

Banovic, I., Gilibert, D., Jebrane, A. (2008). La position temporelle et spatiale dans les histoires hallucinées. *L'Encéphale*, 34, 589-596. [doi:10.1016/j.encep.2007.09.008](https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.09.008)

^a *Laboratoire IPSÉ-Paris-X-Nanterre, université de Bourgogne, pôle AAFE, esplanade Erasme, B.P. 26513, 21065 Dijon cedex, France*

^b *Université de Bourgogne, SPMS EA 4180, pôle AAFE, esplanade Erasme, B.P. 26513, 21065 Dijon cedex, France*

^c *Institut mathématique de Bourgogne (IMB) UMR du CNRS 5584, 9, avenue Alain-Savary, 21000 Dijon, France*

Résumé Les hallucinations sont fréquemment définies comme des perceptions sans objet à percevoir. Pour les étudier, le clinicien ne peut avoir accès qu'au récit qu'en fait le patient. Dans cette étude, nous nous sommes donc intéressés aux marqueurs de localisation dans le temps et dans l'espace présents dans des récits produits par des patients hallucinés. Quatorze discours ont été recueillis auprès de patients schizophrènes entendant ou ayant entendu des voix. L'analyse de ces discours montre qu'ils respectent parfaitement les règles usuelles de la narration. Les résultats montrent que pour raconter à un tiers l'expérience hallucinatoire, les sujets doivent mettre cet événement hallucinatoire en correspondance avec un autre événement spécifique de leur vie. L'emploi fréquent des marqueurs de position spatiale relative dénote une localisation spatiale propre des voix hallucinées. Le récit permet de conférer aux voix hallucinées une place dans l'histoire du sujet. Les «histoires hallucinées» constituent un passage du privé à l'intersubjectif, une appropriation de cette expérience par le patient. Cette expérience mise en mots constitue un produit distinct de soi. Cette distinction entre soi et non soi, l'halluciné et ses voix, serait portée pour partie par les marqueurs de position temporelle et spatiale

*

MOTS CLÉS Voix ; Récit ; Analyse de discours ; Schizophrénie ; Temps ; Espace

Summary

Introduction. – Hallucinations are often defined as perceptions when there is no object to perceive. However, clinical practitioners only have access to what their patients tell them about their hallucinations. By cooperating in the construction of a meaning for the hallucination, practitioner and patient can reach a common ground. This “co-construction” produces “hallucinatory stories” that are narratives, which revolve around this phenomenon. This raises the question of where the voices are temporally and spatially in the structure of the narrative. **Methods.** – Fourteen patients meeting the DSM-IV schizophrenia criteria were included and took part in a filmed standardized interview. The markers of temporal and spatial localization were listed and their occurrence in the narrative calculated (Student t test and Wilcoxon test).

Result. – The results revealed that:

- a significant difference between the present and perfect tenses. There is a distinction between what is happening now and what has happened in the past;
- a significant difference between the markers of temporal localization such as accomplishment and position. The hallucinatory phenomena repeat themselves. Furthermore, the subjects’ judgments concerning the moment at which the hallucinatory phenomenon arises are objective and are accompanied by a temporal reference associated with their story;
- a significant difference between the markers of spatial localization, with relative positions being preferred. The voices constitute a distinct, autonomous spatial reference for hallucinating subjects.

Conclusion. – The narrative makes it possible to give the hallucinatory voices a place in the subject’s story. The “hallucinatory stories” represent a transition from the private to the intersubjective world, a way for subjects to appropriate these experiences. When articulated in words, this experience is a product distinct from the self. This distinction between self and non-self, the hallucinating patient and his/her voices, seems to be conveyed in part by the markers of temporal and spatial position.

Introduction

Cette étude porte sur le récit que font des patients atteints de schizophrénie sur leurs voix hallucinées. Le clinicien n’ayant accès qu’au récit de l’hallucination, il est nécessaire d’étudier les caractéristiques de ce récit en s’inscrivant dans la double perspective de Lagache et Naudin. Ce travail est une opérationnalisation des «histoires hallucinées» [24]. Autrement dit, il s’agit de dégager les possibles caractéristiques des récits construits à partir des voix, et plus précisément, se demander quelle est la nature de l’inscription spatiotemporelle de l’expérience hallucinatoire dans le récit du sujet [11,12]. Les deux objectifs de ce travail sont donc de déterminer:

- la nature de l’inscription temporelle des voix dans le récit;
- la façon dont les sujets localisent spatialement les voix indépendamment de la nature de celles-ci (auditives ou psychiques) (Fig. 1).

