallucinatoire et l'évolution du rapport du sujet à son hallucination).

La méthodologie portant sur le repérage de l'emploi des différents types de discours rapportés en lien avec les théories du dialogisme ou de la polyphonie est intéressante à plusieurs titres. Tout d'abord, la façon dont les patients mettent en scène les voix hallucinées dans leur discours n'a jamais été étudiée sous cet angle. L'étude de l'emploi des discours rapportés par des patients hallucinés a montré l'utilisation préférentielle du discours rapporté cité. Le discours hallucinatoire est dans ce cas présenté comme distinct et autonome du reste du récit. Il n'y a quasiment pas d'intégration de la voix hallucinée dans le récit de l'halluciné : il s'agirait d'un type particulier de monologue, monologue du patient poussé à l'extrême [38,39,41,45] sans assimilation réussie entre l'instance citante (les patients) et l'instance citée (les voix hallucinées).

Si les voix hallucinées dans la schizophrénie ont un caractère xénopathique, l'emploi du discours rapporté cité et indéterminé vient le mettre en évidence et le signifier dans la construction même du récit. Il semblerait que dans les cas de discours rapporté indéterminé et cité, il n'y ait pas appropriation du phénomène par le patient. Ce dernier ne se positionne pas comme « producteur » de cette voix ou comme « commentateur » de ce discours : il maintient une distance la plus grande possible entre ce qui a été dit par la voix hallucinée et ce que lui en dit. Il reproduit fidèlement, « objectivement », ce qu'il a entendu même si le contenu du message est douloureux et peut avoir des conséquences négatives pour lui.

Ces observations sont consistantes avec celles de Beese et Stratton [7] obtenues avec une méthodologie différente sur l'explication spontanée des hallucinations. Selon ces auteurs, lorsque les patients racontent leur rapport aux hallucinations, celles-ci sont généralement présentées comme des déterminants externes de leurs conduites. C'est très clairement le cas lorsque les voix semblent avoir un impact négatif sur les patients (émotions négatives, inhibitions, conséquences sur le quotidien) [40]. D'un point de vue clinique, l'état du patient halluciné pourrait alors être considéré comme d'autant plus préoccupant car générateur de souffrance. On peut alors envisager que la façon dont le patient met en scène ses voix constituerait un autre critère diagnostique possible, un critère additionnel de gravité. En effet, la façon dont le patient met en scène ses voix hallucinées et l'étude de la façon dont le patient adhère à ce discours halluciné pourraient permettre de mieux cerner les patients qui sont massivement angoissés par ces

³ Les patients qui n'utilisent pas le discours rapporté cité sont des patients qui reconnaissent entendre des voix mais qui refusent de rapporter ce qu'elles disent. Ce refus est motivé par la tension qu'elles entraînent : ils ne veulent pas le faire parce qu'ils ne peuvent pas encore verbaliser cette expérience. En revanche, le patient qui utilise essentiellement le discours narrativisé perçoit la voix de Dieu comme étant partie intégrante de sa vie psychique. Il s'approprie le discours entendu au point que celui-ci s'intègre dans la trame narrative.

phénomènes de ceux qui le sont moins. Par conséquent, l'étude des différents types de discours rapportés au cours du traitement constituerait une piste dans le travail clinique au quotidien pour évaluer l'évolution des patients hallucinés et l'impact de leur prise en charge [9,13,14,15]. D'ailleurs Gimenez, dans une autre perspective théorique et dans le cadre de suivis thérapeutiques, a observé une évolution des phénomènes hallucinatoires [24]. De façon complémentaire, Beese et Stratton [7] suggèrent que l'on pourrait amener le patient à modifier son point de vue sur l'origine des voix pour améliorer son état clinique. En amenant le patient à reconsidérer l'origine de ses voix, celles-ci pourraient prendre une dimension plus intériorisée et surtout plus contrôlable par le sujet. Les voix seraient alors moins intrusives car plus maîtrisables : elles perdraient alors leur caractéristique xénopathique si angoissante. À l'instar de ces auteurs, il ne faudrait pas seulement considérer le phénomène hallucinatoire avec son évolution dans la pathologie schizo-phrénique [46] et son évolution dans le cadre d'une prise en charge psychothérapeutique [32,23,30], mais aussi le rapport que le patient entretiendrait avec ses hallucinations. Ce lien que le patient manifeste au travers de son récit serait alors à explorer.

La situation d'échange intersubjectif est au cœur de toute pratique psychothérapeutique où la parole est centrale. L'un des problèmes majeurs de la clinique des patients hallucinés, sous traitement neuroleptique (qui arase les phénomènes délirants et hallucinatoires), est qu'ils cherchent alors à minimiser la présence de leurs voix à leur thérapeute. Or, dans une perspective clinique, en amenant le patient à construire un récit, il est implicitement obligé d'intégrer progressivement ses voix hallucinées à sa trame discursive. La verbalisation aussi bien du phénomène hallucinatoire que du lien l'unissant au patient a pour finalité l'amélioration de l'état clinique. L'étude du discours rapporté chez de tels patients permet d'aborder le passage d'un monologue intérieur où il y a un clivage d'un même locuteur à un dialogisme dans une situation d'interaction subjective (où les deux voix se mêlent et s'intègrent dans une même parole, un même acte de langage). Il y aurait alors un passage vers un dialogisme tolérable pour le patient schizophrène halluciné (dialogisme qui est originellement, rappelons-le « normal », à partir du moment où l'évocation d'un autre est présente dans un discours). Le discours qui émerge dans la situation d'interaction clinique entre une conscience (au sens linguistique) et une autre qui l'incite à parler et lui répond pourrait alors favoriser ce passage pour le patient halluciné d'un monologue à un dialogue intérieur (dans le sens d'une appropriation de l'expérience hallucinatoire) via un dialogue avec un tiers [43]. Enfin, cette méthodologie est peu contraignante et n'est pas propre à un paradigme de recherche. Elle est adaptée et utilisable facilement dans la pratique clinique auprès des patients hallucinés, ce qui n'est pas toujours le cas dans ce domaine de recherche [42].

En définitive, les résultats de ce travail ouvrent deux pistes de recherche. La première piste de recherche serait de comparer le récit des voix produites par des patients qui

hallucinent au récit produit par des patients qui n'hallucinent plus. Il serait alors possible de décrire comment des patients mettent en scène des discours hallucinés passés. Il est probable que l'évocation de ces hallucinations soit beaucoup plus intégrée dans la trame narrative que ce ne serait le cas pour un patient qui hallucine encore. Cette piste permettrait aussi de circonscrire des marqueurs discursifs permettant au clinicien de distinguer le patient qui a halluciné et qui n'hallucine plus du patient qui, sous traitement, dit ne plus halluciner mais qui hallucine peut-être encore. On peut ainsi s'attendre à ce qu'un patient qui fait encore l'objet d'hallucinations verbales rapporte plus souvent le discours des voix de façon citée ou indéterminée. La seconde piste de recherche est relative à l'évolution de l'emploi des discours rapportés dans le temps. Il serait intéressant de mettre en rapport les discours des patients avec leur évolution clinique ultérieure (rechute, stabilisation, état clinique asymptomatologique). En effet, la littérature psychiatrique décrit l'évolution naturelle et spontanée des phénomènes hallucinatoires. On peut alors se demander si le changement dans l'état clinique du patient vient modifier la façon dont il met en scène les voix hallucinées. Il s'agirait alors d'observer des changements dans l'utilisation des discours cités ou indéterminés en fonction de l'évolution de l'état clinique. Si de tels changements avaient lieu, la mise en scène des voix hallucinées dans les discours de ces patients pourrait alors servir d'indice diagnostique dans leur évolution thérapeutique.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Annexe 1. Questions et relances sur l'expérience subjective des voix. (Auteur : Jean Naudin)

1.1/. Avez-vous déjà entendu des voix ou vécu une expérience comparable, comme par exemple être soumis à des phénomènes étranges ou « paranormaux ? Si oui, décrivez-les.