Revue de la littérature

La définition française la plus connue de l’hallucination comme perception sans objet à percevoir est celle d’Ey [6]. La dimension perceptive se retrouve dans les approches de Jaspers et Schneider des hallucinations auditives. Pour le premier, elles surviennent dans un espace extérieur objectif alors que pour le second, cet aspect objectif est pondéré par l’idée qu’il peut s’agir d’une sensation subjective:

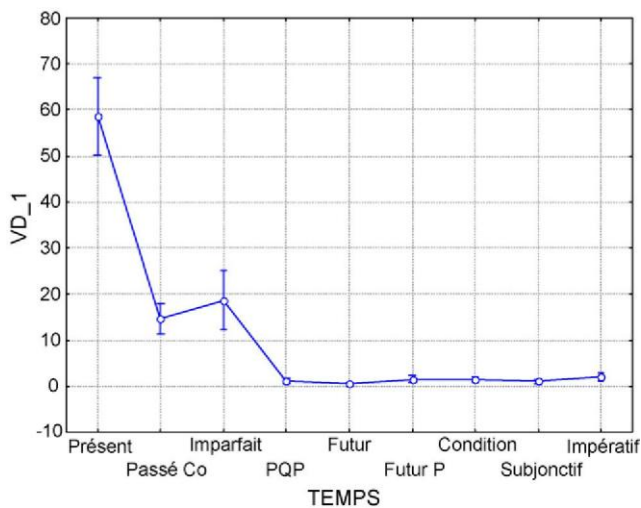


Figure 1 Représentation graphique des pourcentages d'emploi des temps.

VD 1 : pourcentage moyen
 Passé Co: passé composé
 PQP : plus-que-parfait
 Futur P: futur périphrastique
 Condition : conditionnel

Les barres verticales représentent les intervalles de confiance à 0,95.

quelque chose est entendu indépendamment du repérage avec l'espace externe. Sans entrer plus dans ce débat, il est possible de reprendre la perspective consensuelle de Hunter [15] qui définit les hallucinations auditives comme ce qui est ressenti, un entendu. De plus, certains auteurs avançaient l'idée que les hallucinations pourraient devenir plus internes dans les psychoses chroniques [24]. Il semblerait donc pertinent de ne pas considérer uniquement les hallucinations en fonction de leur situation spatiale mais aussi de considérer la caractéristique subjective qu'elles revêtent pour le patient et leur forme d'expression. En effet, les patients schizophrènes présentent souvent un tableau clinique où des voix hallucinatoires sont fréquemment entendues. Le DSM-IV les intègre notamment dans les critères diagnostiques de la schizophrénie. Les voix sont considérées comme l'un des symptômes central de la schizophrénie au point que leur absence remettrait en cause le diagnostic [23,26]. Ainsi, le DSM-IV considère que: «*Un seul symptôme du critère A est 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*». Au-delà de la question de l'importance de ce symptôme dans la schizophrénie ou de leur apparition dans d'autres contextes, se pose la question du lien que peut entretenir le sujet halluciné avec ses voix. Il semblerait que celles qui sont décrites comme étant à distance de lui sont des voix anonymes et menaçantes, alors que les voix décrites comme étant proches seraient bienveillantes [14]. Quoi qu'il en soit la façon dont les voix sont racontées par les patients apparaît être une source d'information et de compréhension du monde intersubjectif du sujet halluciné. En effet, le lien que le sujet entretient avec les voix hallucinées serait similaire au lien qu'il peut entretenir dans la réalité dans ses relations aux autres [14]. Il semblerait alors que si le repérage clas-

sique des hallucinations peut apparaître comme nécessaire, il serait important de se concentrer sur la façon dont le sujet en rend compte. Se centrer sur le discours des patients hallucinés pourrait constituer une nouvelle voie d'investigation. En France, Daniel Lagache en 1934, tenait déjà une position assez proche [17]. En effet, pour lui, dans le cas des patients hallucinés, il est nécessaire de confirmer leur comportement ou ce qui est observable par leur discours. La confirmation discursive du patient qui hallucine implique deux temps: celui qui renvoie à l'hallucination et celui de sa mise en réflexion, de sa mise en mots. Et, cette mise en récit se structurerait autour de deux axes: « celui de parler à un interlocuteur du fait d'être parlé par des voix ». Si la mise en récit apparaît comme une source d'informations pour le clinicien, elle apparaîtrait comme fondamentale pour le patient [14,15,20] car elle renverrait à une détresse psychologique et une mise en ce sens du phénomène hallucinatoire. Le sens à attribuer aux voix, d'un point de vue théorique, varie selon les modèles:

- dans le modèle de Kraepelin, les voix ne veulent rien dire: elles sont les témoins d'un trouble de la perception;
- dans le modèle de Bleuler, les voix ont une signification mais elles sont dues à une désorganisation, une dissociation de la conscience;
- dans le modèle Freudien, les voix ont une signification et rendent compte d'un rejet d'une représentation intolérable.

En fait, Freud a deux conceptions de l'hallucination :

- la première qu'il exprime dans le modèle du rêve et dans le développement psychique de l'enfant: l'hallucination de la satisfaction, l'hallucination de la présence de l'absent [7,8] ;
- la seconde comme résultat d'un mécanisme de défense pathologique: le rejet [9].

Cette conception de l'hallucination s'apparente aux mécanismes projectifs. Dans ce mécanisme, le moi rejette la représentation insupportable en même temps que son affect, ce qui plonge le sujet dans la psychose. En effet, si le moi s'arrache à la représentation inconciliable, il se coupe par là-même au fragment de la réalité qui était attachée à cette dernière. Cette approche sera reprise par J. Lacan dans sa conceptualisation de la forclusion [16] où ce qui fait retour dans l'hallucination est ce qui a été forclus, ce qui a été rejeté et qui n'a pas été symbolisé. Les voix constituent donc un signe de souffrance psychique et une désorganisation, une indifférenciation entre le monde intérieur et le monde extérieur. Toutefois, la mise en sens telle qu'elle peut être faite par le sujet via sa mise en récit n'est que peu étudiée (le plus souvent elle est reliée au délire) (Tableaux 1 et 2).

La phénoménologie psychiatrique, elle, en se situant en dehors des classifications aborde l'expérience hallucinatoire comme un moyen d'accès à la structure essentiellement narrative de la réalité qui passe par la prise en compte de la dimension d'altérité de l'expérience [18,19,24,25]. L'expérience est ici à la fois l'expérience hallucinatoire (où

Tableau 1 Les grandes catégories de marqueurs de localisation temporelle.Anova de Friedman khi2 ($N = 14$, $dl = 5$) = 42,91753 ($p = 0,00000$)

	Rang moyen	Somme	Moyenne	Écart-type
Absence de temps	1,68	23,5	4,56	3,36
Identification	4,11	57,5	18,85	7,88
Vision	3,85	54	16,43	6,88
Position	4,57	64	22,98	10,43
Référence	1,71	24	6,54	7,29
Accomplissement	5,07	71	29,89	11,33

Tableau 2 Comparaison des marqueurs de localisation spatiale par contraste. (test de Wilcoxon pour échantillons appariés).Test t pour des échantillons appariés différences significatives marquées à $p < 0,05000$

	N	T	Z	valeur dep
Position absolue environnement	14	29	1,47	0,14
Position relative proximité/ distance	14	10	2,67	0,007
Position absolue hors environnement	14	0	3,29	0,000
Position absolue proximité/ distance	14	34	0,80	0,42
Position absolue horizontale	14	30	0,70	0,48
Position relative horizontale	14	1	3,23	0,001
Position absolue verticale	14	0	3,29	0,000
Position relative verticale	14	5,50	2,95	0,003

le sujet peut répondre aux voix qu'il entend et où les voix peuvent dialoguer entre elles) et l'expérience intersubjective (patient/ clinicien). En attribuant, en co-construisant un sens à l'hallucination, le clinicien et l'halluciné peuvent trouver un terrain de rencontre. Cette co-construction produit les « histoires hallucinées » (définies par J. Naudin) qui sont les récits qui de près ou de loin gravitent autour de ce phénomène [24].

Afin de travailler la question du récit des expériences hallucinatoires, cette étude s'inscrit dans les deux perspectives — considérées comme complémentaires — celle de Lagache (qui invite à ne pas considérer uniquement le symptôme mais la mise en récit de celui-ci et souligne les deux temps distincts que sont l'hallucination et sa mise en récit) et celle de Naudin qui considère que le récit que les patients font à propos des voix qu'ils entendent leur confère un statut d'objet d'un échange intersubjectif.

Hypothèses

Conformément à la pensée de Naudin qui considère que les récits autour des voix sont des histoires et conformément à la pensée de Lagache qui pose qu'entendre des voix et raconter cette expérience sont deux moments distincts, nous formulons les hypothèses suivantes:

- l'évaluation de l'écart entre l'hallucination et son

récit peut être contournée car même si les hallucinés entendent des voix (au moment où ils parlent), ce qu'ils racontent ne peut appartenir qu'au passé. On s'attend donc à ce que les temps utilisées soient le passé composé et le présent (temps de la narration orale);

- l'expérience hallucinatoire est marquée par sa répétition dans l'histoire du patient. Les marqueurs de localisation dans le temps spécifiant l'accomplissement seront alors les plus employés;
- par ailleurs, les patients sont souvent en mesure lorsque les expériences hallucinatoires sont récentes de préciser à quel moment elles se réalisent. Les marqueurs de localisation dans le temps permettant l'identification (qui spécifient le moment de réalisation) seront plus employés que les autres types de marqueurs;
- les voix sont fréquemment décrites comme étant soit localisées à l'intérieur de la tête du sujet soit à l'extérieur. Le sujet apparaît donc comme la référence centrale de l'organisation spatiale et de repérage des phénomènes hallucinatoires.

Le sujet halluciné va situer les voix qu'il entend en fonction de sa propre position spatiale. Les positions absolues (lorsque celui qui parle structure l'espace par rapport à sa propre position) seront donc préférentiellement employées par rapport aux positions relatives (la référence n'est pas celui qui parle mais une référence extérieure). De plus, les voix des patients étant essentiellement perçues comme négatives et malveillantes, leur localisation devrait être à distance du sujet (comme le laissent entendre les travaux de Hayward [14].