1.2/ Le psychologue entoure les réponses adéquates.

Voix entendues au-dehors
Voix entendues en dedans
Simple pensée sonorisée
Sensations d'accompagnement visuelles
Sensations d'accompagnement sonores
Sensations d'accompagnement olfactives
Sensations d'accompagnement tactiles
Mouvements imposés sous l'influence des voix
Mouvements du larynx accompagnant les voix
Voix pouvant être reconnues
Voix inconnues
Voix déformées comme dans une machine
Voix identique à la voix naturelle
Voix bienveillantes
Voix malveillantes
Ordres
Injures
Commentaires
Dialogues

- 1.3/ Pouvez-vous comparer cette expérience avec d'autres situations où intervient l'usage du langage, les situations où l'on parle comme dans la vie de tous les jours, par exemple, lorsque deux personnes ont un dialogue ensemble, comme vous et moi aujourd'hui ?
- 1.4/ D'autres comparaisons vous paraissent-elles plus appropriées : par exemple la lecture, ou bien, la radio, ou bien encore la conversation au téléphone ?
- 1.5/ Pouvez-vous comparer cette expérience à celle que vous faites lorsque vous vous parlez à vous-même, lorsque, par exemple, vous pensez à quelque chose que vous avez à faire ou à dire ?
- 1.6/ Pensez-vous que ces expériences étranges ont une signification particulière ?
- 1.7/ Pensez-vous que d'autres personnes ont déjà vécu des expériences comparables ?
- 1.8/ Est-ce que vous pensez que votre expérience peut être racontée facilement ?
- 1.9/ Pensez-vous devoir vous protéger ou vous cacher activement, pour que personne ne devine vos pensées ?
- 1.10/ Vous arrive-t-il, et si oui dans quelles circonstances, de devoir éteindre la lumière afin d'échapper au regard d'autrui ?
- 1.11/ Avez-vous le sentiment que votre vie est dirigée par quelqu'un d'autre ?
- 1.12/ Lorsque vous recevez des ordres, vous sentez-vous obligé d'obéir à ces ordres quelles que soient vos propres intentions ?
- 1.13/ Pensez-vous que votre propre histoire, des événements particuliers de votre vie passée ou de celle de vos parents peuvent expliquer en partie ces phénomènes ?
- 1.14/ Plus généralement, ces phénomènes peuvent-ils à votre avis avoir un rapport quelconque avec une histoire que vous auriez vécue, déjà entendue ou même autrefois imaginée ?
- 1.15/ Pouvez-vous me dire ce que les autres, à votre avis, peuvent penser de ces voix ou de ces expériences étranges que vous vivez parfois ?
- 1.16/ De quoi parlent le plus les voix ?
- 1.17/ En particulier, arrive-t-il qu'elles commentent vos propres pensées, vos actes ou vos gestes ?
- 1.18/ Sont-elles parfois moqueuses ou ironiques ?
- 1.19/ Profèrent-elles parfois des injures à votre égard ?
- 1.20/ Parlent-elles la même langue que nous tous ?
- 1.21/ À quel moment parlent-elles plus volontiers ?
- 1.22/ Leur intervention vous paraît-elle le plus souvent à propos ou au contraire, vous paraissent-elles le plus souvent impromptues, sans aucun rapport avec la situation présente ?
- 1.23/ Les voix vous laissent-elles tranquilles ou, au contraire, vous empêchent-elles systématiquement de penser ?
- 1.24/ Souvenez-vous des circonstances dans lesquelles vous avez entendu des voix ou subi ces phénomènes étranges pour la première fois (lieu, âge, événements biographiques concomitants, présence d'autrui) ?
- 1.25/ Vous arrive-t-il de vous adresser vous-même directement à ces voix ? Si oui, à quels moments en particulier ? (Décrire la situation).
- 1.26/ Ces voix sont-elles parfois de bon conseil ? Donnez un exemple.
- 1.27/ Ces voix sont-elles parfois de mauvais conseil ? Donnez un exemple.
- 1.28/ Comprenez-vous les intentions de ceux qui parlent par ces voix ?
- 1.29/ Les voix sont-elles animées d'une intention quelconque à votre égard ?
- 1.30/ Donnez trois mots, phrases ou expressions différents pour qualifier ces voix ou ces expériences étranges (admettre qualificatifs, substantifs ou phrases courtes).
 - 2.1/ Vous arrive-t-il dans des moments de rêverie ou de réflexion – lorsque par exemple, vous êtes confronté à un problème difficile à résoudre (moral, pratique ou abstrait, personnel ou professionnel) –, de formuler silencieusement (c'est-à-dire, dans votre tête, pour vous seul) ces pensées avec des mots ? Donner un exemple.
 - 2.2/ Avez-vous le sentiment d'entendre votre propre voix lorsque vous lisez un livre silencieusement ? Faites-en maintenant l'expérience.
 - 2.3/ Si oui, reconnaissez-vous ainsi les caractères sonores de votre propre voix comme si vous l'entendiez vraiment (accent, sonorité, tonalité) ? Exercez-vous silencieusement à la reproduire et donnez trois mots pour la qualifier.
 - 2.4/ Pouvez-vous mentalement reproduire la voix d'un autre, quelqu'un que vous connaissez bien, par exemple un membre de votre famille ou la voix d'un chanteur (accent, sonorité, tonalité) ? Si oui, exercez-vous silencieusement à la reproduire et donnez trois mots différents pour la qualifier.
 - 2.5/ Dans toutes les expériences que nous venons de décrire et de faire ensemble, nous pouvons employer le mot de « voix intérieure ». Cette voix intérieure a-t-elle des points communs avec les voix que vous entendez parfois ? Si oui, décrivez ces points communs. Sinon essayez de décrire en quelques mots les éléments qui différencient ces voix de votre propre voix intérieure.
- 3.1./ Racontez une histoire, vécue ou inventée, parlant de ces voix à propos desquelles vous venez d'être questionné.
- 3.2./ Connaissez-vous une ou des histoires, une ou des fables, un ou des mythes dans lequel une personne ou le héros entend des voix ? Citez celles que vous connaissez et racontez-en au moins une.
- 3.3/ Ces dernières histoires, selon vous, pourraient-elles être mises en rapport avec une histoire que vous avez vécue ? Si oui, notez les points communs et indiquez les rapports qui peuvent exister entre les voix que vous entendez, ou avez entendues et les voix qu'entend le personnage des histoires que vous venez de raconter.
- 3.4/ Ces voix vous ont-elles fait ou vous font-elles encore actuellement souffrir ?
- 3.5/ Si oui, pensez-vous qu'il s'agisse d'une maladie ?
- 3.6/ Si vous pensez qu'il s'agit d'une maladie, pouvez-vous indiquer de quelle maladie il s'agit ?

- 3.7/ Pouvez-vous donner des preuves en faveur ou contre l'idée qu'il s'agit d'une maladie ?
- 3.8/ Connaissez-vous un moyen de soulager cette souffrance ?
- 3.9/ Si vous en recevez un, quel est l'effet du traitement médical ?
- 3.10/ Votre médecin vous a-t-il éventuellement expliqué cet effet, et si oui, comment ?
- 3.11/ Un traitement vous paraît-il nécessaire ? Pourquoi ?
- 3.12/ Quelle est en fin de compte l'explication qui vous paraît la plus convenablement adaptée à ces phénomènes ?