Méthodologie

Population

Il s'agit de 14 sujets (six femmes et huit hommes) entendant ou ayant entendu des voix. L'âge moyen des patients est de 28 ans. Tous répondent aux critères DSM-IV de la schizophrénie (diagnostic posé par le psychiatre de l'unité d'hospitalisation). L'échantillon est hétérogène car le patient le plus jeune a 18 ans et le plus âgé 45 ans. Tous les sujets entendent des voix depuis le début de leurs troubles. Tous (sauf un qui est suivi en ambulatoire) sont hospitalisés pour une rechute liée soit à une détérioration de leur état clinique soit à une rupture thérapeutique. Tous

sont préoccupés par leurs voix qui les ont conduits à avoir des comportements uniquement auto-agressifs et tous les considèrent comme négatives ou malveillantes.

Conditions de l'entretien

L'entretien s'est déroulé au sein du service hospitalier dans lequel ces patients étaient hospitalisés. Il a été filmé ce qui a permis un recueil fiable du discours des patients. L'entretien reposait sur les réponses à une grille composée de 47 relances. Le biais le plus important d'une telle méthode est qu'elle induit et oriente la production discursive.

Le corpus recueilli a été analysé à partir des marqueurs sémantiques permettant la localisation dans le temps et dans l'espace.

Les marqueurs sémantiques de localisation dans le temps et dans l'espace

Les grandes catégories de marqueurs langagiers recherchés sont: les marqueurs de localisation dans le temps et les marqueurs de localisation dans l'espace. Leur identification repose sur le travail de P. Charaudeau (1992) [4]:

Les marqueurs de localisation dans le temps

Les marqueurs de localisation dans le temps sont constitués par les temps des verbes (présent, passé composé, etc.) et certains types de mots renvoyant à de plus vastes catégories de marqueurs (marqueurs d'identification temporelle, de situation, de vision, de position, etc.).

Les temps des verbes recherchés étaient les suivants:

- le présent signifie que le processus se réalise au moment où le locuteur parle (par exemple: «je bois un café»);
- l'imparfait marque la coïncidence entre un procès et un point de repère qui est passé sans être localisé dans le temps. Ce n'est pas le procès qui est passé, mais le point de vue auquel on se situe pour le saisir en cours de déroulement. Il porte une caractéristique propre qui est que le sujet perçoit le procès de l'intérieur;
- le plus-que-parfait exprime le stade accompli du processus qui se trouve dans un présent inactuel exprimé par l'imparfait;
- le passé simple permet d'exprimer un tout parfaitement circonscrit et délimité. L'emploi du passé simple à la première personne implique un narrateur racontant son passé en le mettant à distance;
- le passé composé marque un passé qui n'est pas détaché du présent. C'est le temps de celui qui relate les faits en témoin. La position du passé composé engendre deux valeurs fondamentales: celle de passé révolu où le processus réalisé est complètement coupé du présent actuel,

- le futur, qu'il soit simple ou périprastique n'a pas besoin de circonstant temporel. Dans le futur périprastique (aller au présent+ verbe à l'infinitif) l'énonciateur pose son énoncé comme certain. C'est le futur proche, le futur d'imminence. Le futur simple exprime un processus non encore réalisé et qui se trouve dans un « avenir » coupé du présent actuel du sujet parlant. Il relève du non certain. Le futur antérieur exprime un stade accompli du processus dans une position de postériorité par rapport au moment de l'acte d'énonciation.

Les marqueurs de localisation dans le temps:

- L'identification temporelle consiste à spécifier le moment où se réalise le processus quelle que soit sa situation (passé, présent, futur) ou son extension (ponctuelle durable): en août, en 1980, etc.
- La situation est marquée par des indicateurs qui précisent un moment relatif à une actualité qui joue le rôle de référence. Ils se distribuent en situation d'antériorité ou de postériorité autour de cette référence.
- La vision considère le point de vue du temps qui est nécessaire au processus pour se réaliser. La vision ponctuelle a, par exemple, pour indicateurs: le 18 août; dimanche, vers les minuit; aux environs de cinq heures.
- La vision durative a, par exemple, pour indicateur en quelques mois, sur trois ans, pendant trois mois, depuis, il y a + indicateur temporel + que, jusqu'à.
- La position: il s'agit d'une position orientée (en avant, après, pendant) par rapport à une référence quelconque ou en corrélation avec un autre événement. Cette position peut être l'objet d'un jugement objectif ou subjectif de la part du sujet parlant (par exemple: avant+ nom, après+ nom, déjà, tard, etc.).
- La référence: il s'agit de déterminer la référence temporelle par rapport à laquelle se détermine l'action (il y a, voilà, ça fait+indicateur temporel; à partir de, dès+indicateur temporel); au bout de+indicateur temporel (indique le terme d'une période); jusqu'à.

Pour l'accomplissement, le processus est ici constitué du point de vue: début, fin et déroulement (se mettre à + infinitif, arrêter de + infinitif, venir de + infinitif; constamment, sans cesse, encore, toujours, souvent, etc.).