Références

- [1] American Psychiatric Association. Mini DSM-IV. Critères diagnostiques. Paris: Masson; 1994.
- [2] Anand A, Wales R, et al. Linguistic impairment in early psychosis. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:488-93.
- [3] Bakhtine M. Esthétique et théorie du roman. Paris: Gallimard; 1934, 1978.
- [4] Bakhtine M. Esthétique de la création verbale. Paris: Gallimard; 1953, 1984.
- [5] Banovic I. Une étude préliminaire sur le repérage des voix dans le discours grâce à des marqueurs de localisation dans le temps, dans l'espace, et des marqueurs de polyphonie. *Ann Med Psychol* 1999;157:650-4.
- [6] Barch D, Berenbaum H. Language production and thought disorder. In: *Schizophrenia. J Abnorm Psychol* 1996;5:81-88.
- [7] Beese AG, Stratton P. Causal attributions in delusional thinking: An investigation using qualitative methods. *Br J Clin Psychol* 2004;43:267-83.
- [8] Bion WR. Attaques contre la liaison. In: *Réflexion faite*. Paris: PUF; 1959. p.105-23.
- [9] Birchwood M, Gilbert P, Gilbert J, Trower P, Meaden A, Hay J, et al. Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: A comparison of three models. *Psychol Med* 2004;34:1571-80.
- [10] Blanchet A, et al. Recherches sur le langage en Psychologie clinique. Paris: Dunod; 1997.
- [11] Castillo MC. Les marqueurs langagiers du délire. Thèse de Doctorat en Psychologie Clinique et Psychopathologie. A. Blanchet, dir. Université Paris VIII-Saint-Denis; 2000.
- [12] Castillo MC, Blanchet A. Études des marqueurs de cohérence textuelle dans le délire. *Ann Med Psychol* 2001;159:496-504.
- [13] Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1994;164:190-201.
- [14] Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices II: the beliefs about voices questionnaire (BAVQ). *Br J Psychiatry* 1995;166:773-6.
- [15] Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices: Testing the validity of a cognitive model. *Psychol Med* 1997;27:1345-53.
- [16] Charaudeau P. Grammaire du sens et de l'expression. Paris: Hachette; 1992.
- [17] Ducrot O. Le dire et le dit. Paris: Minuit; 1984.
- [18] Ey H. Traité des hallucinations. 1. 2. Paris: Masson; 1973.
- [19] Freud S. Les psychonévroses de défense (Essai d'une théorie psychologique de l'hystérie acquise de nombreuses phobies et obsessions et de certaines psychoses hallucinatoires). In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF; 1894. p. 1-14.
- [20] Freud S. Note sur l'inconscient en Psychanalyse. In: *Métapsychologie*. Paris: Gallimard; 1912. p. 173-85.
- [21] Frith C. The role of the prefrontal cortex in self-consciousness: the case of auditory hallucinations. *Philos Trans R Soc London* 1996;B. 351:1505-12.
- [22] Frith C. Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie. Trad B. Pachoud, C. Bourdet. Paris: PUF; 1992.
- [23] Gimenez G. Des voix à la parole. In: Green & al. (Eds.), *Pulsions, représentations, langage. Théorie et clinique psychanalytiques*. Genève: Delachaux et Niestlé; 1997. p. 93-133.
- [24] Gimenez G. Le travail de l'hallucination. *Clin Mediterr* 2000;62:149-67.
- [25] Gimenez G. Clinique de l'hallucination psychotique. Paris: Dunod; 2000.
- [26] Gimenez G. La psychothérapie des patients psychotiques hallucinés. *Cah Psychol Clin* 2003;21:83-97.
- [27] Guelfi JD, Boyer P, Consoli S, Olivier-Martin R. *Psychiatrie*. Paris: PUF; 1987. p. 227.