Les marqueurs de localisation dans l'espace: les positions absolues et les positions relatives

Les positions absolues. Le sujet parlant structure l'espace par rapport à sa propre situation. On distingue donc des marqueurs d'environnement immédiat (autour, près de moi, etc.) ou hors environnement immédiat (ailleurs, là-bas, etc.), les marqueurs signant l'axe horizontal (devant, en arrière, etc.) et l'axe vertical (au-dessus, en bas, par terre, etc.), et l'occupation (partout, nulle part, etc.).

Les positions relatives. Les positions relatives constituent le lieu où se situe un être par rapport à une référence extérieure au sujet parlant. Elles comprennent les localisations d'un lieu ponctuel (à position qui coïncide avec un lieu), d'un lieu extensif (dans, à l'intérieur de, en dehors de+ un lieu

¹ Nous n'avons pas utilisé le BAVQ [3] qui ne permet que des réponses en oui/non ou l'IVI (21) qui évaluent les croyances des patients sur une échelle de Likert ou la PSYRATS [13] qui évalue les caractéristiques des voix. Ces outils ne permettent pas de recueillir de récit, celle de passé récent où le processus appartient déjà au passé sans être encore totalement détaché du présent;

qui est circonscrit par des limites), l'orientation verticale (au-dessus de, au-dessous de, etc.) et horizontale (devant, à l'avant de, face à), la proximité ou la distance (contre, près de, au contact de, loin de, etc.).

Pour chaque entretien, les marqueurs signant un marquage temporel et spatial étaient recensés. Le nombre de fois où les patients utilisaient l'un ou l'autre des types de marqueurs a été compté et ramené au nombre total de marqueurs temporels/spatiaux utilisés lors de l'entretien. En raison de la petitesse de l'échantillon, des tests non paramétriques pour échantillons appariés ont été utilisés (test du t de Student et test de Wilcoxon). L'analyse statistique devrait mettre en évidence s'il existe des occurrences dans le choix des marqueurs. L'absence de groupe témoin est préjudiciable à l'étude. Cette absence est liée à deux faits :

- le premier est qu'il est difficile de comparer le discours de patients schizophrènes non hallucinés aux discours des patients schizophrènes hallucinés puisque l'objet du récit ne pourra pas être les voix hallucinées;
- le second est relatif à la difficulté de rencontrer des personnes non schizophrènes qui entendent des voix et qui acceptent de raconter, dans une perspective de recherche, leur expérience hallucinatoire.

Résultats

Les temps du discours et les marqueurs de localisation temporelle

Les temps les plus fréquemment employés sont respectivement le présent, l'imparfait et le passé composé. Ces temps sont les temps du récit. Les autres temps (passé simple, le futur antérieur, le passé antérieur) ne sont pas fréquemment utilisés car ils relèvent peu du discours oral. Ce clivage entre présent et temps du passé montre qu'il a donc bien deux temps distincts: celui de la réalisation effective du phénomène et celui de sa mise en récit pour un interlocuteur. Pourtant, à l'intérieur même des temps les plus fréquemment utilisés, leur fréquence d'emploi met en évidence certaines caractéristiques.

La différence significative entre le présent et le passé composé montre que même si le passé composé est un temps proche du présent, les sujets opèrent une distinction entre ce qui concerne l'actualité et ce qui appartient au passé même récent.

Il n'y a pas de différence significative entre le passé composé et l'imparfait (test de Wilcoxon pour échantillons appariés, $p=0,33$). Le fait qu'ils ne se distinguent pas significativement l'un de l'autre laisse penser que ce qui est raconté n'appartient pas à un passé révolu: « [] *Récemment oui, je les ai entendues avant de venir ici.* [] ». Autrement dit ce qui est raconté conserve une certaine actualité soit parce que l'événement appartient à un passé très récent soit parce qu'il est relaté avec la perception que le sujet en avait sur le moment: « [] *C'était une voix plutôt malsaine. C'était pas une bonne voix. Quand je devais faire un truc, aller à l'ANPE d'un seul coup il y avait cette voix qui apparaissait et qui disait: 'non c'est pas la peine d'y aller'.* [] ». Lorsque le patient construit un récit, ses voix conservent une certaine présence. On peut alors penser que soit leur survenue est très récente soit la mise en narra-

tion pour un interlocuteur nécessite de revivre l'événement hallucinatoire de l'intérieur.

Enfin, les temps du futur sont peu employés [10,11]. Il existe toutefois une différence significative entre le futur simple et le futur périphrastique avec un emploi préférentiel du second sur le premier (test de Wilcoxon pour échantillons appariés, $p=0,23$). Les patients envisagent le futur comme intrinsèquement rattaché au présent: « [] *[elle dit] que je ne vais pas guérir. Elle a dit qu'elle fera tout pour me nuire.* [] ». Le futur est donc envisagé dans son immédiate continuité avec le présent, son imminence par rapport au présent. Le futur plus lointain dans le temps semble plus difficilement envisageable par les patients.