- [28] Guigo-Banovic I, Gimenez G, Pédieli JL. Le rapport au temps, à l'espace et au discours des voix d'un point de vue psychopathologique. *Ann Med Psychol* 2005;163:726-31.
- [29] Guigo-Banovic I, Naudin J, Collet R, Pédieli JL. Le rapport au temps dans les récits de l'expérience subjective des voix. *Ann Med Psychol* 2003;161:774-9.
- [30] Haddock G, Slade PD, Bental RP. Auditory hallucinations and the verbal transformation effect: The role of suggestions. *Person Indiv Diff* 1995;19:301-6.
- [31] Hoffman RE. What can schizophrenic "voices" tell us? *Behav Brain Sci* 1986;9:535-48.
- [32] Hoffman RE. The Duphar lecture: On the etiology of alien nonself attributes of schizophrenic 'voices'. *Psychopathol* 1991;24:347-55.
- [33] Hoffman RE, Rapaport J, et al. Selective speech perception alterations in schizophrenic patient reporting hallucinated "voices". *Am J Psychiatry* 1999;156:393-9.
- [34] Joussetme-Epelbaum C. Contribution à l'étude du raisonnement logique dans la schizophrénie. Thèse de Doctorat de l'Université Paris 5, sous la direction de M. de Bonis ; 1996.
- [35] Keschemeti S, Sarfati Y, Besche C, Hardy-Baylé MC. Aspects cognitifs des hallucinations auditives chez les patients schizophrènes. *Evol Psychiatr* 2000;65:325-39.
- [36] Lacan J. Les psychoses. Le Séminaire, livre III. Paris: Seuil; 1955-1956.
- [37] Lagache D. Les hallucinations verbales et la parole. Les hallucinations verbales et travaux cliniques. Œuvres 1, 1932-1946. Paris: PUF; 1934. p. 1-134.
- [38] Leudar I, Thomas P, Johnston M. Self repair of schizophrenics: Effects of hallucinations and negative symptoms. *Brain Lang* 1992;43:487-511.
- [39] Leudar I, Thomas P, McNally D, Glinski A. What voices can do with words: pragmatics of verbal hallucinations. *Psychol Med* 1997;27: 885-98.
- [40] Liester MB. Inner voices: distinguishing transcendent and pathological characteristics. *J Transpers Psychol* 1996;28:1-30.
- [41] Lysaker PH, Lysaker JT. Psychosis and the disintegration of dialogical self-structure: problems posed by schizophrenia for the maintenance of dialogue. *Br J Med Psychol* 2001;74:23-33.
- [42] Massoud S, Thuras P, Nasrallah H, Georgopoulos P. The internal structure of the phenomenology of auditory verbal hallucinations. *Schizoph Res* 2003;61:185-93.
- [43] Naudin J, Azorin JM, Giudicelli L, Dassa D. Les histoires hallucinées. Vers une analyse narrative des hallucinations acoustico-verbales. *Evol Psychiatr* 1996;61:345-58.
- [44] Pédieli JL, Bertagne P, Von Kracht H. Paroles de psychotiques. *Nervure* 1990;7:10-5.
- [45] Stanghellini G, Cutting J. Auditory verbal hallucinations - Breaking the silence of inner dialogue. *Psychopathology* 2003;36:120-8.
- [46] Tausk V. De la genèse de « l'appareil à influencer » au cours de la schizophrénie. *Psychanal* 1919;1958:227-65.
- [47] Thomas P. Thought disorder or communication disorder. Linguistic science provides a new approach. *Br J Psychiatry* 1995;166:287-90.
- [48] Thomas P, Fraser W. Linguistics, human communication and psychiatry. *Br J Psychiatry* 1994;165:585-92.
- [49] Trognon A, et al. L'approche pragmatique en psychopathologie cognitive. *Psychol Fr* 1992;37:3-4.
- [50] Vion R. De l'hétérogénéité des instances énonciatives. *Cah Fr Contemporain* 1994;1:227-45.
- [51] Vion R. Sens, interactivité et dialogisme. *Cah Inst Linguist Louvain* 1996;22:57-67.
- [52] Wolfson L. Le schizo et les langues. Paris: Gallimard; 1970.