Les marqueurs de localisation dans le temps diffèrent dans leur emploi de façon significative (Anova de Friedman). On trouve par ordre décroissant d'occurrence l'accomplissement, la position, l'identification, la vision, la référence et l'absence de temps. Ne seront décrits ici que les deux marqueurs d'accomplissement et de position qui ont les résultats les plus significatifs si on les compare deux à deux.

L'accomplissement permet de saisir l'événement selon un point de vue (à partir de son début, de son déroulement ou de sa fin) ou dans son aspect répétitif: « [] *non elles arrêteront jamais, ils arrêtent pas* [de parler] ». Les sujets perçoivent donc les phénomènes hallucinatoires comme essentiellement répétitifs.

Un résultat hautement significatif concerne le marqueur de position temporelle. Ce marqueur permet de situer un événement par rapport à une référence quelconque ou être mis en corrélation avec un autre événement: « [] *à Noël 95 moi et mon frère avons vécu dans la maison de ma mère des phénomènes plus ou moins étranges* [] ». La position temporelle peut être l'objet d'un jugement objectif ou subjectif (un événement pouvant être perçu comme survenant trop tôt ou trop tard). Les résultats statistiques montrent une différence significative entre la position temporelle objective et la position temporelle subjective (test de Wilcoxon pour échantillons appariés, $p = 0,0018$; test t pour échantillons appariés $p=0,000006$). Les sujets utilisent préférentiellement la position objective. Les différents types de marqueurs de position objective diffèrent deux à deux. La position objective avant diffère de la position objective pendant (test t pour échantillons appariés, $p=0,0002$). La position objective avant ne diffère pas de la position objective après (test t pour échantillons appariés, $p=0,25$). La position objective après diffère de la position objective pendant (test t pour échantillons appariés, $p=0,034$). Le marqueur de position objective pendant est donc un marqueur important car il contraste avec les deux autres marqueurs (avant et après) qui ne diffèrent pas entre eux. Le phénomène est appréhendé dans une position orientée: il a lieu pendant un autre événement. L'antériorité et la postériorité du phénomène par rapport à cet événement temporel de référence sont moins prégnantes. Les marqueurs de position subjective ne diffèrent pas significativement (test t pour échantillons appariés, $p=0,089$). Les sujets n'émettent pas de jugement subjectif sur le moment où survient le phénomène: il n'arrive ni tôt ou trop tard. Autrement dit le jugement que portent les sujets sur le moment où survient le phénomène est objectif et simultané à une référence

temporelle clairement identifiée: « *C'était juste avant Noël* [...] ».

Enfin, si on compare les positions sur un axe temporel avant/après indépendamment de la nature du jugement porté (objectif /subjectif), il n'y a pas de différence significative entre la position objective avant et la position subjective anticipation (test t pour échantillons appariés, $p=0,27$). En revanche, il y a une différence significative entre la position objective après et la position subjective dépassement (test t pour échantillons appariés, $p=0,04$). Les sujets utilisent préférentiellement la position objective après à la position subjective dépassement. Autrement dit, lorsqu'ils orientent un événement par rapport à un autre ils le font de façon objective: l'événement A arrive après B: « *[...] je les ai entendues deux ans après [le suicide de ma mère]* ». Le fait que la position objective avant et la position subjective anticipation ne diffèrent pas soulève la question de ce qui se passe avant la survenue des voix. On peut se demander s'il n'y a pas une absence de représentation prégnante sur ce qui survient avant les hallucinations.

Les marqueurs de position spatiale

L'hypothèse selon laquelle les positions absolues seraient plus utilisées que les positions relatives doit être définitivement infirmée [10, 11]. Il existe une différence hautement significative entre ces deux catégories de marqueurs (test t pour échantillons appariés, $p=0,0001$) mais les positions relatives sont préférentiellement utilisées. Le phénomène hallucinatoire est situé par rapport à une référence qui n'est pas l'halluciné: « *[...] cette voix j'ai cru qu'elle était comme un micro qu'on m'avait mis dans les boucles d'oreilles [...] je croyais qu'on m'avait mis les micros dans les dents [...]* ». Les voix constituent une référence spatiale distincte et indépendante du sujet halluciné, par rapport à laquelle il est possible de localiser d'autres objets.

Cependant, l'analyse des différents types de marqueurs pris deux à deux montre qu'il y a une différence significative entre les marqueurs permettant de situer des objets dans une relation spatiale de proximité: cette fois les marqueurs de position absolue sont plus fréquents (la position absolue environnement diffère de la position relative proximité/distance; test t pour échantillons appariés, $p = 0,007$). En effet, les sujets utilisent plus les positions absolues que les positions relatives pour situer les éléments qui leur sont proches spatialement. Ils les situent en fonction de leur propre position spatiale. Plus les voix seraient proches du sujet, plus celui-ci reprendrait une place centrale dans l'espace.

De plus, lorsque les sujets situent les voix sur un axe vertical ils ne se prennent pas comme référence dans l'espace. Il y a une différence significative entre la position absolue et la position relative situant les objets sur un axe spatial vertical (test t pour échantillons appariés, $p=0,002$). Les sujets opèrent préférentiellement une localisation spatiale verticale en fonction d'une référence qui ne se confond pas avec eux. La domination spatiale des voix leur conférerait une valeur de référence spatiale.

Les récits montrent donc que lorsque les voix sont essentiellement proches d'eux, les sujets font un repérage de celles-ci par rapport à leur propre position spatiale. Mais

lorsqu'elles sont localisées comme étant au-dessus du sujet, la référence spatiale n'est pas le sujet mais les voix: la supériorité spatiale semble donc retirer toute valeur centrale du sujet dans son positionnement dans l'espace.

Conclusion

Inscription temporelle des voix: une histoire hallucinée dans l'histoire du sujet.

Les résultats permettent effectivement de dire que les patients sont parfaitement en mesure d'organiser un récit [10, 11]. Toutefois, le temps s'agglutine autour du présent avec un passé non révolu et un futur difficilement envisageable ce qui peut se comprendre en lien avec la perte de l'élan vital (fréquemment souligné dans les troubles dépressifs [2]). On peut se demander si inciter les patients à raconter leur expérience, à co-construire un récit ne permettrait pas de passer d'une expérience « privée » à une expérience transmissible à un tiers. Cette hypothèse explicative irait dans le sens de ce qu'avançaient Naudin et al. [24]. Le fait de devoir raconter les voix hallucinées semble replonger psychologiquement les patients dans les moments où ils hallucinaient. Le fait d'utiliser les marqueurs d'accomplissement et surtout de position montre qu'ils ont besoin de rapprocher les épisodes hallucinatoires d'événements concrets de leur vie. Non seulement le récit permet de faire exister de façon spatiotemporelle des mondes virtuels mais permet aussi de conférer aux voix une place dans l'histoire du sujet: une histoire de l'hallucination dans leur histoire. La nature de l'événement biographique (propre à chaque patient) n'a pas été plus étudiée ici. Toutefois, on peut se demander si les voix ne constitueraient pas une stratégie de coping face à cet événement réel qui serait traumatique [21]. En effet, on peut se demander si cet événement n'est pas une source possible de détresse psychologique majeure et s'il n'a pas un poids fondamental dans la façon dont les patients interprètent leurs voix et dans les valeurs qu'ils leur attribuent [21,22].

Proximité spatiale et relation intersubjective.

Les résultats des marqueurs de localisation dans l'espace montrent que les voix sont distinctes mais proches du sujet, conformément à ce qui avait déjà été décrit cliniquement par de nombreux auteurs dont Binswanger [1]. Plus les voix seraient proches du sujet, plus celui-ci reprendrait une place centrale dans l'espace alors que la supériorité spatiale des voix semblerait lui retirer toute valeur centrale. D'un point de vue clinique, cela permettrait de comprendre comment les patients s'approprient et mettent en sens ces phénomènes: plus les voix seraient perçues à distance plus elles constitueraient une menace pour leur intégrité physique et psychique. Les sujets, en les localisant à distance, tenteraient ainsi d'échapper à leurs menaces [14] mais en leur conférant un statut de référence dans l'espace, ils mettent en évidence leur importance. En revanche, une appropriation progressive des voix serait traduite par des marqueurs spatiaux signant la proximité. Ce travail ne permet néanmoins pas de l'affirmer avec certitude mais repose indirectement la question d'une possible évolution de la localisation dans l'espace des voix. Cette question ne pourra être traitée indépendamment de la structure psychique et

de son évolution naturelle dans laquelle les voix viennent s'inscrire.

Intérêt de l'inscription temporospatiale des voix d'un point de vue clinique.

Les résultats relatifs à l'inscription temporelle et spatiale des voix mentionnés ci-dessus pourraient être reliés à la valeur relationnelle que peuvent avoir les voix. Le lien que le sujet entretient avec ses voix serait analogique au lien qu'il entretient réellement avec les autres [14,15]. Il serait intéressant de retravailler ces résultats en les reliant à la façon dont les sujets perçoivent les relations qu'ils ont avec les autres dans la réalité. Rappelons que dans cette étude, les patients étaient hospitalisés et leurs voix étaient essentiellement négatives. On peut alors se demander s'ils ne se trouvaient pas dans un contexte où la relation aux autres ne pouvait être perçue que dans une relation de domination et de persécution (par les contraintes que représente l'hospitalisation et les perturbations relationnelles que le patient rencontre quand il est angoissé). Tout changement dans la façon dont le sujet perçoit ses voix devrait se retrouver dans la structure de leur récit, ce changement pouvant traduire une évolution dans leur relation aux autres [14]. La valeur de l'événement biographique en fonction duquel les sujets pondèrent le sens qu'ils attribuent aux voix reste à étudier. Les voix seraient non seulement source d'information sur les relations que le sujet établit avec les autres mais pourraient constituer une stratégie adaptative face à un événement spécifique. Elles pourraient signer le degré de difficulté que les patients peuvent avoir à penser et intégrer psychiquement certains événements (ce qui serait conforme aux modélisations psychanalytiques).

Des marqueurs langagiers au service de la recherche?

Les patients ayant participé à cette étude étaient probablement tous en mesure d'organiser leur pensée et de structurer leur discours afin de répondre à la tâche demandée. Castillo et Blanchet [5] ont montré que chez un même sujet les phases délirantes pouvaient apparaître comme davantage cohérentes que les phases non délirantes. Ils ont dégagé un marqueur de cohérence textuelle (le pronom relatif : qui, que) comme un marqueur de construction délirante. La position temporelle et la position spatiale pourraient être des marqueurs particuliers du récit des voix hallucinées. En définitive, dans leur étude comme dans celle-ci, le discours dans son ensemble n'est pas incohérent dans sa construction : c'est l'emploi et la fonction de «petits» indicateurs du langage courant (a priori apathologique) qui informeraient sur pathologie. Toutefois, on peut s'interroger sur la fonction que peut avoir cette construction narrative faite à un tiers. Ici les «histoires hallucinées» constituent un passage du privé à l'intersubjectif, d'un vécu xénopathique à une appropriation de cette expérience. Une fois cette expérience mise en mots, elle constitue une adresse aux autres, un produit distinct de soi. Cette distinction entre soi et non soi, l'halluciné et ses voix, serait portée pour partie par les marqueurs de position temporelle et spatiale.

Références

- [1] Binswanger L. Le problème de l'espace en psychopathologie. Préface et traduction C. Gros-Azorin. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail; 1998, 1932.
- [2] Binswanger L. Mélancolie et manie. Études phénoménologiques. Traduit de l'allemand par J-M. Azorin et Y. Totoyan, revu par A. Tatossian. Paris: Presses Universitaires de France; 1987, 1960.
- [3] Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices II: the beliefs about voices questionnaire (BAVQ). *Br J Psychiatry* 1995;166:773—6.
- [4] Charaudeau P. Grammaire du sens et de l'expression. Paris: Hachette; 1992.
- [5] Castillo MC, Blanchet A. Études des marqueurs de cohérence textuelle dans le délire. *Ann Med Psychol* 2001;159 (7):496—504.
- [6] Ey H. Traité des hallucinations, 1. 2. Paris: Masson; 1973.
- [7] Freud S. Le délire et les rêves dans *La Gradiva* de Jensen. Gallimard: Paris; 1987, 1907.
- [8] Freud S. Extrait de l'histoire d'une névrose infantile. (L'homme aux loups). In: *Cinq Psychanalyses*, 325—420. Paris: P.U.F.; 1918.
- [9] Freud S. Névrose et Psychose in Névrose, psychose et perversion. Paris: PUF; 1924. p. 283—286.
- [10] Freud S. La perte de la réalité dans la névrose et la psychose. in *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF; 1924. p. 299—303.
- [11] Guigo-Banovic I, Naudin J, Collet R, Pédiñelli J-L. Le rapport au temps dans les récits de l'expérience subjective des voix. *Ann Med Psychol* 2003;161:774—9.
- [12] Guigo-Banovic I, Gimenez G, Pédiñelli J-L. Le rapport au temps, à l'espace et au discours des voix d'un point de vue psychopathologique. *Ann Med Psychol* 2003;163:726—31.
- [13] Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med* 2005;29:879—89.
- [14] Hayward M. Interpersonal relating and voice hearing: to what extent does relating to the voice reflect social relating? *Psychol Psychother* 2003;76:369—83.
- [15] Hunter MD. Locating voices in space: a perceptual model for auditory hallucinations? *Cognit Neuropsychiatry* 2004;9(1/2):93—105.
- [16] Lacan J. Les psychoses. Le Séminaire, livre III. Paris: Seuil; 1981, 1955—56.
- [17] Lagache D. Les hallucinations verbales et la parole. *Les Hallucinations verbales et travaux cliniques*. *Œuvres* 1(1932—1946), 1—134. Paris: Presses Universitaires de France; 1977, 1934.
- [18] Lantéri-Laura G. Les hallucinations. Paris: Masson; 1991.
- [19] Lantéri-Laura G. Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne. Paris: Les Éditions du Temps; 1998.
- [20] Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard; 1945.
- [21] Morrison AP, Nothard S, Bowe SE, Wells A. Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behav Res Ther* 2004;42:1315—23.
- [22] Morrison AP, Wells A, Nothard S. Cognitive and emotional factors as predictors of predisposition to hallucinations. *Br J Clin Psychol* 2002;39:67—78.
- [23] Nayani TH, David AS. The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychol Med* 1996;26:177—89.
- [24] 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.
- [25] Tatossian A. Classification psychiatrique et phénoménologique. *Rev Int Psychopathol* 1990;2:271—89.
- [26] Widlöcher D. Hallucinations et concepts frontières. Séminaire de Psychiatrie biologique: Hôpital Sainte-Anne, Paris, 1992;21:5—21.

[1] Binswanger L. Le problème de l'espace en psychopathologie. Préface et traduction C. Gros-Azorin. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail; 1998, 1932.

[2] Binswanger L. Mélancolie et manie. Études phénoménologiques.